

Конечно, чтобы окончательно установить связь между глазным заболеванием и заболеванием зуба, еще недостаточно одной только одновременности заболевания, а необходимо доказать и общность инфекции.

Терапия сводится или к удалению зуба, или, если возможно, к резекции верхушки корня.

В заключение упомянем о боли зубов, вызванных заболеваниями глаз. Боль в зубе при зондировании слезного канала приписывают зубному нерву (n. dentalis anterior), проходящему вблизи слезного канала и отдающему последнему многочисленные веточки. Далее, Галезовский описывает следующий случай: к нему обратился больной с жалобой на красноту и слезотечение левого глаза, продолжающихся в течение 14-ти дней; первые 7 дней глаз не болел, но больной очень сильно страдал от жестокой зубной невралгии, которая не поддавалась никакому лечению. Тогда он обратился к зубному врачу, который в первое же посещение извлек больному зуб. Экстракция не принесла никакого облегчения. На второй день зубной врач извлек второй коренной зуб, полагая, что первому зубу он ошибочно приписал роль этиологического момента, но и эта экстракция не дала результата. После этой второй операции к зубной невралгии присоединилась периорбитальная; глаз стал еще краснее и слезотечение усилилось. Тогда больной обратился к Галезовскому, который констатировал прит. Через 14 дней больной был вполне здоров. Пять месяцев спустя больной снова явился со вторичными приступами прита, осложненными зубной болью. Лечение прита вполне устранило заболевание без экстракции зуба.

---

Из Симферопольской областной психиатрической больницы.

## Катропинной терапии исходных состояний эпидемического энцефалита.

Директора б-цы Н. И. Балабана.

Хронический энцефалит до последнего времени не имел терапии, которая давала бы значительный и стойкий успех. Сейчас предметом обсуждения является терапия большими дозами атропина, впервые испробованная в Ремеровском санатории в Гирсау (Hirsau). Проводящие ее говорят об улучшении, которое может считаться практическим исцелением (Roemer). Лечение по Kleeman'у проводится дозами атропина в  $\frac{1}{2}\%$  растворе, начиная от 1 капли 3 раза в день. Повышение идет путем прибавления каждый день по 2 капли, доходя до максимальных приемов три раза в день по 30 капель и выше, что составит в день 0,022 Atropini sulfurici, следовательно, в семь раз с небольшим больше высшего суточного приема по фармакопее. Средняя, обычно применяемая доза по различным авторам разная. Так Lewenstein говорит о дозах от 7—15 mg. в день. Stemplinger, как правило, дает 3 раза в день по 15 капель  $\frac{1}{2}\%$  раствора. Оптимальная доза очень редко превышает дозу 20 капель три раза в день. По Roemer'у доза значительно выше, и в среднем больные принимают 3 раза в день 10 mg. E. Schenk в своей работе ссылается на Stern'a, у которого один

больной получал в день 120 mg. Повидимому, это приведено как исключительно высокая доза приема. Выносливость энцефалитиков по отношению к атропину, как и к скополамину и стромонию была и раньше известна. Однако, такие дозы никогда не были терапевтическими. К большим дозам атропина больных надо приучить, давать их длительное время. По разным авторам срок лечения тянется от 2—4 месяцев. Основным надо считать „вытаривание оптимальной дозы“. Для этого приходится, считаясь главным образом с соматическим состоянием больных, иногда уменьшать дозу, затем снова пробовать ее осторожно поднимать. Психотические явления, возникающие в результате приема атропина не достигают такой степени, чтобы приходилось прерывать лечение или резко уменьшать дозу лекарства. Что касается характера этих психотических изменений, то о них речь будет дальше.

Результаты лечения оцениваются авторами, проводившими его, высоко. В таблице Lewenstein'a сопоставляются результаты стационарного лечения с приведением в скобках результата той же терапии в санатории в Гирсау. Из 25 случаев Lewenstein'a до лечения: нуждались в уходе—6—24% (49%). Нетрудоспособных—10—40% (30%). Ограничена трудоспособность—9—31% (21%). После лечения: нуждались в уходе—2—8%, нетрудоспособных—2—8% (13%), ограничена трудоспособность—18—72% (21%), вполне трудоспособных—3—12% (65%).

Stemplinger на 19 случаях устанавливает в 31%<sup>00</sup>, т. е. в 6 случаях, полную трудоспособность, в 5—пригодность к легкой работе, т. е. в 26%, в остальных случаях отмечает незначительное воздействие лечения. Lewenstein на основании своего материала приходит к выводу, что 84% леченных имеет возможность регулярно работать, оговаривая ограниченный круг возможности приложения ими своих сил.

