

К клинике эпидемической икоты.

Доложено в 35-ом Научном Собрании Врачей Клинического Института 26 III 1923 г.

Проф. Р. А. Лурия.

В широких врачебных кругах на упорную икоту, —singultus, —смотрят либо, как на в высокой степени серьезный симптом тяжелого заболевания органов брюшной полости или центральной нервной системы, либо—как на случайный, не имеющий для больных большого значения, рефлекс на двигательные нервы диафрагмы и мускулатуры грудной клетки и брюшного пресса. Однако, в сущности говоря, ни самый механизм икоты, ни патогенез, ни даже семиотика ее не изучены достаточно хорошо, почему особенного внимания заслуживают случаи икоты, не укладывающиеся в рамки обычных наших представлений об этом симптоме.

В декабре 1922 г. и в начале 1923 г. мне пришлось наблюдать 9 случаев упорной, своеобразно протекавшей икоты. До этого времени такого числа больных икотой за короткий промежуток времени я не видел, отдельные же, очень редко встречавшиеся, случаи упорной икоты находили себе обычно объяснение, как явление, сопутствовавшее тому или другому заболеванию. По словам врачей, работающих в периферических городских амбулаториях, как раз в это же время (декабрь 1922 г. и январь 1923 г.) в Казани появились больные, единственной жалобой которых была икота; случаи эти не подвергались особому исследованию и скоро исчезали из вида. Привожу очень кратко некоторые из наблюдавшихся мною случаев.

Случай I. Больной Р., 33 лет, артист, заболел вдруг 8/XII 1922 г. поздно вечером, после спектакля, икотой; заболевание приписывает напряжению дыхания при исполнении партии на сцене, хотя ему неоднократно и раньше приходилось петь с известным напряжением диафрагмы, но икоты никогда не бывало. Икота очень частая, до 12—15 раз в минуту; ночью то икает, то спит покойно. Икота заставила больного обратиться к врачу, лечение было безрезультатно, и 12/XII больной консультировал со мною. Пациент высокого роста, крепкого телосложения, со стороны внутренних органов и нервной системы никаких заметных отклонений от нормы нет; частая икота, сопровождающаяся напряжением брюшной мускулатуры. Происходит из совершенно здоровой семьи, в прошлом

никаких заболеваний не отмечает. Жалуется на угнетенное состояние вследствие беспрестанной мучительной икоты. Со стороны желудка и кишек никаких жалоб не предъявляет и никогда этими болезнями не страдал. Об'ективных явлений ни со стороны внутренних органов, ни со стороны нервной системы нет. Икота продолжалась всего 7 дней. Предложенное лечение (emuls. amygdal. dulcium, natr. bromatum, cocain, belladonna) решительно никакой пользы не принесло. Через 7 дней икота прошла и до сих пор не повторялась.

Случай II. Больной Д., 43 лет, бухгалтер, 19/XII 1923 г., через час после обычного обеда, т. е. около 5 часов вечера, без всякой внешней причины стал страдать икотой, повторявшейся 1—2 раза в минуту; икота продолжалась всю ночь, мешая сну; такого же характера икота имела место и весь следующий день, и 20/XII вечером больной обратился ко мне, считая свою икоту связанной с заболеванием желудка. Пациент среднего роста и сложения. Частая икота (до 5 раз в минуту). Об'ективных изменений ни со стороны внутренних органов, ни со стороны нервной системы обнаружить не удалось. Жалуется на угнетенное состояние психики вследствие непрекращающейся икоты. Происходит из совершенно здоровой, не предрасположенной к нервным болезням семьи; пред настоящим заболеванием никаких эксцессов в пище или питье и никаких психических травм не было. Заболевание продолжалось всего 3 дня и сразу прекратилось само собою, еще до приема назначенного лекарства.

Случай III. Больной Л., 27 лет, врач-терапевт, обратился ко мне 21/XII 1923 г. тотчас после моей лекции, на которой беспрестанно икал. Икота началась вдруг, в 11 часов вечера, — по мнению д-ра Л. вскоре после того, как он съел кусочек черного хлеба. Вначале икота была раз 6—10 в минуту, но затем участилась до 20—30 раз в минуту и стала очень мучительной; икота продолжалась и ночью во сне: по словам окружающих, она была ночью еще сильнее и чаще, чем днем. Никаких расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта или катарральных явлений со стороны дыхательных путей не было, лихорадочного состояния больной не отмечает. В первые дни он делал промывание желудка, после чего икота часа на 3 прервалась, но последующие промывания желудка никакого влияния на нее не оказали. Через 1½ дня обратился к невропатологу и, сидя в приемной, икал до 40 раз в минуту, войдя же в кабинет, вдруг перестал икать, часа 3 потом икоты вовсе не было, затем опять началась и длилась еще сутки. Всего икота продолжалась 2½ суток, закончилась так же вдруг, как и началась; последнюю ночь икал очень сильно, на утро проснулся и уже больше не икал.

