

Ugeskrift for Læger 1953; 115/33; 1244-1251:

 SUMMARY in English of *Torben Fog*: VEGETATIVE NEURITIS, POSSIBLY EPIDEMIC

NEURITIS VEGETATIVA (EPIDEMICA?)

Af *TORBEN FOG*

I løbet af efteråret 1952 og videre frem i vintermånederne har man hørt om en del tilfælde af influenza-lignende karakter ledsaget af udtalt træthed og mere eller mindre veldefinerede smerter. Dr. *Heidemann* omtalte i oktober md. i dette blads spalter (1) ikke mindre end 70 kvinder og mænd, der i tilslutning til moderat temperaturforhøjelse og ondt i halsen fik smerter i diverse muskelgrupper, især nakke og skuldermuskler samt interscapulært [u/skulderblad], bredende sig til flere og flere muskler, ofte ledsaget af stærk ømhed i de angrebne partier og lette paræstesier [føleforstyrrelser som stikken, prikken, brænden, »soven«]. Det hele tabte sig i løbet af 8-10 dage. Dr. *Heidemann* mente, at vi muligvis stod overfor en ny sygdom en nosologisk [sygdomslære] enhed, idet symptomerne på væsentlige punkter afveg fra poliomyelitis [børnelammelse, betændelse i visse partier af rygmærven]. I en senere diskussion tager *Krarup* (2) afstand herfra, idet det anføres, at der næppe kan være tvivl om, at det er poliomi. Det hedder bl.a., at det eneste symptom, der giver diagnosen helt sikkert, er pareserne [lettere lammelser]; hvis de er tilstede. Nedenfor skal redegøres for 10 tilfælde af en efter min mening ubekendt sygdom, der formentlig repræsenterer særlig udtalte tilfælde af disse sikre influenza-lignende lidelser med smerter, alle sammenholdt af visse fællestræk i symptomatologi og forløb. Alle 10 tilfælde stammer her fra Kommunehospitalet undtagen eet, som overlæge *Krabbe* venligst har stillet til disposition fra sin privatpraksis.

Fra Kommunehospitalets neurologiske afdeling, København.
Chef: *K. H. Krabbe*.

SYGEHISTORIER

I.

(Kurve 1.) 40-årig kvinde, tidligere sund og rask. Sygdommen begyndte d. 16/8-52 med pludselig indsættende hovedpine og dagen efter diarrhoe. 4 dage senere fik hun nakkesmerter og 8 dage efter initialfasen ondt halsen og snue. Samtidig kom der smerter i extremiteterne [lemmer], i fodled, knæled, lillefinger og især stærke smerter i h. arm, af udstrålende karakter, fingrene blev hvide og kolde, der var kuldeparæstesier, svedudbrud, og fingrene følte dobbelt så tykke som normalt. Der var samtidig gæren og rumlen i maven. Tp. var let forhøjet med maximum på 38. Hun indlagdes på den afd., hvor hun var ansat som sygeplejerske. Hun var meget forpint af smerterne i h. arm og meget bange for poliomi. Der påvist en let atonia ventriculi og en colitis ved rtg. Tp.niveauet var ganske let over normen. Fæcesus [afføring] viste ingen patogene [sygdomsfremkaldende] tarmbac., AST normal. Fysiurgerne fandt svære myoser i nakke, kappemuskler og i h. skulder. Tilstanden fluctuerede [svingede] meget, men som helhed bedredes hun.

Den 9/10, da hun just var begyndt at komme op, fik hun recidiv [tilbagefald] med pludselig indsættende stærk hovedpine, kvalme og talrige opkastninger, og temp. steg lidt. Der påvist

extensive plantarreflexer [Barbinskis tegn]. Der kom nu paræstesier i ansigtet, d. v. s. i overlæben, og extremitetssmerterne forværredes. Hun angav at føle sig så træt »som aldrig i sit liv«, gjorde et bekymret og nervøst indtryk. Tilstanden var meget vekslende med klager over smerter og snurrende paræstesier. Musklerne i nakke og skuldre følte spændte og ømme, fødderne var påfaldende svedende. Obj. fandtes intet andet end en atypisk plantarreflex.

Patienten overflyttedes d. 17/10 til neurologisk afd., hvor man foretog lumbalpunktur [rygmarvsprøve], der viste normale forhold.

I den følgende tid bedredes hun, især efter, at medicinerne havde sat hende på »colitis-kur« [tyktarmsbetændelse]. Hun blev i december udskrevet til rekreation, men hun er stadig ikke rask. (Febr.53). (J. nr. 1133/52).