Все приведенные крайне оптимистические данные, при почти полной безнадежности другой терапии (в особенности это, конечно, относится к тяжелым случаям паркинсонизма), явились достаточными для применения этой терапии. Все детали этого способа лечения, мы думаем, будет более показательным изложить на примерах наших случаев. Лечение атропином проводится нами уже в течение нескольких месяцев. Общее число случаев—20 (женщин—11, мужчин—9). Возраст от 18—57 лет. Из этих случаев одна больная умерла при явлениях туберкулеза легких. Лечение не было доведено до больших доз, так как у нее отмечались вазомоторные расстройства в виде резкого покраснения лица. В остальном больная атропин переносила хорошо. Stemplinger указывает на отрицательные результаты в двух случаях, вследствие общего плохого состояния по поводу туберкулеза. Что касается возраста, то сам по себе он как будто не является противопоказанием для проведения лечения; учтен должен быть артериосклероз и гипертония. Lewenstein указывает на повышение кровяного давления в 40% случаев от 20 до 30 mm Hg. Указанное им мы также можем подтвердить на нашем материале, причем можем отметить, что повышение кровяного давления имеет место как у молодых, так и у старых субъектов; у последних не как общее правило. В одном случае мы наблюдали у женщин 58 лет повышение максимального давления на 44 при первоначальном 96, причем повышение это продолжало держаться и после прекращения прие-

мов атропина. В этом случае необходимо отметить то обстоятельство, что больная до лечения лежала долго без движения и под влиянием терапии начала двигаться, ела самостоятельно. Повышение кровяного давления в этом случае не сопровождалось вазомоторными расстройствами.

Большими препятствиями в проведении терапии бывают явления хронического отравления. Наиболее существенными по нашему наблюдению являются сухость во рту и рвоты. Жалобы на сухость во рту, отсутствие аппетита в отдельных случаях достигают такой степени, что требуется уменьшение дозы. Что касается рвот, то они связаны иногда с значительным уменьшением свободной и связанной соляной кислоты. Дача соляной кислоты и назначение приема атропина во время еды (по Schenk'y) обычно разрешает продолжать терапию. Явления хронического отравления заставили нас несколько видоизменить систему дачи лекарства. Основной целью было несколько растянуть период увеличения дозы. Поэтому мы давали  $\frac{1}{2}\%$  раствор атропина, увеличивая число капель не каждый день, а через 2 дня на третий вдвое, что, конечно, удлиняет несколько время лечения, разрешая, однако, легче переносить больным трудности, связанные с ним. Для того, чтобы уменьшить в отдельных случаях явления отравления, мы прибегали к подкожному введению кислорода до 300,0 в день, исходя из предложения Мауег'а, который предлагал при отравлениях атропином вдыхание кислорода, а также опыта окситерапии паркинсоников по Пропперу и Даркшевичу. Больные отмечают, что с вдуванием кислорода они легче переносят явления отравления. Кроме частных явлений, отсутствия аппетита, головных болей, оглушенности и иногда головокружения, наподобие того, которое бывает при опьянении, авторами отмечаются также выраженные явления со стороны психики. Витке в главе об отравлении атропином говорит о внезапно наступающих состояниях возбуждения с обманом чувств, продолжительностью от часов до дней. У больных, получающих длительно атропин, Lewenstein наблюдал тактильные галлюцинации, последние, распространяясь и на другие органы чувств, интерпретировались в последующем бредовым образом. Состояния эти, по его мнению, напоминают психотические явления при хроническом алкоголизме. Schenk говорит о состояниях спутанности и возбуждения, при которых приходится прибегать к инъекции морфия. Психотические состояния не достигают такой степени, которая вынуждала бы прекращать лечение. На нашем материале мы можем это подтвердить. Наблюдались нами кратковременные состояния спутанности. Так, больной не находил своей койки, говорил бессвязно. Больная Ф. несколько раз по ночам вставала, ходила, сбросивши рубашку, искала по чужим кроватям, говорила бессвязно, сопротивлялась, когда ее усаживали на койку. Такие состояния у нее повторялись несколько раз.

