

Литература: 1) Мгебров, Русский вестн. дермат. № 2, 1928 г., стр. 162.—2) Блиндер. Труды Одесского вен-инст. им. Главче. 1927 г., стр. 209.—3) Бременер. Сборник, посв. проф. Броннеру. 1926 г., стр. 185.—4) Берсон. Сов. врач. 1930 г., № 15—16, стр. 699.—5) М. С. Пильнов. К вопросу о лечении волчанки. Дисс. 1904.—6) Цит. по М. С. Пильнову, Richard Volk'y „Die Therapie der Hauttuberculose. 1924 и Маркузе „Luft- und Sonnenbäder“. 1907.—7) Дитерихс. Терап. обозр. 1913 и Крымск. курорты, 1922.—8) Трегубов Вр. дело, 1925.—9) Б. С. Бом. Кур. дело 1925.—10) Истомин. Вопр. туберк. 1926., № 4.—11) Финкельштейн. Вопр. Туб. 1925 г.—12) Кисель. Врач. дело, 1921 г.—13) Кричевский и Попов. Русск. вестн. дерм. № 4. 1925.—14) Paul Thimm. Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten.—15) E. Lang. Wien. med. Woch. 1897 г.—16) C. Porrer. Derm. Zeitschr. Bd IV. 1897 г.—17) S. Reiner. Wien. med. Presse 1900 г.—18) Sarason. Berl. kl. Woch. № 13. 1899.—19) A. Huber. Wien. kl. Woch. № 20—27. 1902.

Психические изменения при abortивных формах энцефалита (психозэнцефалоз¹⁾).

Д-ра И. Б. Галант (Москва).

Общеизвестно, что эпид. энцефалит отличается чрезвычайным разнообразием и пестротой картин состояния, симптомокомплексов, синдромов и исходных состояний. При Э. Э. мы имеем всевозможные гиперкинетические, гипо- и акинетические формы, встречаем различного рода параличи—офтальмоплегическую форму, гемиплегическую форму с афазией и без нее, таламический и др. синдромы, молниеносную форму энцефалита, а среди исходных состояний описаны помимо всем известного паркинсонизма и родственных ему состояний различные постэнцефалитические спинно-мозговые заболевания, как-то амиотрофический боковой склероз, сирингомиелия, атипичный полиомиелит с нуклеарными параличами (Salus)²⁾ и т. д. И вот интересно отметить, что этому разнообразию в соматической сфере соответствует при энцефалите не менее большое разнообразие в психической сфере, и *психозэнцефалит*, как выражаются французы, обнимает всевозможные болезненные психические состояния, психоневрозы, психопатии, психозы, разные атипичные психотические состояния, разные виды слабоумия и т. д. Одним словом, нет почти ничего в психиатрии, что не встречается в той или другой форме как постэнцефалитическое состояние.

То что я сказал об э. э., относится до известной степени и к abortивным формам энцефалита. Правда, Маргулис и Модель описали всего только 7 форм аб. э. (окулоцефалическую, вестибулярную, алгическую, периферическую и т. д.), однако, не подлежит сомнению, что имеется гораздо больше abortивных форм энцефалита, ибо в конце концов любая форма энцефалита может протекать abortивно, и совершенно правильно отметил однажды Маргулис, что строгой границы между abortивным и неabortивным энцефалитом провести нельзя, и существуют здесь всякого рода переходы.

¹⁾ Доклад на конференции врачей нервн. отд. б-цы им. Бабухина в Москве. 18 мая 1930 г.

²⁾ Salus, F. Ueber Enceph. epid. mit spinalen u. peripherischen Manifestationen. D. Z. f. Nhk Bd. 109 (1929).

После всего сказанного никого не удивит, если я скажу, что при аб. э. имеются психические изменения, и что эти изменения довольно разнообразны. Тем не менее мне удалось на нескольких типичных случаях уловить сущность психических изменений в течении аб. э. и описать эти изменения под названием психоэнцефалоза¹⁾ в противоположность известному при энцефалите психоэнцефалиту.

Психоэнцефалоз в типичной своей форме встречается главным образом при *вестибулярной форме аб. э.* и состоит из трех фаз: 1) фаза abortивного делирия, 2) психастеническая фаза и 3) фаза реконвалесценции.