Случай IV. Больной Э., 30 лет, коммерсант, без всякой видимой причины, будучи в Москве 1/I 1923 г., сразу заикал; частота икоты — приблизительно через 2 минуты; икал-ли также и во сне, не знает, но заснуть икота мешала. Икота продолжалась всего 4 дня и прошла вдруг. До этого времени икоты никогда не было. Через 3 недели икота повторилась, также начавшись сразу, была мучительнее, чем первый раз, продолжалась 6 дней и кончилась сразу

же. Во время икоты чувствовал легкое лихорадочное состояние и некоторое угнетение. Во время и до периодов икоты ни желудочно-кишечных, ни катарральных явлений со стороны верхних дыхательных путей не наблюдалось. Оба раза икота исчезла без заметного влияния лечения. Происходит пациент из здоровой со стороны нервной системы семьи, из заболеваний отмечает тиф в 1905 году.

Остальные случаи почти в точности повторяют только что описанную клиническую картину. Все больные были мужчины, в возрасте от 22 до 53 лет; никакой связи между ними, семейной или социальной, установить не удалось,—они совершенно друг о друге не знали. Если сопоставить все эти случаи, где единственным и субъективным, и объективным симптомом болезни была икота, то они легко объединяются следующими признаками: во-первых, отсутствием каких-либо видимых расстройств со стороны внутренних органов или центральной нервной системы, во-вторых, полной независимостью икоты от каких-нибудь определенных этиологических моментов (душевное волнение, *abusus* в пище и т. д.), в-третьих, крайней монотонностью клинической картины: внезапное начало, чаще всего внезапный конец икоты, в-четвертых, неуспешностью терапевтического воздействия даже в симптоматическом отношении и как будто циклическим течением икоты, в-пятых, наконец,—что особенно бросается в глаза,—появлением нескольких случаев икоты в течении короткого промежутка времени.

Икота является не только клоническим сокращением диафрагмы, как это обычно принято думать, но также клонической судорогой мускулатуры грудной клетки, плечевого пояса, шеи и, вообще говоря, всей двигательной части дыхательного аппарата (*Er b*, *G ö t z e*, *Le h m a n n*, *K a r r i s* и др.). По *К н а р р*у можно различать прежде всего бульбарную икоту, происходящую без участия мозговой коры,—либо вследствие периферического раздражения блуждающего нерва, симпатической системы или чувствительных волокон п. *phrenici*, либо вследствие непосредственного раздражения ядер IX и X пары или центра диафрагмы в продолговатом мозгу. Кроме этой бульбарной икоты, *К н а р р* отличает еще икоту кортикального происхождения вследствие раздражения центра диафрагмы в мозговой коре. Этот центр, по *К н а р р*у,—двусторонний, расположен в верхней части основания второй лобной извилины вблизи моторных центров мускулатуры плечевого пояса, брюшной мускулатуры и по соседству с областью инспираторного дыхательного центра в коре головного мозга.

Уже одни эти анатомо-физиологические факты заставляют нас и в клинике патогенетически различать икоту периферического

и центрального происхождения, семиологически же случаи икоты могут быть сведены в нижеследующей схеме:

1. Икота периферического происхождения (рефлекторная икота, раздражение волокон *n. vagi*, *n. sympatici*, *n. phrenici*).

А. Заболевания органов грудной полости.

Болезни пищевода, *cardiae*, воспалительные процессы средостения, диафрагмальный плеврит, перикардит, опухоли средостения, аневризмы аорты и т. д., и т. д.

Б. Заболевания органов брюшной полости.

Болезни желудка, воспалительные процессы в брюшине (общие и местные), *cholecystitis*, поддиафрагмальные абсцессы, заболевания пузыря, простаты, матки и ее придатков и т. д., и т. д.

2. Икота центрального происхождения (бульбарная и кортикальная).

А. Органические заболевания головного, продолговатого и спинного мозга.

Менингиты, *hydrocephalus*, *apoplexia cerebri*, *encephalitis*, миелиты, *tubes*, *syringomyelia* и т. д.

Б. Токсическая икота.

Уремия, диабет, инфекционные болезни и т. д.

В. Психогенная икота.

Истерия, психоневрозы.

