

ные ядом, уже так далеко зашли, что улучшению был положен известный предел, далее которого оно не могло идти. Это относится в особенности к общему умственному недоразвитию детей и расстройствам речи. Мутизм, правда, у большинства прошел, но всетаки речь оставалась резко дефективной. Следовательно, в этих случаях и течение, и прогноз являются довольно неблагоприятными.

2. У взрослых течение заболевания можно считать вполне благоприятным, поскольку б-ные оставляли работу со ртутью; однако и здесь проглядывали моменты индивидуального отношения к яду. Напр., один из б-ных проработал всего два дня со ртутью и получил отравление, в то время как остальные заболевали только спустя несколько месяцев после начала работы. Далее интересно, что не всегда продолжение работы со ртутью обязательно ведет к рецидивам; иллюстрацией к этому является сл. 3.

Вообще, наши наблюдения показали, что если б-ной не оставляет совсем работы, то последующие явления бывают более выраженными, нежели первоначальная картина.

3. В отношении лабораторных данных интересно отметить, что у одного из б-ных (сл. 1-й), который лежал с резко выраженной картиной энцефалопатии в отделении, в то время ртуть в моче обнаружена не была; в дальнейшем, после того как б-ной несколько поправился, появилась в моче ртуть. Этот факт подтверждает высказанное нами соображение относительно того, что тяжесть симптомов зависит, повидимому, от задержки ртути в организме (депо). Поскольку ртуть начинает выделяться из организма, клиническая картина улучшается.

## К вопросу о феномене насильственного отведения глаз при паркинсонизме.

А. П. Фридмана (Ленинград).

Симптоматология хронической стадии энцефалита (resp. паркинсонизма) чрезвычайно разнообразна. Можно признать совершенно справедливыми слова Lhermithe'a: „Эпидемический энцефалит обладает чрезвычайным полиморфизмом. Это болезнь, сбивающая с пути вариабельностью и богатством клинических проявлений“... Действительно, кроме известного для паркинсонизма и описанного впервые Esomoto 11 лет тому назад амиостатического симптомокомплекса (акинез-гиперкинез) и расстройств вегетативной нервной системы, обращали на себя внимание клиницистов различного рода симптомы со стороны отдельных черепно-мозговых нервов. Сюда относятся: редкое мигание (с. Stellwag), блефаро-спазм-клонус, расстройство зрения, двоение, сужение поля зрения, нарушение акта конвергенции и аккомодации при сохранности световой реакции—т. н. *perverse Argyll-Robertson* и проч. За последние 5—6 лет было также обращено много внимания на новый сопутствующий паркинсонизму симптом в виде насильственного отведения глазных яблок кверху, книзу, в стороны и, редко, вперед. Это насильственное содружественное движение глазных яблок в определенном направлении,

наступающее периодически в виде припадков, немецкие авторы определяют словом „Schauanfalle“.

В большинстве описанных авторами (Georgi, Ewald, Marinescu, Попов, Bins, Fincl, Kroll, Маргулис, Сандомирский и др.) случаях глазные яблоки подкатывались прямо вверх, редко в стороны, что ведет к синергическому сокращению верхних век. Длительность приступов определяется различными авторами от нескольких минут до нескольких часов и большею частью в вечернее время до наступления сна. Мы наблюдали в клинике нервных болезней Ленинградского медич. ин-та (завед. проф. М. П. Никитин) за последние 6 лет всего 3 случая „Schauanfalle“, не отличающихся сколько-нибудь от описанных в литературе. Однако, предлагаемый вниманию читателей случай паркинсонизма с симптомом „закатывания“ носит некоторые отличительные черты.