Делирий, как известно, это кратковременное затемнение сознания с бредом, с обманами чувств и галлюцинациями и с двигательным беспокоеством. Делирий встречается при многих болезнях—при истерии, эпилепсии, шизофрении, при различных инфекциях на высоте температуры, при интоксикациях и т. д. Делирий при каждой болезни имеет свои характерные особенности и очень важен для дифференциального диагноза заболевания.

При abortивном энцефалите делирий в целом слабо выражен, почему мы его и называем abortивным, хотя он нередко содержит элементы тяжелого делирия. Так, напр., одна б-ная рассказывает, что в период своего делирия ей трудно было ходить по мостовой, т. к. все время ей приходилось прыгать через бугорки. Переступила бугорок, а тут вырастает другой, через который она опять должна прыгать, а там вырастает третий, четвертый, пятый и т. д. Известно, что алкоголик, допивающийся до чортиков, видит, как из земли вырастают не то что бугорки, а целые „человечки“. Вырос один, проплыл перед глазами и исчез, но тут же вырастает другой „человечек“, исчезающий таким же манером, появляется третий, четвертый и т. д. Ясно, что мы имеем здесь полную аналогию.

Бред носит при делирии аб. э. характер *гимнагогического бреда*. Стоит б-ному закрыть глаза, как перед ним калейдоскопически проносятся в ужасном беспорядке обрывки мыслей, картин, представлений, переживаний, ситуаций, а стоит ему забыться в тревожный сон, как начинаются кошмары и кошмарные сны, причем эти сны довольно однообразны и упорны. Б-ой все время падает в пропасть, в воду, падает с 4-го этажа, с аэроплана, с дерева и т. д.²⁾ Снится много воды, бесконечно много воды. Одна б-ная рассказывает, что во время энцефал-своего бреда ей снилось без конца, причем она видела самые нелепые сны. Ей снилось, что она выходит замуж, причем ее муж оказывается женщиной; ее богато наряжают, одевают ожерелье в 12.000 руб. и т. д. Легко убедиться, что мы имеем здесь дело с сексуальным сном, что не покажется странным, если припомнить, что при энцефалите сексуальность нередко нарастает.

¹⁾ Термин «энцефалоз» введен в невропатологию проф. М. Маргулисом.

²⁾ Некоторые больные переживают чувство падения в пропасть наяву, лежа с закрытыми глазами; они теряют вдруг ощущение своего тела и катятся в пропасть, переживая при этом сильный страх. Они должны сейчас же открыть глаза и принять другое положение, чтобы избавиться от страха переживаемого падения в пропасть. Эти упорные стереотипные сны падения в пропасть стоят безусловно в связи с нарушением вестибулярных функций, а поэтому правильно было бы назвать эти сны *вестибулярными снами*.

Бред большей частью бывает по ночам. Больной кричит или вскрикивает, сам не сознавая этого, и удивляется, когда его спрашивают, почему кричит, чего хочет. Он мечется, громко говорит, ничего об этом не зная.

Галлюцинации, столь характерные для делирия, не отсутствуют и при делирии аб. э., причем галлюцинации эти за редкими исключениями представляют собой элементарные галлюцинации, т. е. б-ной не галлюцинирует сложных картин, ситуаций, переживаний, не слышит разговоров, а только элементарные шумы, звуки, звонки, тикание и т. д. Преобладают слуховые галлюцинации. При окулоцефалической форме встречаются и зрительные галлюцинации, весьма редко и при вестибулярной форме (вуаль с черными точками, крючками, палочками и т. д.).

Таков в кратких чертах делирий abortивного энцефалита. Следует здесь же отметить, что далеко не всегда, не всегда даже при вестибулярной форме аб. э., встречается делирий. Он может отсутствовать.

Большим постоянством отличается 2-ая, психастеническая фаза, благодаря которой больные аб. энцефалитом попадают в группу неврастении, истерии и истеро-неврастении.

И, действительно, почти не бывает случая аб. э., где бы отсутствовали симптомы, которые принято считать неврастеническими. Головные боли, головокружение, сильная слабость, повышенная утомляемость, раздражительность, вспыльчивость, апатия—таковы жалобы, преподносимые нашими больными. Эти неврастенические явления, строго говоря, вовсе не неврастенические при abortивном энцефалите, ибо имеют в своей основе процесс энцефалоза. Правильнее их поэтому назвать *псевдоневрастеническими*.