Относительно привыкания к атропину мы в доступной нам литературе наблюдений не нашли. Лишь в одном случае наш больной требовал повышения доз, причем сам отмечал эйфорическое действие приемов атропина. Лечение было им прервано. Вернувшись в больницу, сообщил, что „особенного желания“ принимать атропин не испытывал. Далее нами отмечено в двух случаях учащение эрекции и поллюций. О повышении сексуального возбуждения при отравлении алкалоидами атропина или скополамина говорит Lewin. Больные говорят о повышении либидо,

о фантазировании на сексуальные темы. Это влияние атропина может иметь практическое значение, в особенности учитывая патологию сексуальной жизни у энцефалитиков, имеющую иногда криминальное значение. Но достойно быть особенно отмеченным, что двое больных, которые помещены были, главным образом, из-за своего антисоциального поведения, связанного с сексуальной жизнью, не дали при лечении атропином ни повышения либидо, ни *potentiae sexualis*, ни субъективно, ни по наблюдениям за их поведением в течение достаточно длительного времени. Во всяком случае все указанное выше должно быть еще прослежено в дальнейшем на большем материале. Тягостным для больных является расстройство зрения, но и оно не препятствует проведению терапии. Повышение температуры наблюдается в начале лечения. Больные переносят его хорошо.

Само по себе лечение атропином в большинстве случаев не дает достаточных результатов, если оно не подкрепляется по совету проводивших его гидротерапией, массажем, гимнастикой и, наконец, психотерапевтическим воздействием на больного. Последнему должно быть уделено особое внимание. В первую очередь это относится, конечно, к брадифреничным больным. Так, Schenk отмечает, что некоторые больные, у которых наступает объективно значительное улучшение не обнаруживают заинтересованности в терапии и это почти при полной психической интактности. Здесь уместно привести положение Востроева который считает, что основным нарушением при энцефалите, из которого могут быть выведены все остальные расстройства, является нарушение волевых процессов. У энцефалитиков слабость внутренних побуждений идет наряду с повышенной восприимчивостью к побуждениям со стороны (Steiner). Резкое падение инициативы как будто и не думает исчезать во время терапии. Так, наш больной, который пролежал несколько лет, поднятый с постели атропином, передвигается мало, неохотно, гимнастику делает также неохотно. Только обещание отпустить его в город, где он не был почти в течение трех лет, делает его несколько живее. Выведенные из обычного для них апатичного, безинициативного существования, некоторые больные снова впадают в него, бросают работу постольку, поскольку внимание к ним ослабевает. В других случаях следует отметить необходимость длительного психотерапевтического воздействия на больного, приучения его к определенной работе, что дает потом стойкий результат. Так, одну больную, у которой, казалось, меньше всего имеется надежда получить эффект в виде хотя бы весьма ограниченной трудоспособности, путем постепенного вовлечения в трудовую терапию удалось длительно зафиксировать в весьма удовлетворительном состоянии.

Возможно, что в дальнейшем можно будет установить типы реакций на атропин, дающей стойкий и не стойкий эффект. В отдельных случаях быстрый эффект у акинетически-гипертонических субъектов сопровождался получением улучшенного настроения, которое быстро спадало и больные снова погружались в апатичное состояние. Значительный эффект получается от атропина в самом начале на брадикинетическом синдроме. Появляются содружественные движения, мимика становится живее и богаче, походка улучшается, становится эластичнее, вынужденное положение туловища и конечностей в значительной степени корригируется. Позднее и менее значительно отражается терапия на грубом



дрожании, однако и оно поддается ей в значительной степени. В одном случае с торзионным спазмом и с перманентным „geste antagoniste efficace“ мы получили почти полное исчезновение последнего и уменьшение явлений дискенезии: больная начала работать. Припадки зора (Schauanfall), столь мучительные для больных, у некоторых исчезают довольно быстро или становятся менее интенсивными, менее частыми, более короткими по времени.

Таким образом пока по нашим наблюдениям необходимо отметить значительную возможность улучшения как со стороны двигательных симптомов, брадикинезии и др., так и частично со стороны брадифрениии. Экспериментально психологически улучшение со стороны психики документировалось по методу Россоломо в части исследования психического тонуса. Последний повышался. В отдельных частях необходимо отметить увеличение объема внимания. Автоматизм и внушаемость под влиянием лечения не дают значительных изменений. Время эксперимента сокращается. Значительное число наших больных страдает энцефалитом длительное время. Полный отказ мы имеем в случае с выраженным амиостатическим симптомокомплексом, где ригидность была значительно выражена и имелись контрактуры.

