

## Случай церебрального гуммозного менингита съ благопріятнымъ исходомъ.

В. П. Первушина.

(Окончаніе) <sup>1)</sup>.

Признавая сифилитическую основу заболѣванія, я предложилъ больному, по совѣщаніи съ профессоромъ А. Г. Ге, специфическое леченіе. Въ виду интереса, представляемаго теченіемъ болѣзни подъ вліяніемъ терапіи, роль которой обрисовывалась въ данномъ случаѣ особенно эффектно, я приведу почти цѣликомъ свою ежедневную записку за состояніемъ больного.

28/VI. Больной 2 предыдущихъ дня не выходилъ изъ дому, благодаря сильному приступу головной боли со рвотой, головокруженію, общей слабости. Сегодня лучше, почему больной побывалъ у профессоровъ Е. В. Адамюка и А. Г. Ге и у меня. Имѣется общая тяжесть головы, легкое головокруженіе, самочувствіе плохое; пульсъ 75; незначительная одышка.—Сдѣлана 1 *injection sol. Hydrargyri salicylicis neutralis* 1<sup>o</sup>/<sub>10</sub> въ количествѣ 1,0 с.с.

29/VI. Съ утра—обычный тяжелый приступъ головной боли со рвотой, общей слабостью; лежитъ въ постели, почему я долженъ былъ пріѣхать на домъ. При малѣйшихъ движеніяхъ—головокруженіе, тошнота; пульсъ 68, средняго наполненія, безъ аритміи. Кашля нѣтъ. Всѣ движенія сильно отзываются на головѣ, вызывая острую боль; часто позоываетъ на рвоту.—2 *inj. Hg.*—1,5 с.с.; ледъ на голову, глотаніе льда; *aspirin + phenacetin. Spiritus aethereus* при тошнотѣ.—*Clysm.* Мушка на затылокъ.

30/VI. Вчера день и сегодня ночь провелъ плохо; общее состояніе ухудшилось, ослабѣлъ значительно, аппетитъ отсутствуетъ, нѣсколько разъ рвота, не ѣсть ничего, сильная головная боль, жажда; *t<sup>c</sup>* 37,4, Р.62. Испраженія мучительны (усиливается головная боль).—*Clysm.* *Idem.* 3 *inj. Hg.* 1,7 с.с. *Sol. Kal. jodati ex 8,0:200,0 (cum aq. Menth.)*—по 3 ст. л. въ день.—Моча безъ бѣлка, выдѣляется свободно.

---

<sup>1)</sup> См. «Каз. Мед. Журналъ», Апрель 1902 г.

1/vii. Ночь не спалъ; забывается на нѣсколько минутъ днемъ и ночью, немного бредить; все время весьма сильная головная боль, временами обостряющаяся до самозабвенія. Часто тошнить; ѣсть мало; по словамъ родныхъ, іодъ не переносить (рвота). Р. 60. Общее состояніе хуже, но еще можетъ немного „шутить“ съ врачомъ, умоляетъ о томъ, чтобы его вылечили.—4 inj. Hg. 2,0. T. valer. aether. K. jodat. 2,0 pro die.

2/vii. Ночью и сегодня весь день очень плохъ: сильнѣйшіе приступы головной боли, рвота, головокруженіе, слабость общая, частая икота; сильно похудѣлъ, осунулся, черты лица заострились, легкій ціанозъ губъ, кончика носа, пальцевъ, груди; ознобъ. Р. 44, слабовать.—Велѣно давать бульонъ, яйцо, молоко и обязательно K. jodat. (въ молокѣ). Пузырь съ горячей водой на область сердца, бутылки къ ногамъ. T. valer. aeth. 5 inj. Hg. 2,0. K. jod. 3,0 pro die

3/vii. Нѣсколько лучше, меньше головная боль и икота; немного поспалъ ночью: днемъ—временемъ забывается; тошнить иногда, раза 2 „срыгиваль“; небольшой аппетитъ; значительная слабость. Р. 58.—6 inj. Hg. 2,3 сс. K. jod. 3,5 gm. pro die. Моча безъ бѣлка.