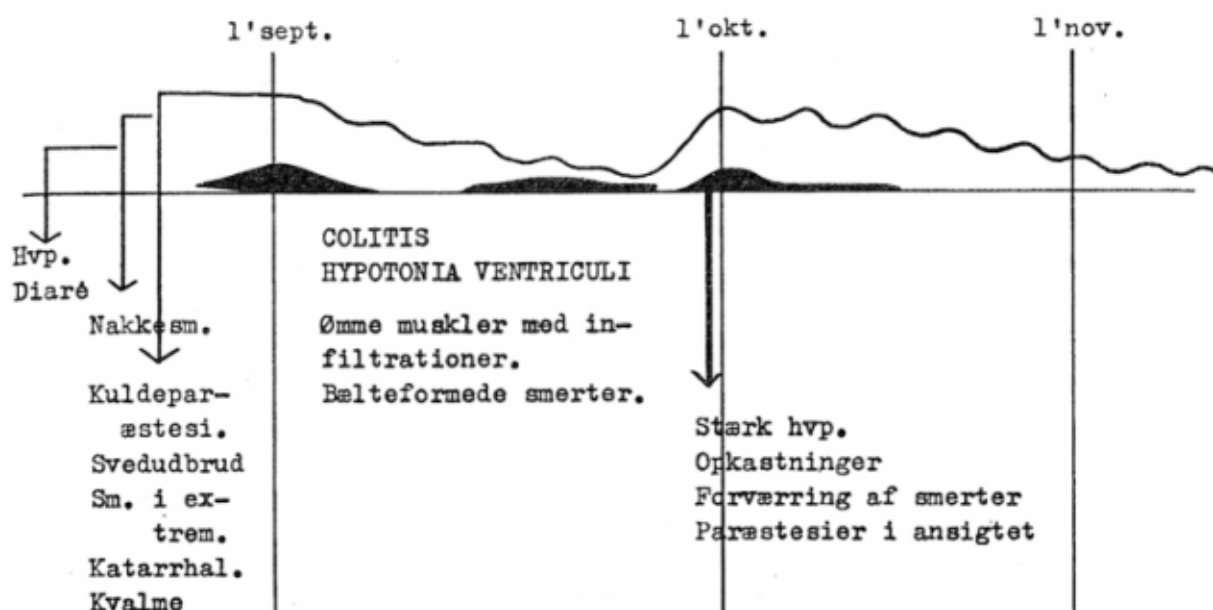


Fig. 1.

II.

32-årig husmoder, tidligere fysisk og psykisk rask. Sygdommen begyndte i slutningen af august med voldsom nakkehovedpine uden feber. Hovedpinen svandt på dage. 8 dage senere fik hun atter nakkehovedpine, der varede i 14 dage. Der kom samtidig smerter i fingre og tæer med paræstesier og cyanotiske [blå] farveforandringer samt læggekræmper. Paræstesierne bredte sig, mens cyanosen efterhånden af tog noget. 14 dage senere fik hun paræstesier i læber og omkring munden. Der var stadig læggekræmper og kuldefornemmelser i hænder og fødder, koldsved og snurren i fingrene. Noget senere angav hun, at hun følte sig usikker i benene, træt, slap og energiløs, rystede på hænderne ved skrivning. Der var fornemmelser af følelsesløshed i fødder til knæene og hænder til albuer.

Jeg så hende 1. gang 1 måned henne i sygdommen. Der fandtes da bilat. Lasegue ved 60° [benløft], manglende achillesreflex på h. side, tæerne var hvide og iskolde, fødder cyanotiske og svedende. Da tilstanden ikke bedredes, indlagdes hun på neurologisk afd. (J.nr. 140/53). Den 11/12 foretoges lumbalpunktur, der viste normale forhold. Electroencefalografi nat. Electromyografi i v. tib. ant. viste let neurogen atrofi [nervesvind] af radicular eller perifer årsag.

Tilstanden har siden vist udtalt fluctuation. Hun har på intet tidspunkt været symptomfri. Hun har

konstante smerter i hænder og lægge. Såsnart hun har været oppe i 1/4 til 1/2 time forværredes smerterne, hun får hovedpine og føler sig elendig tilpas. Medio jan. 1953 fik hun pludselig atter stærke smerter i begge hænder med hyperhidrose [sved]. Forværringerne sås i reglen omkring menses. Lasegue har vist stadig aftagen. Oscillometri har vist nedsatte udslag på fødderne. Vasodil bedrede kuldefornemmelserne i fødderne. Hun er stadig indlagt, har stadig snurrende smerter i hænder og fødder.

III.

(Kurve 2.) 36-årig kvinde, tidligere rask. Sygdommen begyndte d. 28/9 med hovedpine i baghovedet, catarrhalia [forkølelse] og let tp.-forhøjelse. Følte sig dødtæt, lå snart i sengen, og var snart oppe. 1 måned senere fik hun recidiv med voldsom nakkehvp., hvorefter der kom smerter i begge ben, der følte trætte og tunge. Tp. var let forhøjet. Smerterne og tyngdefornemmelsen lokaliserede sig efterhånden til v. ben, der følte iskoldt med prikkende paræstesier ud i tæerne. Symptomerne fluctuerede. I en periode var der stikkende smerter i præcordiet [brystkasse/hjerteregion]. 6 uger senere kom der nu kuldefornemmelser i h. hånd med prik og stik ud i fingrene, og kraften følte let nedsat. Dagen efter kom der lignende symptomer i v. hånd. En oscillometri denne dag viste nedsatte udslag i v. underarm. Hun havde kvalme, og følte sig uden grund deprimeret. I disse dage blev hun undersøgt af mig. Der fandtes, at h. hånd var koldere end v., der var dysæstesi [ubehagelig, smertefuld og abnorm overfladisk berøringsfølelse] på h. underarm og på udsiden af v. crus. V. hælreflex tvivlsomt svagere end h. Ingen Lasegue. Dagen efter kom symptomerne i v. hånd.

3 uger senere fik hun efter at have været ude i kulden om aftenen stærke knugende smerter i præcordiet; og den følgende nat kom der stikkende smerter ud i begge arme.

Tilstanden fluctuerer stadig, men som helhed er hun bedre. Hun arbejder en halv dag. Er stadig meget træt, og har stadig smerter og paræstesier i vekslende grad.