Больной 28 л., по профессии сапожник, родом из Донской Области. Острую инфекцию перенес, очевидно, в 1923 г., когда лежал в местной больнице по поводу «голодного тифа» около двух месяцев. В 1924 г. был принят на военную службу, но вскоре был освобожден, так как часто засыпал на посту днем, а ночью страдал бессонницей. В 1927 г. он прибыл в Ленинград и попал в больницу им. Мечникова, где был установлен диагноз паркинсонизма. В мае 1928 г. с целью ослабить ригидность мышц и общую скованность проф. В. А. Оппелъ произвел больному операцию «симпатэктомию» в шейной части ствола. Операция, однако, не произвела желаемого эффекта и больной выписался из больницы без заметного улучшения. Месяца через 2—3 после операции у него начинает развиваться следующий симптом: вечером, обыкновенно перед сном, больной чувствует, что его глаза неудержимо тянет вверх, и он не может их произвольно удержать от насильственного перемещения туда. Припадок насильственного закатывания глазных яблок в первый период своего возникновения бывал длительною всего несколько секунд и не более одного раза в день, но течение зимы 1928—29 гг. приступы стали учащаться и продолжительность их увеличиваться до нескольких минут, что все более и более приводило в беспокойство больного. У него появился «страх ожидания» припадков и возникли различного рода фобии, в частности, боязнь за ночь лечение скопоямином не оказывало сколько-нибудь заметного влияния на мучивший больного симптом, и он стал просить своего амбулаторного врача лечения гипнозом. Первые сеансы, по словам больного, приносили ему некоторое облегчение, но вскоре его врач уехал, а другой врач не пожелал продолжать эти сеансы. Ко мне в амбулаторию № 10 Ленинградского Облздравотдела (ст. вр. Б. И. Юдашин) больной попал на прием в августе 1929 г., и первое же обращение ко мне со слезами на глазах было: «Спасите меня, доктор, я с ума схожу от своих глаз».

Status 8/VIII 29 г. Больной среднего роста, крепкого сложения. Общая скованность всего тела выражена в резкой форме, руки приведены к туловищу, при ходьбе руками не балансирует. Гипертония и ригидность мышц больше всего выражены на верхних конечностях, адиадохокinesis. Лицо маскообразно, аффективно-мимические движения выражены в ничтожной степени. Речь медленная, невнятная, саливация и усиленное отделение кожного сала на лице. Зрачки среднего диаметра, слегка неравномерны, реакция на свет—средней живости, на аккомодацию—слабо выражена, с. Stellwag. Движения глазных яблок во все стороны несколько замедлены, а движения *вверх* как-бы «застушены», совершаются с трудом и проходят в несколько этапов. Сухожильные и периостальные рефлексы понижены и неравномерны. Патологические—отсутствуют.

По рассказу больного, ежедневно, в вечерние часы, им овладевает безумный, животный страх перед наступлением припадков «закатывания», приближение которого он ясно чувствует. В это время страх настолько усиливается, что он впадает в аффективное состояние и способен на убийство или самоубийство, причем не всегда помнит о своих действиях (амнезия). Жена в эти минуты зорко следит за ним, так как очень часто больной хватается за свой сапожный нож с целью совершить то или иное насильственное действие. Ввиду настойчивых просьб больного, я неоднократно подвергал его гипнозу. Впадал он, разумеется, в состояние

легкого забытья; при этом я неизменно внушал: «Вы не должны бояться приступа закатывания глаз, Ваше зрение сохранится в полной мере, Ваше настроение должно быть ровным, спокойным». Пробуждался он всегда радостный, успокоенный и бесконечно благодарный и уверял, что он теперь не будет бояться припадков. Действительно, по словам жены, первый вечер после сеанса гипноза больной чувствовал себя более или менее хорошо, но уже со 2—3 дня все снова возвращалось в прежнее состояние, припадки «закатывания» вызывали в психике больного целую бурю эмоциональных переживаний. Кроме гипноза я применял последовательно scopolamin (несколько раз ездил к больному на дом и делал вечером подкожные впрыскивания), atropin, Datura Stramonii, ванны и т. п.—и все безуспешно. В течение 3½ месяцев наблюдения я особых изменений в состоянии больного не замечал. Единственно благоприятным обстоятельством можно было считать, что за время наблюдения приступы «закатывания» не усиливались качественно и количественно, а непосредственно после гипноза психическое состояние больного неизменно улучшалось.