4/vii. Состояніе почти какъ и вчера; аппетитъ, сонъ и настроеніе лучше; головная боль утромъ и днемъ; 3 раза вырвало; стулъ нормальный. Р. 60.—7 inj. Hg. 2,4 с.с. K. jod. 4,0 pro die, переносится хорошо.

5/vii. Аппетитъ хорошъ, но ѣсть боится; рвота 1 разъ; головная боль стала острая, рѣзкая (прежде тупая), головокруженіе, усиливающееся при движеніяхъ; лежитъ. Днемъ былъ тяжелый приступъ общей слабости, задыхался, по словамъ родныхъ, при ціанозѣ лица, груди. Р. 60.—8 inj. Hg. 3,0 с.с. K. jod. 4,0 pro die.

6/vii. Сильная головная боль и головокруженіе, большой упадокъ силъ; не спалъ почти вовсе, забывается временемъ, но находится въ сознаніи; съ раняго утра приступы одышки, временами сильный ціанозъ лица, груди. Р. 56—60, безъ аритміи, но слабого наполненія. Рвота раза 2.—9 inj. Hg. 3,0 с.с.; K. jod. 5,0 pro die; мушка на затылокъ (2-я). Въ виду тяжелаго состоянія присоединены еще фрикціи: Ung. mercuriale gris. fort. 3,0—1.

7/vii. Состояніе нѣсколько лучше, головная боль слабѣе, есть аппетитъ; немного спалъ ночью. Р. 72. Слабило 1 разъ.—10 inj. Hg. 3,0 с.с. K. jod. 7,0 pro die. Кромѣ того, Natrii bromati 2,0 и 2 frict. Ung. Hg. 3,0,



8/ви. Спаль довольно хорошо и много (съ 10 ч. в. до 8 ч. у.); тошнота, рвоты нѣтъ; голова немного тяжелая, изрѣдка острая боль. Утромъ нѣсколько разъ прослабило съ болью въ животѣ. Самочувствіе хорошее, хочется встать съ постели, но при этомъ сейчасъ же появляется головокруженіе. P. 75.—11 inj. Hg. 3,0. 3 frict. ung. Hg. 3,0. K. jod. 8,0 pro die. T. opii simpl. gutt. vi—2 раза. Смазываніе десенъ, энергичныя полосканія рта S. Kali chlorici 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

9/ви. Желудокъ исправился; тошноты нѣтъ; временами сильная головная боль; сонъ крѣпкій днемъ и ночью. Нервозенъ, капризенъ, раздражителенъ. Dyspnoe hysterica. Appetitъ есть. P. 72. Легкій gingivitis.—12 inj. Hg. 3,0. 4 frict. ung. Hg. 3,0. K. jodat 10,0 pro die.

10/ви. Сонъ хорошъ, утромъ голова свѣжа, съ 11 час. немного болитъ. Желудокъ въ порядкѣ; тошноты и рвоты нѣтъ; временами головокруженіе. P. 85.—13 inj. Hg. 2,0; 5 fr. ung. Hg. 3,0. K. jod. 10,0 pro die.

11/ви. Спаль похуже; аппетитъ есть; прослабило 1 разъ; незначительная головная боль; тошнота и головокруженіе при вставаніи, при движеніяхъ. Сонъ покрѣпче, общій видъ значительно лучше. Полость рта въ порядкѣ. P. 75.—14 inj. Hg. 2,0; 6 fr. ung. Hg. 3,0; K. jod. 10,0 pro die.

12/ви. Аппетитъ, сонъ вполне удовлетворительны; было дѣйствіе желудка. Голова не болитъ, кружится лишь при вставаніи. Не тошнитъ. P. 80.—15. inj. Hg. 2,0 с.с.; 7 fr. Ung. Hg. 3,0; Na. jod. 8,0 pro die.

13/ви. Чувствуетъ себя хорошо, сидитъ; въ глазахъ легкая муть. Сильное потоотдѣленіе. Голова не болитъ, не кружится. P. 90.—16 inj. Hg. 1,5 с.с. 8 fr. ung. Hg. 3,0. Na. jod. 8,0 pro die.