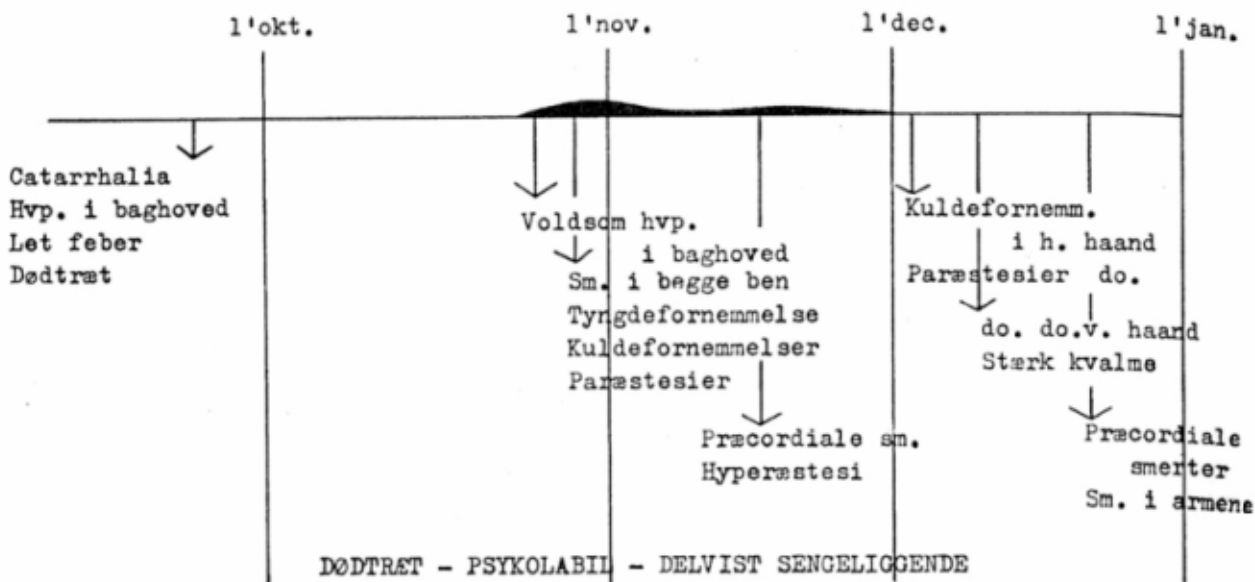


Fig. 2.

IV.

29-årig kvinde. 1945-46 kæbehulebetændelse med hovedpine og svimmelhed. 1948 atter hovedpine. 1948 eller 49 psykogen psykose, der insulinbehandles. Nuv. sygdom begyndte først i november med pludselig indsættende hovedpine og opkastninger, svimmelhed, kvalme og lettere feber. Hun lå til sengs i den følgende tid og var kun svimmel, når hun var oppe. I de første 2-3 dage var der ryg-nakkestivhed; efter 8 dages forløb kom der paræstesier ud i fingrene på h. hånd som prikken og jag. Dette fortog sig en tid, men recidiverede efter en halv snes dage, og var nu til stede i begge hænder, en enkelt dag også i tærerne. Hun følte sig fantastisk træt, tummelumsk i hovedet og »som gele«, og der var generende hedeølger i ansigtet. Temp. var hele tiden ganske let forhøjet. 3 uger henne blev hun undersøgt neurologisk af mig. Der fandtes, som eneste symptom, ubehag ved ekstrem foroverbøjning af hovedet.

Knap 1 måned efter første periode får hun recidiv, får ondt i halsen, temp. stiger atter, der kommer diffus hovedpine, og hun bliver udtalt svimmel, så hun ikke kan stå på benene. Der kommer nu snurrende paræstesier i begge ben, især i v. side, og det kniber lidt med kraften i v. ben og h. arm, hvor der også var paræstesier, ligeså i lettere grad i v. arm. Hun svedte påfaldende, havde hedeølger. Ved obj. undersøgelse 6 uger henne fandtes kun strammen bagpå v. lår ved Lasegue ved 90°, men intet på h. side. Hænder og fødder meget kolde. Tilstanden bedrede sig efterhånden, men den 16. jan. 1953 får hun atter recidiv med lændesmerter, kvalme og stærkere paræstesier.

V.

(J. nr. 1224/52). 38-årig kvinde. Tidl. rask. I august pludselig en dag stærk hovedpine og svimmelhed som ved beruselse, talrige opkastninger og smerter i h. ben strålende op i ryggen. Ingen feber. Dette varer i 4 dage. Hun stod så op, men havde da konstant h. sidig hovedpine, usikkerhedsfølelse ved gang, træthed, påfaldende kuldefølelse i begge ben og smerter i h. ben. Så snart hun forsøgte at tage fat i huset, forværredes alle symptomer. Noget senere fik hun bælteformede smerter i højde med th. 5 på v. side.

Efter 3 måneders sygdom blev hun indlagt på neurologisk afd. Der fandtes da udtalt nakke-rygmuskelømhed på h. side. På 5. indlæggelsesdag fik hun pludselig indsættende borende smerter fra lænden og ned via h. glutealregion [sædereion] og ned i h. bens bagside. Ved obj. us. fandtes lidt generende strammen ved Lasegue forsøg på h. side, intet på v. side. Muskulaturen i h. ben spændt og øm. Otologerne [ørelægerne] fandt en horizontal-rotatorisk nystagmus [rykvise øjenbevægelser] til v. Electro-encefalografi, lumbalpunktur, SR, rtg. af ventrikel [mave] og colon [tyktarm] intet abn. Forløbet afebrilt [feberfrit].

Under hele opholdet var hun stadig plaget af smerter, utålmodig, psykolabil [psykisk ustabil], men ikke neurotisk. Hun blev udskrevet uforandret efter fysiurgisk behandling.

VI.

(J. nr. 1197/52). 20-årig kvinde, der i 1949 var indlagt på KH. neurol. afd. for traumatis capitis seq. hvoraf hun kom sig helt.

