

жено. Содержание трубы состояло из большого количества сгущенной темной крови и шаровидного, величиной с яблоко, образования, трубной мола, плотно приросшего к одной из стенок трубы. На разрезе это образование мола состояло из многочисленных различной величины полостей, заполненных студенистой гомогенной массой, светло-розового и местами темно-рубинового цвета. Наружный покров мола и перегородки между ее полостями были образованы из различной толщины пластинок местами слоистого строения. На месте прикрепления образования стенка трубы представляла одно целое с мола и была соединительно-тканно изменена. Внутренняя поверхность трубы была шероховата от покрывающего ее фибрина и местами имела вздутие и выпячивание от бывших кровоизлияний в подслизистый слой. Толщина стенки трубы достигала 1 сан. Микроскопически элементов хортона в трубном мола не обнаружено. Перегородки и наружный покров мола состояли из соединительно-тканых и бесструктурных фибриногенного происхождения пластинок; гомогенная масса имела местами сетчатое строение.

Мы имели, следовательно, первоначально прервавшуюся трубную беременность, подвергшуюся изменениям отчасти вследствие самостоятельных регенеративных изменений, а отчасти под влиянием наступившей позднее маточной беременности.

Наличие в нашем случае перекручивания изолированной ножки беременной трубы осложнило трудности распознавания и само по себе представляет, может быть, неповторяемую комбинацию с основным заболеванием.

Случай атипического острого полиомиелита у взрослого.

Д. Т. Куимов.

(Из клиники нервных болезней Пермского государственного университета).

Болезнь Heine-Medin'a представляет собой не только заболевание «коварное»¹⁾, но и не вполне изученное в этиологическом отношении и не получившее законченной клинической обрисовки. Огромное большинство наблюдений, посвященных этой клинической форме, касается детского возраста; острый же полиомиелит взрослых является довольно редким заболеванием. В клинике нервных болезней Пермского гос. ун-та мне привелось наблюдать случай острого полиомиелита у взрослого с своеобразной, атипической локализацией.

Б-ой Б-ин П. Е., 28 лет, крестьянин, поступил в Клинику 11/IV 28 г. с жалобами на похудание мускулатуры и слабость в руках и ногах. Начало настоящего заболевания относит к августу м-цу 1915 г. Началось сразу. Утром больной почувствовал ощущение холода и онемение в пальцах рук и ног. П. Е. не обратил на это серьезного внимания и пошел в поле работать (жать), но из-за не ловкости и слабости движений в пальцах рук работу вынужден был оставить. На другой день слабость в руках и ногах настолько усилилась, что больной уже не мог ходить, при этом никаких болей в руках и ногах он не ощущал; заметного повышения температуры также не было. На третий день б-ой был помещен в больницу, а на следующий день у него появился сильный жар, понос, боли в пояснице, резкое ограничение произвольных движений во всех четырех конечностях с судорожным «скрючиванием» пальцев рук и общая сильная слабость. Ни тошноты, ни рвоты не было; понос не носил характера профузного. Никаких болей ни в руках, ни в ногах попрежнему не отмечалось.

В больнице, где фельдшером был поставлен диагноз брюшного тифа, П. Е. пролежал 6 недель и за все это время у него держалась ¹⁰ (высокая ¹⁰ была в течение первой недели), понос, а первоначальное ограничение движений в конечностях достигло полного паралича всех четырех конечностей. Никаких расстройств тазовых органов не было. Не было и болевых ощущений в конечностях. По выходе из больницы больной стал замечать постепенное улучшение, «болезнь пошла

¹⁾ В. П. Первухин: «Учение об остром (переднем) полиомиелите». 1915.

на убыль: появился аппетит, сон, нормальное отправление желудка, а через год от начала болезни П. Е. стал ходить и свободно двигать руками и ногами. Улучшились почти до нормы движения в плечевых и локтевых, тазобедренных и коленных суставах и параллельно улучшилась мускулатура в них, в области же кистей и стоп, а также в области нижних частей голени и предплечий атрофии и паралич мышц остались в резкой степени и не обнаруживают склонности к улучшению.

Со стороны наследственности никаких особенностей не отмечается. Наш б-ной, третий по счету ребенок в семье, родился в срок и рос здоровым. В детстве перенес корь и оспу. В школе учился плохо. Женится на 21 году, тогда же начал половую жизнь. Жена здорова, имела четыре беременности: один ребенок жив, два умерло и один выкидыш (3 мес.). Сифилис, тbc, алкоголизм, душевные и нервные болезни у себя и в роду отрицает. Физических и психических травм и простуды не было.

В настоящий момент больной чувствует себя вполне удовлетворительно и отмечает, что похудание и слабость в руках и ногах не только не прогрессируют, но он даже пополнил и окреп.

Объективно. Похудание мышц нижней трети предплечья и кисти на обеих руках — «main en griffe». Похудание мышц плечевого пояса. Диффузное исхудание мышц седалища и ног; на дистальных концах ног исхудание выражено значительно резче. Несильный лордоз. Трофических расстройств со стороны костей и позвоночника не отмечается. Объем произвольных движений в больших суставах не ограничен. Резкое ограничение произвольных движений в кистях и стопах (стопы отвисают), в пальцах рук и ног. Из движений пальцев рук сохранилось только противопоставление большого пальца мизинцу. Сила в дистальных отделах всех четырех конечностей резко уменьшена. Живая механическая возбудимость мышц плечевого пояса и проксимальных отделов верхних конечностей. Спорадические фасцикулярные подергивания в мышцах плечевого пояса и в мышцах груди. Механическая возбудимость мускулатуры седалища и нижних конечностей утрачена. Тонус мышц нижних и верхних конечностей понижен; в дистальных отделах сильней. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях живые; коленные — слегка понижены; Ахилловы отсутствуют. Кожные рефлексы: брюшные и с кремастера вызываются; подошвенный отсутствует на обоих ногах. Патологических рефлексов нет. Чувствительность: легкое, едва заметное понижение чувствительности на дистальных концах рук. Черепно-мозговые нервы в пределах нормы. Походка: больной ходит без костылей. Во время ходьбы он высоко поднимает стопы и некоторой силой ставит их (лошадиная походка). Никаких покачиваний во время ходьбы не отмечается. Вообще атактических движений как в верхних, так и в нижних конечностях у нашего больного нет. Конрактур также нет — пассивные движения всегда свободны. Нервные стволы и мышцы совершенно безболезненны. Сильная потливость. Цианоз и похолодание дистальных концов конечностей. Психика нормальна. Со стороны других органов также отклонений от нормы не отмечается.

Электровозбудимость: реакция перерождения в мышцах кистей, голени и стоп. Вялая, червеобразная реакция на гальванический ток с nn. tibial. et peron., на фарадич. ток реакция отсутствует. Liquor cerebro-spinalis: реакции Pandy и Nonne-Apelt'a отрицательны, цитоз 0. Реакции Wassermann'a I и S — отрицательны. Моча нормальна. Visus oc. utriusq. — 1,0. Легкое побледнение височных частей обоих сосков.

В основе нашего случая будет правильно принять спинно-мозговое страдание — перенесенный 13 лет тому назад острый полиомиелит, развившийся у взрослого субъекта, но имеющий некоторые особенности, а именно: 1) сравнительно длительный лихорадочный период болезни (если, разумеется, больной правильно передал эту особенность своей болезни); подобная длительность лихорадочного периода остро го полиомиелита встречается у взрослых чаще, чем у детей, и 2) периферическая локализация параличных явлений, что создает сходство с обычной картиной полиневрита. Такой полиневритический тип остро го полиомиелита отмечен в специальной литературе.