14/ви. Сердцебиеніе сильное вчера вечеромъ, а сегодня утромъ болѣе слабое; аппетитъ есть; голова болитъ мѣстами вверху, не кружится; не тошнитъ. Sudoritas. Прослабило 3 раза. P. 90.—17 inj. Hg. 1,5. Na. jod. 4,0 pro die. T. opii; фрикціи оставлены.

15/ви. Голова немного тяжеловата, не кружится; тошноты нѣтъ. Желудокъ исправенъ; ночью чувствовалъ „боль въ сердцѣ“. P. 90.—18 inj. Hg. 1,5 с.с. Na. jod. 5,0 pro die. T. valer. aether.

16/ви. Боль въ области сердца не особенно значительная; самочувствіе прекрасное, радостное настроеніе, аппетитъ есть; сталь поправляться силами; желудокъ, полость рта въ порядкѣ. Встаетъ на ноги, можетъ не долго стоять. P. 90.—19 inj. Hg. 1,5 с.с. Na. jod. 4,0. pro die.

17/VI. Состояніе вполне удовлетворительно. Р. 90. Началь немного ходитъ по комнатѣ.—20 inj. 1,5 cc. Hg. Na. jod. 4,0 pro die.

18/VI. Въ области сердца (?) втеченіе минутъ 10 сильная боль; голова немного тяжела, не кружится, не болитъ. Р. 90, тоны сердца чисты, громки.—21 inj. Hg. 1,5 cc. Na. jod. 4,0 pro die.

19/VI. Небольшая боль въ „сердцѣ“; самочувствіе хорошее; ходитъ дома много. Р. 90.—22 inj. Hg. 1,5 cc. K. iod. 4,0 pro die.

20/VI. Небольшая головная боль съ утра (вчера волновался, былъ раздраженъ); чувствуетъ себя хорошо. Р. 90.—23 inj. Hg. 1,5 cc. K. jod. 4,0 pro die.

21/VI. Много ходитъ, по дому, по саду. Р. 90. 24 inj. Hg. 1,5 cc. K. jod. 4,0 pro die.

22/VI. Сонъ, аппетитъ, дѣйствіе желудка—правильны; голова не болитъ, съ утра немного тяжеловата, хорошее самочувствіе. Видимо пополнѣлъ, цвѣтъ лица вмѣсто прежняго блѣднаго, землистаго становится нормальнымъ Р. 90. Выходитъ изъ дома на улицу.—25 inj. Hg. 1,5 cc. K. jod. 4,0 pro die.

Въ дальнѣйшемъ идетъ постепенное возстановленіе силъ и здоровья; больной много времени началъ проводить на открытомъ воздухѣ, усиленно питается и соблюдаетъ предписанный ему гигиенически-діетическій режимъ.

16/VII закончено ртутное леченіе; сдѣлано было 50 inj. Hydrarg. Salicyl. neutr. sol. 1<sup>0</sup>/<sub>6</sub>, причѣмъ послѣднія 10 inj. вновь по 2,0; переносилось леченіе хорошо, безъ какихъ бы то ни было неблагоприятныхъ послѣдствій.

20/VII бывшій пациентъ по моей просьбѣ побывалъ вторично у проф. Е. В. Адамюка, который нашелъ, что „теперь дно глаза можно считать нормальнымъ, такъ какъ остается лишь небольшая гиперемія папиллы, но тѣхъ воспалительныхъ измѣненій и кровоизліяній въ папиллахъ, что были раньше, теперь не имѣется вовсе, что пріятно констатировать“.—Самъ онъ чувствуетъ себя бодрымъ, крѣпкимъ—совершенно здоровымъ. Р. 90.