Sygdommen begyndt akut d. 9/10 med hovedpine, svimmelhed og feber på 38. 2 dage senere diagnosticeredes en influenza. 4. dag fik hun snurrende fornemmelser i v. arm og øget hovedpine i pande og nakke. Dette øgedes til stærke smerter i hele v. arm, der snurrede og sov. Fingrene blev helt hvide 7. dag kom der snurren også i h. arm. 9. dag blev hun indlagt på neurologisk afd. Her fandtes ingen nakke stivhed, men ved foroverbøjning af hovedet kom der smerter i nedre thoracalregion [brystkasse]. Der var trykømhed af kraniet, nakke og af hele v. arm, hvor der tillige fandtes kraftnedsættelse i alle afsnit, men reflexerne var overalt livlige og egale [ens].

Temperaturen var normal. V. arm var lidt blegere og varmere end den h. Hun klagede over udtalt træthed. På 12. dag viste lumbalpunktur 0/3 celler, alb. 10, glob. 0, tens. 205, normal Queckenstedt.

Electromyografi af v. arm viste neurogen parese af radicular eller perifer årsag. Biopsi fra v. biceps viste intet abnormt, ej heller metachromasi. Oscillometri viste en tvivlsom forskel med mindst udslag på v. side. Rtg. foto af hals søjlen nat. forhold.

Tilstanden fluctuerede meget i de følgende uger. Hun havde stadig en del smerter og snurren, virkede meget træt og lidt opgivende. Først den 40. dag var der virkelig bedring af kraften i v. arm. Hun havde det ganske godt ved udskrivningen.

VII.

(J. nr. 86/53). 41-årig kvinde. Tidl. psykogen depression i tilslutning til ab. provoc. Siden nytår 1952 i anstrengende plads som leder af fritidshjem, men meget glad for sit arbejde. I den senere tid megen sygelighed blandt medarbejderne. Der var på fritidshjemmet et par tilfælde af polio.

Sygdommen begyndte pludseligt medio august med akut indsættende hovedpine, kvalme og opkastninger. Tp. ej målt. Hun gik den følgende dag på sit arbejde, men havde et tryk i baghovedet og ned i nakken. Højre arm begyndte nu at føles tung, og der kom sovende paræstesier ved brug af h. hånd. Hun observerede, at der ved tryk forskellige steder på h. arm kom snurrende paræstesier ud i fingrene. Patienten gik oppe de følgende dage, og mærkede nu, at h. ben var lidt kraftesløst. Hun var meget øm i sine muskler, følte sig dødtræt og deprimeret, fordi hun blev anset for at være hypochonder.

Natten mellem den 17. og 18. oktober, d.v.s. 2 måneder henne i sygdommen, blev hun atter dårlig med stærk hovedpine uden nakkestivhed, dobbeltsyn, følte sig lammet i h. side af ansigtet, og hun kunne ikke rigtigt åbne h. øje. Dagen efter var h. ben paretisk, og musklerne spillede i dette ben.

Hun behandlede nu af egen læge med Aureomycin. Hun observerede bl. a. en påfaldende lyd-overfølsomhed. Hun indlagdes nu på Blegdamshospitalet, hvor hun lå fra 23/10 til 30/10.

Man fandt her en h.sidig hemihypæstesi [halvsidig nedsat berøringssans], usikkerhed ved h. fg.-næse-forsøg, tvivlsom h.sidig hemiparese og afsvækkede reflexer på de h.sidige extremiteter. BT fandtes til 125/65. Lumbalpunktur d. 23/10 viste helt normale tal. Man stillede diagnosen »neurose eller tumor cerebric«. Hun var under opholdet meget bange for at dø, men faldt dog efterhånden mere til ro. Den 26/10 klagede hun ifølge journalen over øget hovedpine og fik en død fornemmelse i h. øre, svælget, h. skulder og overarm. Temp. var de første dage på BH lidt over normen. Hun overflyttedes nu til Kommunehosp.'s neurolog. afd.

Man fandt her en kraftig bygget, rødmosset, kærnesundt udseende kvinde. Der fandtes under hele opholdet lidt kraftnedsættelse i de h.sidige extremiteter, lidt vag h.halvsidig. føleforstyrrelse, men konstant afsvækkede reflexer på h. side, en forskel, der også med sikkerhed kunne påvises ved udskrivningen. I psykisk henseende var hun under hele opholdet temmelig labil, ustandselig prøvede hun at forklare sine symptomer ud fra en neurotisk mekanisme, uden overbevisning på sig selv og på os andre, incl. afdelingens psykiater.

Electro-encefalografi, rig. af kranie og thorax nat. SR 10 mm. Hun blev udskrevet i bedring, men ikke som rask.

VIII.

38-årig husmoder. Tidligere rask fraset gigt- feber i 1946.

Sygdom begyndt d. 30/9 med stivhed i nakken og lændesmerter uden rygstivhed. Hun havde temperaturforhøjelse, der varede i 3 dage, hvorefter invers temp. med morgentp. højere end aftentp. Morgentp. på 37,3 holdt sig i flere uger. Hun holdt sengen i 6 uger. Der var herunder aftagende hovedpine og lændesmerter.

3 uger henne i sygdommen kom der stikkende paræstesier i h. fod og inkonstante smerter i v. håndled. Lidt senere begyndte hun at få paræstesier i v. kind. Hun beskrev dem »som sæbeskum, der tørrer ind«. Disse symptomer persisterede i flere uger i vekslende grad. Hun følte sig påfaldende

træt. Efter 6 ugers sengeleje kom hun atter op, men fik igen feber og måtte i seng. Hun havde i hele denne periode påfaldende rigeligt sved i turevise eruptioner.

