

К вопросу о миастении.

(Сообщено в научном собрании врачей Казанского Клинического Института 26 сентября 1921 года).

Лаборанта нервного отделения Казанского Клинического Института

И. И. Русецкого.

Больной В. А., 15 лет, ученик школы. Со стороны наследственности: а) женская линия: в семье матери—туберкулез, в) мужская линия: у отца и его матери—*petit mal*, дядя—душевно-больной, две тетки покончили самоубийством, брат—душевно-больной, со слабыми легкими. У А. в детстве особых заболеваний не отмечается. В декабре 1919 г. скарлатина. В мае 1920 г.—простуда, слабость, кашель в течении некоторого времени. По выздоровлении осталась общая слабость, постепенно усиливавшаяся и захватившая в декабре 1920 г. всю мускулатуру тела. Больной перестал ходить, сидеть, плохо владел руками, развились некоторый ptosis, затрудненное жевание и глотание, *obstipatio chronica*, сильные головные боли с головокружениями и тошнотой, шум в ушах, потеря в весе. Болевых явлений (кроме головной боли) не было. С января 1921 г. проявилось некоторое ослабление симптомов: больной стал владеть руками, глотать, жевать, отправления кишечника сделались самостоятельными, осталась лишь быстрая утомляемость мускулатуры. Последние два месяца замечается вновь усиливающаяся слабость.

При поступлении больного обнаружено следующее: витание пояжжено, t^0 нормальна, пульс 78, аритмий нет; сердечно-сосудистая система без отклонений. Повторные цитологические исследования крови дали явный лимфоцитоз (39—40% против 25—30% в норме), падение числа нейтрофилов (49—52%) и эозинофилов (0,6—1,4%); базофилы дали при одном исследовании резкое увеличение—до 4,4%, затем падение до 0,2%, число лейкоцитов в пределах нормы, эритроциты—без особых отклонений. Кровяное давление понижено (104—108 по Riva-Rossi). В легких несколько ослабленное дыхание. Щитовидная и др. железы без видимых отклонений. Количественный анализ мочи: P_2O_5 —0,085%, CaO —0,00814%, $NaCl$ —0,255%, мочевой кислоты—0,023%, мочевины—1,54%. Покровы крайне анемичны. Лицо несколько одутловато. Костный остов без отклонений.

Мышцы представляют небольшую диффузную атрофию, более заметную в кистях рук, голенях, гл. обр. слева. Электродиагностикой обнаружено понижение фарадвозбудимости с истощаемостью при повторных раздражениях (*m. biceps* после 10—12 раздр.), при гальваноиспытании — сближение полюсов с преобладанием катода (для *m. biceps* $Ka=0,3$ МА, $An=0,4$ МА). Произвольные движения отсутствуют для *mm. erectores trunci*; объем их уменьшен для проксимальных групп конечностей и лицевых мышц, вблизи нормального объема для остальных. Сила движений ослаблена для всей мускулатуры. Мышцы при сокращении вялы, с усиливающейся вялостью при последовательных движениях. Наименее коротким является волевое сокращение — в течении 10—12" — для *masseter'a*, мышц живота и тазобедренного сустава, несколько дольше для мышц дистальных отделов. Диплопии нет, инкоординаций также. Речь несколько вялая. Мышечный тонус нормален. Сухожильные рефлексy — живые кожные нормальны, имеются контралатеральные брюшные рефлексy справа на лев. Рефлексy со слизистых и костные нормальны. Мышечные рефлексy: идиомускулярные сокращения живы, замечается истощаемость сокращений при перкуссии (30—40 уд.), рефлексy *Leri* и *Guillain-Barré* — живы, рефлексy *Gordona* — нормален, *Aschner'a* — резко положителен ($oc. dext = -18$, $oc. sin. = -12$). Зрачковые рефлексy нормальны. Вазомоторные рефлексy: красный дермографизм с *maximum* через 15", после раздражения держится 35 мин. Осязание и вкус нормальны. Слух: исследование по *Weber'y* и *Rinne* дало нормальные результаты, имеется слуховая утомляемость (шум в ушах при посещениях). Зрение и глазное дно нормальны. Чувствительная сфера — без отклонений. Со стороны психики подавленность интеллектуальной и эмотивной сферы („туман“ в голове).

Со времени поступления *status quo*, лишь временами крайне слабые колебания в силе движений etc.

Данный случай *myastheniae Erbi* захватывает всю произвольную мускулатуру и по своей выраженности представляется редким. Как по своему общему характеру, так и по отдельным симптомам (тошнота, головная боль), лабораторным данным (лимфоцитоз, базофилия) он с особой силой подтверждает плюриглангулярную теорию миастении. Дальнейшим углублением вопроса является взгляд, высказанный *Marinresco* и *Athanassik'om* (1916) о симпатической основе данного заболевания. Одним из доводов в пользу такого взгляда является существование инверсии вазкулярной формулы при сокращении мышц, которая намечается и в данном случае, другим — установленная связь симпатических узлов с эндокринными железами. Наконец, здесь имеется резко положительный *Aschner*, свидетельствующий о нарушенной функции *sympathici*.

Миастения, по большинству авторов, связана с гиперфункцией *gl. parathyroïdeae* (*hyperparathyreoidismus*). С этой точки зрения и должна рассматриваться ее терапия: к солям *Na*, активирующим мускулатуру, необходимо добавить препараты опотерапии, или же, наконец, депримировать деятельность паращитовидных желез непосредственно или через посредство их симпатических центров (рефлекторная). Применявшееся в данном случае лечение тиреоидином (антагонизм с паращитовидной железой) и адреналином — не дало пока результатов.