Указанная классификация икоты в общем и целом соответствует нашим обычным клиническим представлениям об этом симптоме. Скажу только, что как раз та причина икоты, которая чаще всего приводится и врачами, и больными для объяснения ее,—заболевания желудка,—на самом деле играет очень небольшую роль в происхождении данного симптома. В представлении врачей, однако, эта связь между икотой и расстройствами пищеварения, главным образом желудка, настолько крепка, что, как мы видели, врач, сам заболевший упорной икотой, склонен был считать ближайшей причиной болезни неудачно проглоченный кусок черного хлеба и начал поэтому ее лечение промыванием желудка. На большом материале желудочно-кишечных больных за два слишком десятилетия, если не считать заболеваний брюшины, я ни разу не видел икоты, как упорного, а тем более доминирующего симптома болезней желудка и кишек,—тем не менее именно с терапевтом, интересующимся болезнями пищеварения, считали необходимым прежде всего консультировать все мои больные, страдавшие этой своеобразной и мучительной икотой.

Совершенно ясно, что наблюдавшаяся у наших больных монотонная клиническая картина не укладывается в вышеприведенную схему классификации икоты, так как ни одного заболевания внутренних органов или центральной нервной системы у них не было; не было также никаких оснований говорить о токсемии, и, наконец, о психогенном происхождении этой мучительной икоты. У всех моих больных икота появлялась совершенно внезапно, среди полного здоровья, и почти так же внезапно исчезала, причем именно эта моносимптоматичность клинической картины и цикличность ее и составляли особенность всех без исключения наблюдавшихся мною случаев. Очевидно, мы у наших больных имели дело не с икотой, как симптомом того или иного заболевания, а со своеобразной болезненной формой, выделенной впервые зимою 1919—1920 гг. Есопом^о в Вене во время эпидемии энцефалита под именем эпидемической икоты—*singultus epidemicus*.

Появляясь чаще всего среди полного здоровья, эпидемическая икота иногда сопровождается познабливанием, легкой головной болью, небольшим недомоганием, как это было в описанном выше случае у больного Э. Обычно икота эта через несколько дней проходит, иногда рецидивирует, а в отдельных случаях через несколько времени после нее появлялся тяжелый миоклонический энцефалит (Lhermitte, Brain).

Описанную Есопом^о эпидемическую форму икоты наблюдали в 1919—22 гг. почти во всех странах Европы. Так, Rontano Tomasso и Enrico Trenti уже вскоре после Есопом^о наблюдали эпидемическую икоту в Италии, причем объективные данные и исследования liquoris дали совершенно отрицательные результаты, и авторы считают необходимым отличать эти случаи от психогенной или рефлекторной икоты. Staehelin зимою 1919/20 г. наблюдал в Швейцарии небольшую эпидемию икоты. Во Франции Rivet и его сотрудники в короткое время видели в декабре 1920 года 70 случаев эпидемической икоты. Lagre и Heuuer почти одновременно описывают ряд таких же случаев. Такие же формы икоты описаны Umber'ом и Loeb'ом в Германии. В России Аранович, в Ленинграде, описал в декабре 1922 г. и в начале января 1923 г. несколько случаев эпидемической икоты, и в то же время д-р Вережагин, в Козлове, Тамбовской губ., сам перенес такое же заболевание. У нас в Казани до декабря 1922 г. случаев икоты с характерной клинической картиной, описанной Есопом^о, Netter'ом, Dufour'ом и мн. др., насколько мне известно, не наблюдалось, и икота встречалась только, как один из симптомов той или другой клини-

ческой картины, анализ которой приводил обычно к определенному представлению о происхождении и значении этого симптома.

В высшей степени интересно поэтому было-бы выяснить этиологию и патогенез этого оригинального заболевания, не укладывающегося в рамки известной нам до сих пор семиотики икоты. Начиная с Есопом^о, большинство авторов указывает на связь эпидемической икоты с эпидемическим энцефалитом. Не лишено интереса, что во время эпидемии, описанной Sydenham'ом в Лондоне, в 1673/75 гг., под именем febris comatosa (так как основным симптомом ее было сонное состояние больных) и весьма похожей по описанию на encephalitis lethargica, по словам Ebstein'a, наблюдалась икота (цитирую по Есопом^о). Хронологическую связь двух этих заболеваний устанавливают также Lhermitte, Dufour, Netter и др.—во Франции, Sthaelin—в Швейцарии, Roos и др.—в Германии, Аранович—в Ленинграде. С своей стороны мы должны отметить, что в Казани эпидемическая икота появилась вскоре после того, как участились случаи летаргического энцефалита, и как раз в декабре 1922 г., когда я наблюдал описываемые случаи, в клинике у меня находился свежий острый случай энцефалита.