Hun henvistes af sin læge til fysiurgisk klinik, KH, der sendte hende til mig, hvor hun blev undersøgt d. 3/12. Hun klagede da over lændesmerter, der føltes som en pulserende smerte, upåvirkelig af bevægelser, og over paræstesier i h. fod og i v. kind.

Ved den obj. us. fandtes hun ganske naturlig af psyke, der var påfaldende rigelig svedsekretion på hænder og fødder (hendes egen angivelse), h. hælreflex fandtes lidt svagere end v.

Tilstanden siden bedret langsomt, men en del fluctuerende. Ved sidste undersøgelse sidst i januar var der stadig lidt paræstesier i v. kind og hypalgesi [nedsat smertesans] her. Hun følte sig endnu ikke helt rask, men var i arbejde.

IX.

25-årigssygeplejerske.

Sygdom begyndt medio september med snurrende fornemmelser i begge arme samt hovedpine. 14 dage henne fik hun pludselig tynd mave og kvalme i nogle dage, hvorfor hun gik i seng i nogle dage. Temp. ej målt. Da hun så stod op, begyndte det at snurre i begge ben, hovedpinen tog nu til, og nu havde hun i en periode på 8 dage vedholdende kvalme og opkastninger, men uden at hovedpinen var særligt fremtrædende. Hun lå i ca. 3 uger. Derefter tog hun trods symptomerne på landet. Her havde hun snurrende paræstesier i arme og ben ved ganske kortvarige anstrengelser. Hun følte musklerne stive og »ubehagelige«. Da paræstesierne var på det højeste, var der ømhed i leddene, især i håndled. Paræstesierne beskrev hun som brændende og »rivende«. Hun angav, at fødderne var abnormt kolde.

Ved undersøgelse hos mig den 4/12 fandtes fødderne iskolde uden fodrygspulsation. Der var muskelømheden i trapezius, øverste del af ryggen, triceps brachii og i quadriceps femoris.

Hun bedredes efterhånden og sendtes i arbejde d. 20/12. Ved undersøgelse d. 14/1 angav hun, at hun var meget træt og havde hovedpine. Hun var stadig øm i arme og ben og over lænderne, og hun led stadig meget af kvalme.

X.

32-årig husmoder. Blev pludselig syg den 7/9 med en ubehagelig fornemmelse af stærk spændingen i hovedet inde bag næsen, i svælget og op i hovedet. Hun følte sig dårligt tilpas, nærmest søsøgt. Hendes broder var et par dage før blevet syg med poliomyelitis i lettere grad og indlagt på BH. Hun havde sidst været i kontakt med ham d. 27/8. 14 dage senere var hun på rejse i Sverige. Mens hun hele den mellemliggende tid havde følt sig lidt sløj, blev hun nu rigtig sløj og søgte svensk læge, der mistænkte hende for at have en sinusitis, men det lykkedes ikke med sikkerhed at påvise en sådan. Omkring d. 1/10 fik hun akut indsættende snurrende paræstesier i næsetip, svælg, gane og kindben, som om dette område var lokaltbedøvet. Senere bredte disse fornemmelser sig ud i alle tænder. Hun følte sig sløj og træt, så elendig ud og blev lagt i seng d. 14/10. Herunder føltes hele ansigtet som lokaltbedøvet undtagen 3. trigeminus [ansigtsnerve], hun havde stærke smerter i baghovedet og i ryggen. Hertil kom nu smerter i venstre arm og i højre ben, hvor der var pulserende smerter og snurren i fod sålerne. Hun følte sig elendig tilpas, kunne ikke læse på grund af koncentrationsnedsættelse. Efterhånden bedredes hun, men medio november blev hun atter sløj og alle de gamle symptomer vendte tilbage. Efter et par ugers forløb bedredes hun.

Hun blev undersøgt af overlæge Krabbe d. 19/11. Der fandtes nedsat sensibilitet på kinderne og inde i munden, hypæstesi-algesi [sygelig forstærket berøringsfølelse] på udsiden af crura [underben], vistnok normale plantarreflexer, ellers intet abnormt. Hun blev sendt hjem og i seng.

Jeg så hende d. 6/1 1953. Hun angav da, at hun var bedret, men hun havde stadig dødhedsfornemmelsen i ansigtet, føleforstyrrelser i v. hånd, og i de sidste 14 dage havde hun atter

en del generende føleforstyrrelser i tungen med snurrende paræstesier, og tungen »slog sludder«, når hun talte. Obj. fandtes nu hypalgesi i begge trigemini' 1. og 2. gren. De dybe reflexer overalt meget livlige. Hun var sød og naturlig.

Hun angav da, at hun i første sygdomsperiode havde let forhøjet tempo på 37,7-8 i ca. 8 dage.

OVERSIGT OG DISKUSSION

Alle 10 tilfælde er kvinder i alderen mellem 30 og 40 år undtagen to, henholdsvis 20 og 25 år.

Det beror formentlig på en tilfældighed, at der kun er kvinder repræsenteret. Ikke mindre end de 4 var funktionærer her på hospitalet, hvoraf man må slutte, at der har været masser af lignende tilfælde ude i byen. Kun halvdelen var indlagt, hvorfor laboratorieprøver og andre kliniske analyser kun er udført i begrænset omfang. 4 henvistes af funktionærlægen. 2 af fys. klinik. 1 blev venligst stillet til min disposition af overlæge Krabbe fra privatpraksis. 3 var indlagte fra byen, hvoraf 1 af mig selv.

Da alle patienter er blevet syge i disse efterårsmåneder, og da alle var her fra byen, har de været udsat for smitte med poliomyelitis. Mest massiv smitte forelå hos nr. 4, der var massøse fuldt engageret i polio-arbejde, nr. 7, der var forstanderinde på fritidshjem, hvor et par af børnene fik poliom., og nr. 10, der nogle dage før sygdommen s begyndelse var i kontakt med broderen, umiddelbart før han fik poliom. Helt identiske tilfælde i patienternes nærmeste omgivelser er ikke set.

