

Из Нервной клиники Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Заведующий—проф. И. И. Русецкий).

Случай *Pseudoileus*а на почве отравления рыбным ядом.

Ассистент П. А. Бадюл.

Отравления отдельных лиц рыбным ядом встречаются в клинической практике не часто. При явлениях выпадения, гл. обр. со стороны нервной системы, могут встретиться диагностические затруднения, особенно в тех случаях, где признаки отравления представляют иногда внешнюю картину, сходную с картиной других заболеваний. Наблюдаемый нами случай является в этом отношении особенно показательным.

Больной Н., 45 лет. Из инфекционных заболеваний перенес в детстве корь в 1918 г. возвратный тиф. Венерические болезни отрицает. В 1921 году окружающие заметили у б-ного расширение зрачка на левом глазу. В 1923 г. в течение недели было кратковременное двоение в глазах, рвота и головокружение. В 1926 г., на почве тромбоза мозговых сосудов, перенес левосторонний паралич, который выравнился в течение 3-х месяцев.

Начало настоящего заболевания относится к 10-11-му июня 1933 г. Б-ой съел купленную на базаре селедку, которая была не свежей. Прочие члены семьи ее не ели. 12/VI в 6 часов утра появилось головокружение и кратковременное потемнение в глазах; казалось, что вся комната кружится. Чувствовал, „что в горле что-то лежит“, тошнило, вызвал пальцем рвоту. До 11 часов пролежал в постели, а затем пошел на работу в мастерскую. Здесь он не различал лиц у заказчиков. Б-ному в этот момент говорили, что у него „странные глаза“. Отправился в поликлинику; шел как пьяный, в поликлинике пытался прочесть расписание приема врачей и ничего не мог разобрать, ноги подкашивались, с трудом добрался до дому. С женой не мог говорить из-за сухости во рту и горле, два раза вырвало. При лежании было легче, при попытках подняться наступали головокружение и тошнота. Ночью спал хорошо. Мочиспускания и стула не было. 13/VI утром с трудом говорил. Поднялся с кровати и впал в обморочное состояние, продолжавшееся несколько минут. Второй обморок был днем, тоже продолжительностью в 2—3 минуты. Наблюдалась резкая одышка. В этот же день в карете скорой помощи б-ной был доставлен в терапевтическую клинику ГИДУВ'а. Здесь у него наступило третье, наиболее продолжительное обморочное состояние. Мочиспускания и стула в этот день не было. 14/VI, при консультации б-ного, нами было обнаружено: остаточные явления левостороннего гемипареза, резкое расширение обоих зрачков с явлениями рефлекторной неподвижности и парезом аккомодации, сильная сухость слизистых оболочек и кожных покровов, затруднение глотания и речи, небольшая ригидность затылочных мышц, выраженный симптом Кернига с обеих сторон, задержка мочи и кала, резко вздутый и увеличенный живот. Рефлексы вегетативной нервной системы: с. Аschner'а—отриц., эпигастрический рефлекс отриц., остальные рефлексы в пределах нормы. Температура нормальная, пульс 84 в 1'. Больной жаловался на сильную слабость, головокружение и сухость во рту.

Заключение: явления ботулизма на почве отравления рыбным ядом. 14/VI в первый раз произведена катетеризация; в последующие дни моча выпускалась ежедневно, один раз вечером. Стул отсутствовал; ставили водяные и масляные клизмы, но безрезультатно. 15/VI симптомы те же. Общее состояние ухудшилось. 16/VI—инъекция пилокарпина (0,005) дала значительное улучшение. Появилось слюнотечение, б-ной стал лучше глотать, после клизмы был небольшой стул, живот несколько опал. Заметно поднялось общее состояние, но затем скоро вернулось прежнее состояние. 17/VI. В виду тяжелого состояния был приглашен хирург, который предположил *ileus*. Основанием для этого были повторные рвоты в анамнезе, увеличение объема живота с явлениями метеоризма, отсутствие стула в последние 5 дней, неотхождение газов, безрезультатность ряда

клизм, общая слабость и тяжелое состояние больного. С предположительным диагнозом—паралитический ileus—больной был направлен в хирургическую клинику. 18/VI—состояние очень тяжелое. Больной был подготовлен для операции, но не типическое проявление ileus'a заставило хирургов выжидать. В прямую кишку была введена резиновая трубка. Вскоре из трубки стали выделяться газы, масло и в незначительном количестве кал. В 11 часов ночи операция была окончательно отложена. 19/VI—некоторое улучшение; наблюдалось непроизвольное мочеиспускание. В этот же день был после клизмы мало обильный стул. 20/VI—из хирургической клиники б-ой снова перевезен в терапевтическую клинику Ин-та, а 23/VI—в нервную клинику Ин-та ГИДУВ'а. 21/VI—самостоятельное мочеиспускание небольшими порциями. 23/VI—самостоятельно встает с постели и мочится. Прием легких слабительных вызывает стул. 25/VI—сильная слабость, все время лежит, сонливое состояние. По-прежнему сухость слизистых оболочек и кожи. 27/VI—появилась небольшая потливость головы (с момента заболевания потоотделение не наблюдалось), правый зрачок теперь значительно уже левого и хорошо реагирует на свет (слева расширение зрачка и отсутствие зрачковых реакций наблюдается с 1921 г.). Ригидность затылочных мышц отсутствует, слабый Керниг. Самостоятельное мочеиспускание и стул. 29/VI—общее состояние хорошее, потливость головы усилилась, имеется небольшое отделение слюны. 1/VII—головокружение слабое и реже, легче стало глотать, слизистые оболочки хорошо увлажнены, 3/VII—может читать, сонливость прошла, чувствует себя бодрым и здоровым. 5/VII—по своему желанию выписался из клиники.

Симптоматология приведенного наблюдения довольно типична для отравления токсинами *bacillus botulinus*. Аналогичный случай элективного поражения нервной системы в форме *diplegia facialis peripherica* после отравления рыбным ядом наблюдался в нервной клинике ГИДУВ'а в 1930 г. (Каз. мед. журн., 1932 г., № 2—3 Ассист. Чураев). Тонкое избирательное поражение парасимпатического отдела вегетативной нервной системы может быть объяснено лишь с точки зрения интоксикации, но не остроого воспалительного или сосудистого процесса. Резкое расширение обоих зрачков с полной рефлекторной неподвижностью, парез accommodation указывают на поражение мезенцефалического отдела вегет. нервн. системы. Затруднение глотания и речи, сухость слизистых оболочек и кожных покровов, паретическое состояние кишечника с задержкой стула и метеоризмом, отрицательные сердечно-сосудистые рефлексы говорят за явления выпадения со стороны бульбарного отдела в. н. с. Паретическое состояние *m. detrusor urinae* указывает на участие сакрального отдела в. н. с. Выраженный с. Кернига и незначительная ригидность затылочных мышц при нормальной температуре, пульсе, отсутствии головных болей вполне укладываются в картину менингизма, как реактивного явления при интоксикации. Характерно и наиболее тяжелое состояние б-ного на 5—6 день интоксикации. Анамнестические сведения и течение болезни подтверждают и уточняют характер отравления.

Остаточные явления левостороннего гемипареза на почве тромбоза мозговых сосудов в возрасте 38 лет, резкая анизокория с отсутствием зрачковых реакций слева с 1921 г., неурядки со стороны глазодвигательных нервов в 1923 г. скорее всего нужно отнести за счет бывшего специфического поражения нервной системы.