

кисты направлялась не кверху к подъязычной кости, а шла вниз в переднее средостение, причем строение кисты не оставляет места для сомнений, что она направляется к thymus'y.

Общепринятой теорией *Kostanecki* и *Mielecki* по вопросу о происхождении боковых кист шеи нельзя объяснить наш клинический случай и мы склонны считать, что здесь, очевидно, киста развилась из остатков *d. thymo pharyngeus*, что и подтверждает теорию Венгловского. Правда, мы ни в коем случае не намерены утверждать, что поддерживаемая нами теория справедлива для всех случаев боковых кист шеи, но что она дает правильное объяснение нашему случаю, это является очевидным.

Все подобные кисты, по мнению *L. Ombredaune*, а также по нашему убеждению, подлежат оперативному удалению, ибо они тают в себе всегда две опасности, во-первых, опасность превратиться в злокачественное новообразование, и, во-вторых, при возникновении в таких кистах воспалительных процессов они могут превратиться в свищи, что является более тяжелым заболеванием, чем кисты. Необходимо отметить, что при операции следует удалять всю ножку кисты или весь свищевой ход, в противном случае из их остатка неизбежно разовьется или киста или свищ.

Из психиатрической к-ки Крымского мед. и-та зав. проф. Н. И. Балабану

Субкортикальный синдром при полицитемии (эритремии Вакеза).

А. И. Молочек и Т. И. Русин.

Болезни крови, сочетающиеся с определенными невропатологическими синдромами, представляют интерес в смысле изучения их взаимоотношений и связей. Полицитемия, дающая сдвиг в морфологических элементах крови, грубо нарушающая весь процесс кровообращения, ставящая в особые биохимические и механические условия сосудистую стенку, может быть фактором, выявляющим конституционально-дефектные отделы центр. нервной системы.

Поражения нервной системы, сопровождающие полицитемию так же, как и психические расстройства при ней, отмечаются рядом авторов. Так, *Оппенгейм* наблюдал при полицитемии комбинацию нистагма, пареза взора, перебелярную атаксию, симптом *Бабинского*.

Частоту психических расстройств при эритремии отмечает *Мюллер*. *Оппенгейм*, *Гольдштейн* и *Штеелин* указывают на наличие церебральных очаговых расстройств. В литературе мы встретили описание трех случаев полицитемии и осложнения с хореатическими нарушениями движений. *Левис* сообщает об одном, им самим наблюдавшемся случае эритремии у 38-летней женщины. Он нашел у нее 8100000 эритроцитов, 115% гемоглобина и большую селезенку, при этом у нее наблюдались хореатические расстройства движения типа *гентингтоновской* хореи. Под

влиянием рентгенизации трубчатых костей число эритроцитов снизилось до 6400000. С течением времени уменьшились также хореатические подергивания. Однако, автор не видит прямого взаимоотношения между степенью хореатического расстройства движений и количеством эритроцитов. Отсюда он выводит, что хорея не зависит непосредственно от изменений крови, но возникновению ее способствует развившийся в мозгу органический процесс (кровоизлияние, тромбоз). Бардачи наблюдал у 60-летней женщины после психической травмы быстро развившуюся хорею, при этом он нашел также артериосклероз, струму и резкое увеличение эритроцитов; последнее оставалось стойким по излечении хореи. Во втором приведенном им случае хореи имелось также увеличение числа эритроцитов. Автор считает хорею последствием тромбоза и гиперемии мозга.

Суммируя нервные и психические расстройства при полицитемии, особенно по данным Гайсбека, Эвальд описывает следующую симптоматику, сопровождающую это заболевание: головные боли, приступы головокружения, часто меньеровского характера, шум в ушах, приливы крови к голове, скотомы, парестезии, колющие боли в области сердца и сверлящие в костях, усталость, бессонница, а также регулярные приступы мигрени. Иногда сюда присоединяются ясные психотические симптомы: сенсорная возбудимость, достигающая степени галлюциаторных состояний, особенно в зрительной области (Кассирер, Бамбергер) и обоняния (Миллер). Критическое отношение к болезни остается сохраненным. В других случаях выступают больше корсаковско-подобные состояния, если можно при этом исключить влияние артериосклероза (Фреунд). Иногда встречаются локальные пробелы памяти, как это бывает у эпилептиков. Левин видел при полицитемии, с длительностью течения болезни в два года, наступление тяжелой депрессии. Патогенетическая связь депрессии с заболеванием крови ему кажется недоказательной.

Шлезингер, в своей работе о сифилисе внутренних органов, приводит свои наблюдения и наблюдения ряда авторов (Гоффман, Геллаверден, Бесстойя, Рекзе, Мойес, Людиг и др.) о возможном сочетании полицитемии с сифилисом. Как следует из описания нашего случая, к которому мы переходим, анамнез и данные исследования позволяют исключить подобное сочетание.