Initialfasen (se skema 1) karakteriseredes af

alle ved en akut indsættende begyndelse, således at de fleste uger til måneder senere kunne angive begyndelsesdag med dato. Alle har haft hovedpine initialt, fortrinsvist lokaliseret til baghovedet. Nakkestivhed er kun omtalt af 1 patient, der også angav let rygstivhed. Rygstivhed alene af 1 patient og ryglændesmerter af to.

Skema 1.

Alderen:	40, 32, 36, 29, 88, 20, 41, 38, 25, 32 år
Epidemiologi:	Massiv udsættelse for polio: 3 patienter (4, 7 og 10).
Initialfase:	
Hovedpine:	alle.
Nakkestivhed:	1 patient (nr. 4)
Nakkestivhed: + let rygstivhed:	1 patient (nr. 4)
Rygstivhed i lettere grad:	1 patient (nr.9)
Ryg-lændesmerter:	2 patienter (nr.5 og 8)
Hovedpine, opkastn., kvalme og svimmelhed (søsyge):	5 patienter, (nr. 4, 5, 6, 7 og 10).
Diarrhoe:	1 patient (nr. 1).
Senere i forløbet:	1 patient (nr. 9).
Feber:	7 patienter (nr. 1, 3, 4, 6, 8, 10 og nr. 7 ved recidiv).
Feber ved recidiv:	2 patienter (nr. 7 og 4)

Hovedpine, opkastninger og svimmelhed fandtes initialt hos 4, søsygeførmelse hos 1. Diarrhoe som initialsymptom er kun set hos 1, senere i forløbet hos en anden.

Feber initialt fandtes hos 6 patienter, ved recidiv hos 2 patienter, således at ialt 7 patienter med

sikkerhed har haft feber. Temperaturen er dog ikke målt af alle. Hos nr. 2 syntes der ikke på noget tidspunkt at have været temp. forhøjelse. Temp. forhøjelsen har hos alle været yderst moderat, højst omkring 38 grader, til gengæld har temp.niveaueet hos flere ligget lidt over normen i flere uger.

Specifikke symptomer. Hertil er regnet de smertefulde paræstesier, de vegetative symptomer i extremiteter og i organer. Endelig er der kraftnedsættelse, yderst sjældent førende til regulær parese.

Smerterne er af mange patienter beskrevet som en irriterende pine, der vanskeligt har kunnet defineres nærmere, undertiden jagende til borende. Reglen har været, at de har været lokaliseret perifert i extremiteterne, i sygdommens mest aktive fase springende, snart i en arm, snart i et ben, senere med mere vedholdende lokalisation til et bestemt sted i en eller flere extremiteter. Disse smerter har hensat patienterne i en yderst ubehagelig sindstilstand og har medført rastløshed, utålmodighed stigende til ængstelse og regulær depression. Egentlig radiculært prægede d.v.s. forværede ved bugpres etc. har de ikke været, men de er i reglen forværret ved funktion. I begyndelsesstadiene har patienterne ikke rigtigt kunnet skelne paræstesier og smerter, idet det drejede sig om smertefuld snurren. Senere tog den snurrende fornemmelse af, mens smerten holdt sig længst.

De perifere, vegetative symptomer er beskrevet på den måde, at i de områder, hvor der var smertefulde paræstesier, har der være en synlig og i reglen meget udtalt hyperhidrose, kuldefornemmelse og ofte har fingre eller tæer været hvide og »døde«. En patient beskrev spontant cyanotiske farveforandringer perifert i arme og ben. Mange patienter har klaget over læggekrampes. Alle patienterne har haft disse symptomer i højere eller lavere grad. Ligeledes har de så at sige alle klaget over påfaldende kolde fødder og hænder, mere end de var vant til. Dette symptom er velkendt fra radiculiters [nervebetændelse eller degeneration] klinik.

I flere tilfælde har der været udført oscillometri. Desværre har man gjort opmærksom på, at det apparatur, der anvendtes (samtidig registrering på begge sider med fjedermanometer, der tegner udslagene) ikke er tilstrækkeligt indarbejdet til, at man tør stole på forskel på de små udslag. Man tør derfor ikke lægge afgørende vægt på de udførte undersøgelser, der imidlertid ofte har vist mindst udslag på den side, hvor der var paræstesier. Det er forøvrigt velkendt, at muskel- infiltrationer i sig selv kan give anledning til paræstesier i en extremitet. Når man alligevel har villet tillægge paræstesierne betydning som udtryk for nervelidelse er det bl.a. af den grund, at der er iagttaget andre »nervøse« symptomer, såsom hyperhidrosen, farveforandringer, Lasegue uden ledsagende myoser og reflexforskelle.

Organsymptomerne bestod først og fremmest i kvalme og opkastninger, symptomer, der undertiden var yderst vedholdende i dage. I 2 tilfælde bestod som nævnt diarrhoe. Hos 1 patient kunne der påvises en lettere ventrikelatoni ved røntgen. Andre patienter er undersøgt med henblik herpå, men fundet er kun gjort hos den ene patient. De andre undersøgte havde imidlertid ikke særligt fremtrædende gastrointestinale [mave-tarm] symptomer på undersøgelsestidspunktet. Præcordiale [i brystkassen] smerter har været et hyppigt symptom, men gentagne electrocardiogrammer har ikke afsløret forandringer.