1/XI. Сонъ, аппетитъ, отправленія желудка, мочеиспусканіе совершенно правильны; голова не кружится, не болитъ; за эти 2 мѣсяца была лишь разъ небольшая и непродолжительная ломота въ головѣ; тошноты нѣтъ. Иногда чувство усталости послѣ занятій, вполне понятное и законное, такъ какъ субъектъ дѣлаетъ въ день по 8—10 верстъ пѣшкомъ, принялся за свою обычную дѣятельность и съ моего разрѣшенія вновь даетъ уроки, не позволяя, однако, себѣ переутомляться. Иногда испытываетъ покалываніе въ области сердца;

одышки нѣтъ.—Сухожильные рефлексы нормальны, атаксіи нѣтъ, правый зрачекъ все еще нѣсколько шире лѣваго, реакція ихъ гораздо лучше, живѣе. Р. 81. Легкій tremor digitorum. Болей нѣтъ нигдѣ. Лѣвый глазъ немного косить кнаружи; глазныя яблоки попережнему нѣсколько выпуклы, особенно лѣвое. Самочувствіе отличное. Чувствительность не разстроена.

Итакъ, въ общихъ чертахъ теченіе болѣзни сводится къ тому, что въ первые дни курированія, начиная съ 29/VI, состояніе пациента рѣзко ухудшалось: усилилась головная боль ad maximum въ связи съ головокруженіемъ, рвотой, появилась сильная общая слабость; при нормальной  $t^0$  пульсъ началъ замедляться, дойдя 2/VII до 44 ударовъ въ 1'; временемъ наступало легкое коматозное состояніе, непродолжительный бредъ; судорогъ не было; временами силы падали, наступала одышка, ціанозъ груди, конечностей, икота и т. д.; аппетитъ плохъ. 3/VII и 4/VII—состояніе нѣсколько лучше, 5/VII и особенно 6/VII состояніе очень тяжелое; съ 7/VII—быстрый поворотъ къ выздоровленію: ослабѣваетъ головная боль, исчезаетъ рвота, появляется аппетитъ, живительный сонъ, хорошее самочувствіе; остается тупая, временами обостряющаяся головная боль, тошнота, головокруженіе, общая слабость; пульсъ становится чаще и полнѣе. Съ 8/VII улучшеніе замѣтно прогрессируетъ, допуская незначительное усиленіе или возвращеніе прежнихъ симптомовъ въ слабой степени и на короткое время: рвота прекратилась 8/VII, тошнота—9/VII, головная боль 12/VII, головокруженіе 13/VII; съ 13/VII больной началъ сидѣть въ постели, съ 16/VII—вставать на ноги, съ 17/VII—ходить по комнатѣ, съ 20/VII—выходить въ садъ, съ 22/VII—выходить на улицу. Временами (съ 8/VII) бывала легкая головная боль; общее состояніе видимо улучшалось: больной полнѣлъ, крѣпъ, здоровѣлъ, приобрѣталь и жировую подкладку, и здоровый цвѣтъ покрововъ и къ концу леченія (16/VIII) чувствовалъ себя бодримъ и достаточно здоровымъ, такимъ, какимъ не былъ уже больше года.

Нѣкоторыя детали теченія болѣзни представляютъ для насъ интересъ; такъ, замедленіе пульса совпадало съ усиленіемъ другихъ симптомовъ и, свидѣтельствуя о повышеніи внутричерепного давленія, говорило за продолжавшійся ростъ гуммознаго новообразованія; съ ослабленіемъ прочихъ припадковъ пульсъ начинаетъ возвращаться къ нормѣ,—слѣд., давленіе внутри черепа уменьшилось, опухоль стала подвергаться обратному развитію, рассасываться. Тоже самое относится и къ головной боли, головокруженію, рвотѣ.—Представляетъ извѣстный интересъ и самый порядокъ исчезновенія отдѣльныхъ симптомовъ.—Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни иногда обнаруживались такіе симптомы, какъ усиленное потоотдѣленіе, сердцебіеніе, боли въ области сердца; ихъ возможно отнести за счетъ вліянія

препаратовъ ртути и іода, вводимыхъ въ довольно большихъ количествахъ, хотя и подъ строгимъ контролемъ. Примѣшивались сюда и чисто истерическія явленія: одышка временами, при хорошемъ самочувствіи и пульсѣ, сердцебіенія и т. д.