Особенности только что описанного случая представляются нам в следующем виде: 1) Попытка лечения паркинсонизма оперативным путем с целью воздействия через симпатикус на центры подкорковых ганглиев. 2) Вскоре после оперативного вмешательства выявляется вышеуказанный симптом со стороны глаз. Имеется ли непосредственная связь между этими двумя явлениями—сказать трудно. Возможно, что операция лишь ускорила возникновение феномена. 3) Психические симптомы для паркинсонизма, главным образом—повышенная эмоциональность, но Georgi, Kroll и др. описали также психопатологическое состояние во время припадков. Но в нашем случае мы имели таковое и до его наступления, в ожидании приступа. 4) Лечение гипнозом этого симптома, правда без длительных результатов. Временное облегчение больному его страданий следует, однако, отметить. Мы бы сочли возможным рекомендовать применение метода активной психотерапии врачам, пользующим такого рода больных, страдающих главным образом „страхом ожидания“. 5) Вопреки мнению большинства авторов, мы не могли наблюдать благоприятного воздействия скополамина специально на данный симптом. Он лишь ослаблял общий ригор мышц. Этот факт тем интересен, что здесь можно истолковать отсутствие эффекта на скополамин тем, что психическое состояние больного, его возбуждение, возможно, парализовало фармакологическое действие препарата (?).

Покончив с кратким изложением этого, 4-го по счету из наблюдаемых нами случаев „Schauanfalle“, мы считаем теперь необходимым высказать несколько обобщающих мыслей. Каков патогенез феномена, как представить себе механизм возникновения этих тонических судорог глазных мышц? Есть ли это симптом выпадения или, наоборот, раздражения соответствующих центров? Некоторые авторы (Sterling, Georgi, Филимонов, Сандомирский и др.) склонны считать это явлением порядка двигательного разряда подкорковых центров в виде своеобразной формы *эпилепсии*. Исходный пункт этих предположений—тоническую фазу судорог генуинной эпилепсии—многие относят за счет подкорковых процессов. Binswanger, Ziehen, Monakow, Reymonds, Hoffmann, Бехтерев, Sterling, приводя несколько случаев судорожных припадков при эпидемическом энцефалите, прямо говорят о так. наз. субкортикальной эпилепсии, признавая за клоническими судорогами эпилептического припадков корковое происхождение.

Нам представляется, однако, что феномен „закатывания“ следует отнести в категорию явлений *выпадения*, торможения, и вот по каким

соображениям: 1) Пока еще экспериментально не доказана возможность самостоятельной подкорковой эпилепсии преимущественно тонической фазы и, в частности, получения симптома Schauanfälle. 2) При эпидемическом энцефалите мы имеем, как известно, поражение подкорковых ганглиев и, следовательно, можно предполагать нарушение обычной связи между ними и корой мозга, resp. состояние растормаживания. По нашему мнению, такое же явление торможения можно наблюдать у здоровых людей *во время сна*, когда глазные яблоки, как известно, отходят *кверху*. 3) Частота насильственного отведения глазных яблок при эпидемическом энцефалите именно *кверху* говорит в пользу нашего предположения еще по другой аналогия. Согласно последним воззрениям И. П. Павлова и др., подкорковые ганглии — вместилище эмоций. И, действительно, мы наблюдаем у религиозных людей на высоте эмоциональных реакций и у истеричных особ женского пола частое обращение глазных яблок *кверху*. Очевидно, гораздо *физиологичнее* и легче всего именно передвижение яблок *кверху*, а не вниз и в стороны. 4) Благоприятное влияние гипноза на припадок „закатывания“ следует также рассматривать как признак воздействия коры, как временное неустойчивое восстановление связи между двумя этажами головного мозга.

Все эти данные дают нам право высказаться с убеждением за тормозную природу феномена. Выше мы говорили, что желательно было бы поставить эксперименты на животных с раздражением подкорковых центров с целью вызвать симптом „закатывания“. К сожалению, оперативное вмешательство на ганглиях является гораздо более затруднительным, чем на cortex'e, и опасным для жизни животных.

---