Sikre pareser er kun erkendt objektivt hos een patient (nr. 6). Hos en anden var der oplysning om dobb.syn, lammelse i den ene side af ansigtet og mangelfuld evne til at åbne det ene øje. Hun blev imidlertid ikke neurologisk undersøgt på det tidspunkt. Mange patienter har haft subjektiv fornemmelse af kraftnedsættelse i en extremitet, netop der, hvor der var smerter og paræstesier. Der har kun kunnet påvises en ringe kraftnedsættelse og undertiden lidt svækkede reflexer. Det er bemærkelsesværdigt, at den patient, der havde en udtalt parese i sin ene arm (nr. 6), havde meget

livlige reflexer. Electromyografi viste ikke synchronisering, men »perifer parese« og biopsi intet abnormt. Spinalvædsken normal. Armen var påfaldende bleg og varm, fund, der må drage diagnosen poliomyelitis i tvivl.

Muskelømhed var et ret hyppigt, omend ikke konstant, symptom. Man havde indtryk af, at massage forværrede. Biopsi udførtes kun hos den ene, paretiske, patient.

Reflexforandringer fandtes hos 4 patienter, alle 4 viste en ensidig svækket achillesreflex. Lasegue fandtes hos 3 patienter, men langt fra alle patienter er undersøgt i den aktive fase. Atypiske plantarreflexer fandtes hos een patient.

Hyp-Dysæstesier fandtes hos 4 patienter, konstant ved gentagne undersøgelser.

Horisontal-rotatorisk nystagmus hos 1 patient, der blev otologisk undersøgt. Da svimmelhed har hørt til initialsymptomerne hos de fleste, blev de ikke otologisk undersøgt..

Psyken har hos alle patienter været præget af de langvarige symptomer. Selvom almentilstanden hos alle har været god, har alle patienter klaget over en så vedholdende og udtalt træthed, at dette symptom har måttet præge deres fremtoning. Foruden træthed har de alle vist en påfaldende psykolabilitet, der sammen med trætheden har givet nogle patienter et neurotisk præg. Det har imidlertid været så »heldigt«, at man i modsætning til klinisk daglig praksis virkelig har kunnet skaffe sig oplysninger om disse patienters præmorbide psyke hos flere af dem, oplysninger stammende fra uvildige kolleger og medarbejdere. Kun 2 patienter synes at have frembudt psykisk lidelse på et tidligere tidspunkt af deres liv. Patienterne har været ængstelige, utålmodige, undertiden irritable bl.a. fordi de har været tvunget til en lidet velkommen passivitet. Af en naturlig frygt for, at patienterne skulle blive fixerede til deres symptomer, har jeg forsøgt at få dem igang så tidligt som muligt, men i de første perioder måtte forsøgene opgives, fordi smerter, paræstesier resp. læggekrampes og hovedpine forværredes herved, ligesom de blev overmandet af en så voldsom træthed, at forsøget måtte stilles i bero.

Den initiale frygt for polio har næppe spillet nogen større rolle for patienternes psykiske fremtoningspræg, da denne frygt forsvandt efter kort tid hos disse patienter, der var syge i mange måneder.

Spinalvædsken er undersøgt hos 5 patienter, hvoraf kun een (nr. 6) i den aktive fase, een midt i en temmelig aktiv fase (nr. 2), men først et par måneder efter initial stadiet, een (nr. 1) mellem 1 og 2 uger efter recidiv, een 3 måneder henne i sygdommen (nr. 5) og endelig nr. 7 6 dage efter recidiv, 2 måneder efter initialfasen. Alle viste normal spinalvædske, også patienten i initialfasen.

Forløbet fremgår af de vedlagte kurver. Af pladshensyn demonstreres kun 2 kurver. Det må bemærkes, at ikke mindre end 6 patienter (nr. 1, 3, 4, 7, 9 og 10) viste udtalte recidiver, således at man for disse patienters vedkommende må tale om et 2- eller flerfaset forløb. Det må ligeledes bemærkes, at intervallet mellem disse recidiver er mange uger d. v. s. 5-6 uger. Det karakteristiske for forløbet har hos alle patienter været fluctuationerne, hvor man næppe kan tale om egentlige recidiver. Disse fluctuationer har i begyndelsen d. v. s. i de første 2-3 måneder været svære, især i relation til menses, men efterhånden bliver de mere og mere kortvarige for tilsidst at klinge af. I tilf. 8 gik der 3 uger mellem initialfasen og de for sygdommen karakteristiske paræstesiers optræden; i tilf. 9 indledtes sygdommen med paræstesier, først 14 dage henne kommer der gastrointestinale symptomer, der akcentueres over 1 uge, hvorefter paræstesierne forværres. I tilf. 6

er initialfasen trapeformet med 4 dages interval mellem 2 attacker. Først den 7. dag er der parese. Nr. 5 er den mindst typiske, idet sygdomsbilledet er ret monotont. Ingen af patienterne er helt symptomfri, hvor disse linier skrives (febr. 1953); nr. 3 er i arbejde for ½ kraft, nr. 5 er delvist i arbejde, nr. 6 på rekreation, nr. 7 i delvist arbejde, nr. 8 og 9 i arbejde og nr. 10 passer sit hjem fuldtud. Nr. 1 og 2 er stadig sygemeldte. Nr. 2 er endnu indlagt.