Франц В, 42 лет, чех, колхозник, женат, поступил в Крымскую областную психиатрическую больницу с жалобами на головные боли, периодически обостряющиеся, головокружения, ощущение жара в голове, повышенную утомляемость, неспособность к физическим напряжениям, подергивания в конечностях. Больной сообщает о себе следующие анамнестические сведения: Родился в Джанкойском районе, в крестьянской семье. Отец умер 57 лет после полученного им ранения в состоянии опьянения; потатор. Мать умерла от сыпного тифа 48 лет; брат больного 37 лет умер от туберкулеза легких. Больной родился по счету пятым, в раннем детстве перенес натуральную оспу, развивался правильно. Окончил сельскую школу. Сообщает, что еще с детства пребывание в душных, многолюдных помещениях всегда вызывало у него приступы тяжелой головной боли, ощущение жара в голове, удушье. В 1914 г. был призван на военную службу. На фронте дважды был ранен в правую руку и левую ногу. В 1917 г. был демобилизован, после чего продолжал заниматься сельскохозяйственным трудом. Половую жизнь начал со времени вступления в брак — 25 лет; имеет шестерых здоровых детей.

Характеризует себя спокойным, трудолюбивым, достаточно активным, лишенным каких-либо невротических и характерологических заострений.

Кроме гриппозной инфекции, легко протекавшей в 1930 году, никаких инфекционных заболеваний не переводил. В том же 1930 г. стал замечать постепенно нара-

ставшее покраснение лица, а также кистей рук. По временам стали появляться на коже туловища различной величины красные пятна. Появилась потливость, главным образом, лица, ощущение жара в голове, головные боли и головокружения. В связи с ухудшившимся физическим состоянием б-ной вынужден был оставить сельскохозяйственную работу. С середины сентября 1933 года после психической травмы (конфликта с законом) больной отмечает у себя появление непроизвольных судорожных подергиваний, главным образом в левых конечностях. Указанные подергивания постепенно нарастали и генерализовались.

Физический статус: Большой высокого роста, ослабленного питания, астенического телосложения. Мускулатура дряблая. Кожа лица, в особенности носа, ушных раковин, подбородка вишнево-красного цвета. Кисти рук, особенно ладонные их поверхности, также гиперемичны. Слизистые рта, носа такой же окраски с цианотическим оттенком. Конъюнктивы глаз—резко вишнево-красные сосуды. На коже по всему телу разбросаны отдельные пятна красного цвета в форме петехий различной величины. Сердце: границы увеличены влево на 1 см, систолический шум у верхушки, пульс 68 в 1', удовлетворительного наполнения. Кр. давление 130—100 (Р.Р.). Сосуды наощупь слегка уплотнены. В легких специфических отклонений не обнаружено. Селезенка плотна, выходит из-под края грудной клетки на два пальца; верхние ее границы у нижнего края 7-го ребра. Печень увеличена, плотная, выходящая из-под ребер на 3 пальца.

Морфологический состав крови: эритроцитов 12.405.000—10.030.000, лейкоцитов—8.300, базофилов 1,5%, лимфоцитов—16,5%, эозинофилов—8%, юных форм—нет, палочкоядерных—8%, сегментир.—62%, моноцитов—4%, гемоглобина—14%. Отношение эритроцитов к лейкоцитам 1:1208. Цветной показатель—0,72. Реакция осажения эритроцитов 0 в 3 часа.

Исследование крови на реакцию Вассермана не удалось произвести в связи с отсутствием гемолиза. Исследование спинно-мозговой жидкости на реакцию Вассермана дало отрицательный результат. Цитозолевая реакция, Понье-Апельт, Панди также отрицательны. Форменных элементов в одном 10^6 —3; белка—0,016%.

Исследование мочи: уд. вес 1015, белок 0,5%, уробилин—положительная реакция, тени эритроцитов—2—3, лейкоцитов—3—5 в поле зрения. Плоский эпителий в небольшом количестве, гиалиновых цилиндров—8, зернистых в препарате—2. Функциональная проба почек: обычный дурез—1645 $см^3$, при полутора литрах жидкости—2,150 $см^3$, при 200 $сс$ —850 $см^3$.