Что касается психических изменений, представляющих наибольший интерес для больных, помещающихся в психиатрические больницы, то тут, по нашим наблюдениям, влияние атропина менее значительно и существенно. Относительно больных с выраженной гиперфренией Lewenstein говорит, что они не обнаруживают никаких изменений под влиянием атропина. С этим наблюдением мы можем согласиться. Что касается влияния на настроение больных, то атропинная терапия полностью подтверждает редкость реактивных депрессий у энцефалитиков. Вопрос о мнимой тупости и апатии, возникающий вследствие невозможности выявить проявление чувств, находит при длительной атропинизации, при успешной борьбе с акинетически-гипертропическим синдромом, частичное разрешение. Некоторые больные с наступлением возможности пользоваться своей моторикой, с расширением до того суженной психомоторной личности (Boström) становятся живее, эмоционально ярче и разнообразнее. Однако, несмотря на весь этот достигнутый успех, слабость эмоциональной волевой сферы все же проглядывает и в наиболее благоприятных случаях. Это наблюдалось нами не только на больничных случаях, где можно было думать о значительном влиянии однообразия больничного пребывания, но также и у амбулаторных больных. Таким образом вопрос о действительной или мнимой недостаточности побуждений, как ставит этот вопрос Runge, не может быть полностью разрешен, как он и не разрешался, по справедливому замечанию того же автора, на основании высказываний больных: и та, и другая находятся во взаимовлиянии с превалированием слабости внутренних побуждений в большинстве случаев.

Что касается выраженных психотических состояний, то в трех случаях, где можно их было наблюдать, атропинная терапия не дала улучшения.

Больная, которая объясняла свое состояние колдовством и наряду с этим говорила о том, что болезнью искупила грехи мира, освободила от гипноза евреев и русских и т. д., продолжала свои высказывания.

В другом случае больной с нерезко выраженной брадикинезией, удивлялся, не выходил из дома, объяснял это тем, что у него лицо страшное, носил очки консервы, думал, что люди могут догадаться, что он занимался мастурбацией. В палате отмечает, что санитарки за ним особо следят, но отворачиваются, чтобы не смотреть на его лицо. Жену дома ревновал, обвинял ее в сожительстве с братом, объяснял это тем, что хотел выпытать ее честность. Больной уже полтора года страдает импотенцией. После длительной атропинизации высказывает желание выписаться, несмотря на то, что его лицо людям кажется страшным. Таким образом и в этом случае терапия не дала каких-либо заметных результатов.

В третьем случае, больная объясняла свое заболевание тем, что на нее одна женщина „напустила“ болезнь, причем подозревает ее в сожительстве с мужем. Женщина эта нашла что-то в коридоре. Menses у нее нет, прекратились в больнице, дали для этого какую-то виллюлю. Себя характеризует до болезни недоверчивой и мнительной. В ходе лечения с улучшением состояния сказала, что может быть и „неправда“ ее предположения. В дальнейшем все же повторяет описанное выше. Обычно вялая, тупая, безразличная, изредка высказывает страхи, что поместят ее в палату, куда кладут умирающих. Очень оживляется, когда рассказывает о причине своего заболевания. Быть может, в этом случае можно говорить о понятной реакции у предрасположенной к тому личности, которая, несмотря на улучшение, не обнаружила заметных изменений со стороны психики.

Лишь в одном случае у амбулаторной больной, которая раньше помещалась в больницу, мы наблюдали исчезновение навязчивых идей, возникающих у нее всегда во время припадков взора, причем припадки не исчезали совсем, но уменьшились по частоте и интенсивности.

На основании изложенного все же можно прийти к заключению, что лечение большими дозами атропина хронического паркинсонизма является несомненным успехом. Благоприятный результат его наиболее обеспечен по отношению к явлениям со стороны моторики, и поэтому, главным образом, показанными являются случаи с акинетически-гипертоническим синдромом. В значительном количестве случаев до того беспомощные больные перестают нуждаться в уходе, часть из них может быть приспособлена, хотя и ограниченно, к работе. Лечение должно подкрепляться активным психотерапевтическим воздействием. При условии тщательного наблюдения может быть проведено и амбулаторно. Что касается статистической обработки результатов, учитывая небольшое количество случаев, которые хотя и имеют сейчас длительный срок применения терапии, мы пока воздерживаемся от нее.

*Литература.* 1) Lewin. Phantastika. 1927.—2) H. Lewenstein. Die Behandlung der Folgezustände der Encephalitis epidemica mit hohen Atropindosen. Deutsch. med. Wochen. № 24. 1931.—3) А. Г. Ованесов. Постэнцефалитические психические изменения криминальность. Современная психоневрология. Том X. 1930 г.—4) Н. И. Проппер и В. А. Даркшевич. Окситерапия паркинсо́ников (Solutio kalii hypermanganici). Журнал невропатологии и психиатрии. Книга 4-ая. 1930 г.—4) W. Runge. Die psychischen Störungen bei Encephalitis epidemica. Handbuch der Geisteskrankheiten. Band VII. 1928.—5) Stern Felix. Encephalitis epidemica. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. № 8. 1931.—6) E. Schenk. Atropinbehandlung bei Enzephalitikern. Münch. med. Wochen. № 28. 1931.—7) E. Stemplinger. Zur Therapie des postenzephalitischen Parkinsonismus. Münch. med. Wochen. № 45. 1930.

---