Rubriceringen af denne sygdom er ikke helt let. Man må naturligvis først tage stilling til, om den har noget med poliomyelitis at gøre. Diagnosen poliom. lader sig i dag kun stille på det kliniske forløb og tilstedeværelse af epidemi. Det for poliom. karakteristiske initialstadium mangler i alle de her beskrevne tilfælde. Kun een havde nakkestivhed og een lettere rygstivhed. Lændesmerter fandtes hos to. Pareserne er poliom.'s andet kriterium, der som bekendt ikke behøver at være tilstede. Sikker parese sås kun hos een patient. Denne patient er grundigt gennemgået, er lumbalpunkteret i initialfasen, electromyograferet, og der er lavet biopsi. Ingen af disse undersøgelser taler for poliom., hvortil kommer, at der fandtes livlige reflexer i den paretiske arm. Det kunne naturligvis dreje sig om en form for atypisk poliom., atypisk som følge af en mere eller mindre effektiv immunisationsmekanisme. Det falder dog straks i øjnene, at ikke mindre end 6 havde udprægede recidiver, mens recidiver en sjældenhed ved poliom., og recidiverne indfandt sig med 5-6 ugers interval. Det må ligeledes siges at være lidt besynderligt, om immunisationsmekanismen var tilstrækkelig stærk til at holde et typisk forløb af poliom. nede, men ikke stærk nok til at hindre recidiv.

Det eneste gode argument er, at sygdommen optrådte samtidig med poliom., men dette er ikke tilstrækkeligt set fra en rent videnskabelig betragtning, da der kan foreligge andet virus, der måske netop har fået »vind i sejlene« på grund af poliom. Det ville ikke være uden interesse, om man ved den sidste poliom. epidemi havde set tilfælde med de typiske initialkriterier, nakkestivhed, lymfocytosis spinalis og forhornscelleparalyser, og hvor det videre forløb prægedes af de for den her beskrevne sygdom karakteristiske langvarige, fluctuerende smertefulde paræstesier med dysæstesier, hyperhidrose, Lasegue og med recidiver.

Såfremt det her beskrevne sygdomsbillede virkelig skyldes poliom. virus, må det siges at være højst interessant, om denne sygdom kan tage dette forløb, og er årsagen en anden, er det heller ikke uden interesse, da der i så fald synes at foreligge en »ny sygdom«, vel beslægtet med de tilfælde, som *Heidemann* beskrev (1), formentlig i særlig grov form.

Sygdomsbilledet minder hverken om polyradiculitis, som beskrevet af *Guillain-Barre* (2) herhjemme af *Fog & Lassen* (4), ej heller om *Viggo Christiansen's* »radiculo-meningo-myelitis« (5). Man synes heller ikke, at diagnosen polyneuritis i almindelig forstand dækker helt; således som denne sygdom bl. a. beskrives af *Munch-Petersen* (6). *Munch-Petersen* anfører, at hyperalbuminose er et hyppigt symptom ved polyneuritis, d. v. s. at radices åbenbart regnes med i polyneuritisens lokalisation, idet radix er intraduralt forløbende, men ikke een af vore patienter havde hyperalbuminose trods veludtalte visse symptomer. Ved polyneuritis er de objektive påviselige symptomer i almindelighed meget mere udtalte.

Myelitis er en mulighed, men ved myelitis måtte man forvente meget mere udbredte symptomer af objektiv art med mindre, at denne sygdom udelukkende sad i de autonome gangliaceller i rygmarven.

Det er muligt, at det skyldige agens netop angriber de tynde resp. nøgne nervetråde kaldte »C-tråde«, der netop leder smerteimpulser og de postganglionære autonome nervetråde udenfor centralnervesystemet. I selve centralnervesystemet findes masser af nøgne nervetråde, men hverken klinik eller electroencefalografi giver holdepunkt for, at større dele af selve nervesystemet har været afficeret ved skrevne sygdom.

Principielt nærmer vi os således til de sygdomme, der ifølge deres klinik må lokaliseres i det

autonome nervesystem, f. eks. Acrodynien (pink-disease), erytromelalgi og mb. Raynaud (se *Munch-Petersen* (6)), men på aldeles afgørende punkter afviger de her beskrevne tilfælde fra disse lidelser.

Jeg finder derfor, at den eneste benævnelse der nogenlunde kan dække, er: Neuritis vegetativa med den formentlig berettigede tilføjelse: epidemica, hvorved intet er udtalt om ætiologi.

SUMMARY

Torben Fog: VEGETATIVE NEURITIS, POSSIBLY EPIDEMIC

Ten cases of an acute infectious, apparently epidemic, disease are described. The disease was characterized by sudden onset with headache, vomiting and malaise followed by painful paraesthesias of the extremities and face, muscle pain and diminished muscle power, hyperhidrosis, symptoms of vascular spasm in the extremities, psycholability and fatigue. All cases occurred during an epidemic of poliomyelitis but paralysis occurred in one case only, without any evidence of disease in the anterior horn cells. The cerebrospinal fluid was normal in 5 cases. The disease showed remissions and exacerbations during the course of several months. The nosological problems are discussed

Litteratur:

- 1) *Heidemann, B.*: Ophobet optræden af myositer. Ugeskr. f. Læger nr. 42, p. 1504, 1952.
- 2) *Krarup, N. B.*: Ophobet optræden af myositer. Poliomyelitis? Ibid. p. 1534, 1952.
- 3) *Guillain, G., J. A. Barré et A. Strohl*: Sur un syndrom de radiculonévrite. Bull. et mém. Soc. Med. d. Hop. de Paris, 40: 1462, 1916.
- 4) *Fog, M. & H. C. A. Lassen*: Polyradiculitis acuta. Ugeskr. f. Læger 105: 249, 1943.
- 5) *Christiansen, V.*: Radiculo-Meningo-Myelitis. Hosp.-tidende 77: 749, 1934.
- 6) *Munch-Petersen, C. J.*: Nordisk Lærebog i intern Medicin. V., p. 470, p. 483 og p. 485. Gyldendals Forlag, 1947.

Offentliggjort med tilladelse fra Ugeskrift for Læger.