Нервная система: Зрачки равномерны, реакция на свет замедленная, с недостаточной амплитудой, конъюнктивальные и корнеальные рефлексы ослаблены, глоточный рефлекс повышен. Сухожильные рефлексы живые, равномерные; кожные—также; защитные рефлексы повышены, за исключением Маринеско, вызывающегося слева; других патологических рефлексов нет. Общая гипотония, более выраженная со стороны нижних конечностей. Наблюдаются следующие хорейтические симптомы: **Вонгефера** (дряблых плеч). **Вабинского** (падения руки)—левая рука падает быстрее и совершает больше экскурсий, симптом чрезмерного сгибания ноги. **Вабинского** (супинации и пронации), симптом **Иогихеса** (неравномерность движений), симптом **Черни** и выраженный симптом языка.

Походка размашистая, шаткая, неуверенная, при пробе **Ромберга** пошатывание с усиливающимися подергиваниями в отдельных частях тела. Привычная поза: туловище несколько наклонено вперед, голова опущена, руки заброшены за спину, одна нога выставлена вперед.

При положении в покое (в лежачем): руки держит скрестив на груди, ноги разбросаны. Отмечаются насильственные движения в верхних конечностях, в пальцах рук, в пальцах ног, сгибательные, разгибательные и вращательные движения стоп. Отмечающиеся движения быстры, неожиданны, без напряжения, и в смысле участвующих в них мышц подвержены построй смене: то пожимает плечо, то перебирает пальцами, перемещает стопу, откладывает в сторону ногу, прерывает дыхание. Насильственные движения преобладают в левых конечностях. Внезапные толчкообразные движения во всем туловище. Голос афоничный с недостаточной модуляцией. Лицо лишено обычной мимической живости. Отмечает у себя двоение в глазах, парестезии во всем теле, вызывающие по временам психомоторное беспокойство.

Дно глаза: венозные сосуды резко расширены, артериальные—норма, сосок нормальной окраски. Острота поля зрения обоих глаз 1,0.

Со стороны психики: Больной доступен, ориентирован в окружающем, на все предложенные ему формальные вопросы отвечает правильно. Охотно подвергается всем видам исследования. Терпеливо и спокойно относится к своим болезненным ощущениям, не подчеркивая их и не застревая на них. Пассивный, вялый, не тяготится пребыванием в больнице, не интересуется жизнью больных. На всем поведении — черты аспонтанности, безинициативности. Несмотря на тяжесть болезненных ощущений, эмоциональный тон благодушный, беспечный, переходящий иногда в легкую эйфорию. Из наблюдений над больным создается впечатление, что восприятия и ситуационная ориентировка не нарушены, однако, в силу потускневшей аффективности, лишены живости и полноты переживания. Сообщает, что в последнее время часто при закрытых глазах видит перед собой фигуру стоящего человека, которая следит за ним. Указанное состояние никаких особых переживаний в нем не вызывает.

За время пребывания в больнице в поведении больного — неизменный, стереотипный однообразный тон. Экспериментально-психологическое исследование по методу Россоломо дало следующую формулу: П 7—(5,4—5,8—8,5)—44,1%, со структурной гипотонического профиля.

Описываемый нами случай представляет собой типичную форму Вакезовской эритремии. Ограничившись указанием на возможность связи между перенесенной больным в 1930 году гриппозной инфекцией и поражением эритробластического аппарата, мы переходим к рассмотрению возникшего у него невропатологического синдрома. Клиническая картина полицитемии в отношении нервных расстройств, приведенная нами выше в кратком литературном обзоре, отличается крайней полиморфностью симптоматики.

В нашем случае при наличии полицитемии получил свое развитие вполне оформившийся субкортикальный синдром. Болезненный процесс у нашего больного, лишённого патологической наследственности в смысле предрасположенности к гиперкинезам, идет по пути одновременного нарастания как хорейтических явлений, так и изменений со стороны психики — аспонтанности, утраты активности и аффективной тусклости. Можно считать, что психогенный фактор, предшествовавший данной картине заболевания, оказался провоцирующим моментом. Симптоматическая хорей описана при очаговых поражениях мозжечка, ножек мозга, красного ядра, стриатума, паллидума, коры и др. областей мозга. Только сопоставляя хорейтические явления с изменениями со стороны психики, мы разрешаем себе говорить о субкортикальной локализации приведенного синдрома.

Если сравнить клинические картины различных форм хорей, то в нашем случае симптоматика отклоняется от свойственной сидэнгамовской хорее живости реактивных и выразительных движений, аффективной лабильности при повышенной раздражительной слабости, скорее в сторону гентингоновской хорее, где превалирует бедность аффективной жизни, замедленность и монотонность в характерном для нее гиперкинезе.

Учитывая полицитемию, как фактор, способствовавший обнаружению наиболее дефектных участков в нервной организации больного, мы считаем, что настоящий процесс проявил себя в сосудистой системе головного мозга, конституциональную дефектность которой в форме церебральной слабости сосудов можно было проследить задолго до заболевания полицитемией.