Но вот помимо этих обманчивых, псевдоневрастенических симптомов имеются у наших больных явления, которые никак в картину неврастения не укладываются. Это прежде всего патологические ощущения, характерные больше для шизофрении. Однако, в то время как при шизофрении эти ощущения локализируются б-ным в любой части тела, при аб. э. они локализируются исключительно в голове, что очевидно опять-таки стоит в связи с болезненным состоянием мозга. Больной чувствует, что у него большая, „болванистая“ голова, и для того чтобы убедиться, что это не так, он должен схватить голову обеими руками и убеждается, что голова у него как у всех. Но стоит ему снять руки с головы, как ему опять кажется, что его голову „разносит“, что она большая, „болванистая“. Другая больная чувствует свой голос в голове. В голове что-то переливается сзади кпереди и кончается онемением у крыльев носа. Третий имеет „чувства занавеса в голове“ со внезапной потерей нити мыслей и с чувством затемнения в голове, пустоты—явление очень похожее на задержку или *Sprengung* у шизофреников. Бывает еще в голове чувство вянущегося шара, верчения, смещения и т. д.

Наряду с этим имеются еще те обманы чувств и элементарные галлюцинации, которые мы уже отметили в фазе делирия. Правда, их теперь меньше и их следует рассматривать как резидуальные явления делирия.

Дальше отмечается в этот период у наших больных понижение психического тонуса и ослабление всех психических функций вообще,

что вполне позволяет обозначить 2-ю фазу в течении аб. э. психастенической, тем более что нередко ко всему этому присоединяются еще навязчивые страхи. Б-ные чувствуют такую сильную слабость, до того быстро переутомляются, что предпочитают оставаться лежа в постели и не нарушать своего покоя даже малейшими движениями. Ими владеет полная абулия, нет никаких импульсов воли, все их раздражает, даже малейший шум, присутствие людей раздражает их не меньше и единственное их желание оставаться наедине. Но наедине с собой б-ные себя тем не менее чувствуют плохо. Ими овладевает беспокойство, они плачут, ими овладевает страх заболеть душевно, умереть, или превратиться в калек, и хотя они легко поддаются соответствующим внушениям врача и легко убеждаются, что их страхи необоснованны, тем не менее эти страхи все время повторяются.

Но вот б-ные спустя месяц, 2—3 начинают поправляться. К ним возвращается прежнее присутствие духа; слабость, переутомляемость и другие псевдоневрастенические и психастенические явления начинают уменьшаться и исчезать, и б-ные вступают в стадию реконвалесценции.

Такова в кратких чертах картина психоэнцефалоза в типичных случаях. Но картина эта сильно варьирует. Я уже упомянул, что первая фаза делирия может отсутствовать, вторая же фаза может при основных явлениях психастении сопровождаться не соответствующей депрессией и упадочным настроением, а каким то эйфорическим возбуждением, которое никак не соответствует соматическому состоянию больного. Получается полная картина паратимии. Б-ой или б-ная жалуется на действительные сильные головные боли, на слабость, переутомление и т. д. и при этом весело возбужден и думает обо всем другом, только не о болезни. Иногда психастеническая фаза при отсутствии предшествовавшей фазы делирия до того слабо выражена, что помимо понижения психического тонуса и слабых псевдоневрастенических явлений трудно у б-ных найти то, что мы привыкли видеть при психоэнцефалоze.

О вариантах психоэнцефалоза я в настоящее время больше сказать не могу. Я не считаю мои исследования над психическими изменениями при abortивном энцефалите законченными. Я, напр., в настоящее время могу лишь мало сказать о постэнцефалитических состояниях при аб. э. Я их, в нервной клинике¹⁾ не наблюдал в достаточном количестве. Заслугу моих исследований в области психических изменений при аб. э. я хотел бы усмотреть в том, что мне удалось найти то ядро, которое даст в будущем возможность развить и довести до конца учение о психических изменениях при abortивном энцефалите.

¹⁾ Нервное отделение б-цы им. Бабухина в Москве (зав. проф. М. С. Маргулис).