Этой хронологической связью обоих заболеваний еще далеко не устанавливается, конечно, их генетическая связь. Тем не менее большинство клиницистов все же склонно считать это заболевание моносимптоматической формой миоклонического типа летаргического энцефалита, выражающейся в судороге диафрагмы и дыхательной мускулатуры. Этот взгляд основан, кроме хронологической связи, т. е. одновременности появления случаев обоих заболеваний,—на ряде наблюдений, когда случаи singultus epidemicus предшествовали летаргическому энцефалиту у того же больного (Rothery et Bordet, Lemoine, Dargein et Plazy, Netter, Rivet et Lipschütz и др.), или же когда в одном и том же доме можно было наблюдать эпидемическую икоту у лиц близких больным эпидемическим энцефалитом (Netter). Clerc, Foix и Mercier des Roschettes описали случай эпидемической икоты и в том же доме второй случай, окончившийся на 8-ой день смертельно; на вскрытии были обнаружены изменения, характерные для летаргического энцефалита, что дало авторам основание высказаться в пользу идентичности обоих заболеваний.

В противоположность большинству авторов, считающих singultus epidemicus рудиментом энцефалита, другие отрицают всякую связь между этими заболеваниями и склонны, как это делают Szontagh, Loeb, Blum, Jenkins, Lagre и Neuyer

и др., связывать эту икоту с эпидемическим гриппом и видеть в этом синдроме проявление гриппозной токсемии.

Само собой разумеется, что речь здесь идет не об икоте, встречающейся в течении развившегося летаргического энцефалита, — такая икота не является неожиданной и укладывается вполне в рамки вышеприведенной схемы, раз имеются на лицо симптомы органического заболевания нервной системы. Речь идет только о таких случаях икоты, когда последняя представляет собой единственный симптом всего заболевания.

Как известно, вопрос о *virus'e* энцефалита еще не может считаться решенным, и существует мнение, что между возбудителем энцефалита и возбудителем инфлюэнцы имеется некоторое соотношение; так, напр., Stern разделяет мнение Reinard'a, что *virus* энцефалита представляет собою компонент общего сложного *virus'a* инфлюэнцы, в том смысле, как это понимает Sahli.

Не предпреляя вопроса о связи эпидемической икоты с энцефалитом или инфлюэнцией, не вдаваясь также в обсуждение весьма существенного вопроса о соотношении между *virus'ом* *herpetis febrilis* и возбудителя энцефалита, — вопроса, решать который было-бы преждевременно, когда еще не выяснена связь всех этих инфекций, — я хотел-бы только подчеркнуть большое клиническое значение описанных случаев эпидемической икоты. Учащение не мотивированных случаев икоты должно всегда заставлять нас внимательнее относиться к этим больным и тщательно искать связи между ними и случаями энцефалита. Не лишено интереса, что терапия наша, будет-ли она направлена на лечение этой икоты, как желудочно-кишечного, или нервного заболевания, будет-ли она, далее, фармацевтической, физиатрической или психотерапевтической, при данной форме икоты обречена на неудачу.

Эта своеобразная форма икоты, совершенно не поддающаяся терапии и исчезающая сама собой без всякого лечения, обращает на себя внимание именно своим циклическим течением, характерным, как известно, для инфекционных заболеваний, и дело будущих исследований установить этиологические моменты для нее и связать ее с той или инфекцией, пока же клиницисту остается лишь собирать строго проверенный материал. Вот почему, остановившись подробнее на ряде случаев эпидемической икоты, которые я имел возможность наблюдать, я считаю совершенно правильным выделение этой клинической формы икоты, имеющей, как мы видели, совершенно своеобразную физиономию, в отдельную нозологическую единицу до тех пор, когда будет больше оснований считать ее только частью общей, крайне полиморфной картины эпидемического

энцефалита, который, особенно в своих свежих начальных стадиях, заслуживает пристального внимания не только невропатолога, но и терапевта.

Литература (кроме указанной в статье д-ра Арановича).

- 1) Lehmann. Klin. Woch., 1923, № 26.—2) Кнапп. Monatsh. f. Psych. u. Neurolog., Bd. 50, H. 6, 1921.—3) Есопомо. Encephalitis lethargica. Verh. d. deutsch. Ges. f. inn. Med., XXXV Kongr., 1923.—4) Brain. Brit. med. Journ., № 3280, 1923 (цит. по KZB f. inn. Med., Bd. XXXIII).—5) Аранович. Врач. Газ., 1923, № 3—4.—6) Верещагин. Ibidem.—7) Rathery et Bordet. Bull. de la Soc. med. des hôpit. de Paris, 1921, № 5 (цит. по KZB, f. inn. Med., B. XVII).—8) Lemoine. Ibid.—9) Netter. Ibid. (цит. по KZB f. inn. Med., Bd. XVII).—10) Clerc, Goix et Mercier des Rochettes. Ibid., 1921, № 12 (цит. по KZB f. inner. Med., Bd. XX).—11) Reinard. Ergebnisse d. inner. Medizin, Bd. 22, 1922.—12) Stern. Klin. Woch., 1923, № 10.
-