Далѣе, наводитъ на рядъ размышленій самая терапія и достигнутые ею у больного результаты. Лечение, предпринятое въ данномъ случаѣ, можно назвать энергичнымъ (этого требовало положеніе больного); такъ съ 28/VI по 14/VII было сдѣлано 50 подкожныхъ впрыскиваній *Sol. Hydrargyri salicylici neutralis* 1% въ количествѣ по 1.5 сс. въ первые 3 дня, затѣмъ 3 дня по 2.0 сс., 6 дней по 3.0 сс., 3 дня по 2.0 сс., 25 дней по 1.5 сс. и 10 дней по 2.0 сс., итого 92 сс. 1% раствора ртути, т. е. за все время введено 0.92 grm. салициловой ртути. Помимо того, съ 6/VI по 13/VII сдѣлано 8 втираній *Ung. Hydrargyri cinerei fort.* по 3.0 grm., т. е. всего употреблено 24 grm. сѣрой мази. Далѣе, больной получалъ препараты іода въ постепенно возрастающихъ дозахъ, отъ 2 до 10 grm. *Kalii* (или *Natrii*) *jodati* въ день, употребивъ такимъ образомъ до 219 grm. іодистой соли втеченіе этихъ 50 дней. И, не взирая на подобное почти героическое лечение, состояніе больного не только не ухудшалось, но, напротивъ, съ уменьшеніемъ болѣзненныхъ припадковъ съ каждымъ днемъ улучшалось, силы крѣпли—фактъ достойный того, чтобы на него обратить вниманіе; съ нимъ мы сталкиваемся неурѣдко у постели больныхъ—сифилитиковъ: надо думать, что примѣняемая лекарственная вещества, вводимыя въ организмъ въ столь большихъ количествахъ, нейтрализуютъ циркулирующія въ жидкостяхъ и тканяхъ организма ядовитые специфическіе продукты и побуждаютъ тканевые элементы къ болѣе энергичной борьбѣ за свое существованіе; устраняя же пораженіе какого-либо важнаго органа, терапія содѣйствуетъ восстановленію его правильныхъ функцій и нормальнаго вліянія на общую жизнь организма. За все время леченія больного лишь 8/VII и 14/VII прослабило по нѣсколько разъ, да 9/VII—10/VII былъ легкій *gingivitis*, что устранялось легко соотвѣствующими мѣрами; леченіе такимъ образомъ переносилось хорошо. Отсюда, на мой взглядъ, можно сдѣлать тотъ выводъ, что при соотвѣствующихъ показаніяхъ (угрожающіе жизни или благополучію субъекта симптомы) можно и должно раздвигать рамки нашей обычной дозировки употребляемыхъ при леченіи сифилиса фармацевтическихъ препаратовъ (ртути и іода), тщательно, разумѣется, слѣдя за состояніемъ больного (полость рта, отравленія желудочно-кишечнаго канала, моча, глазное дно—питаніе зрительныхъ нервовъ, общее питаніе субъекта) и должнымъ образомъ оцѣнивая терапевтическій эффектъ. Точно также не слѣдуетъ шаблонно придерживаться всегда и всюду такъ называемыхъ „курсовъ“: и продолжитель-

ность леченія должна строго индивидуализироваться, предоставляя врачу широкой просторъ въ выборѣ и характерѣ нужныхъ мѣропріятій.

Въ данномъ случаѣ имѣлся несомнѣнный терапевтический эффектъ отъ примѣненія специфической терапіи: цѣлыхъ 2½ мѣсяца симптомы нарастали, дойдя до крайне тягостной степени, вызвавъ neuritis optica и т. п., а по истеченіи 10 дней проведенія специфической терапіи, примѣненной настойчиво въ самый разгаръ болѣзни, когда невольно приходила въ голову мысль о безуспѣшности врачебнаго вмѣшательства (а родственники больного спрашивали врача: „не лучше ли бросить леченіе, предоставивъ все на волю Божию?“),—въ состояніи больного происходитъ быстрый поворотъ къ лучшему, а далѣе идетъ уже явное и прочное возстановленіе здоровья. Другое объясненіе фактовъ привести трудно—о случайномъ совпаденіи, конечно, не могло быть рѣчи—такъ разительно было вліяніе терапіи. Этотъ успѣхъ зависѣлъ, очевидно, отъ того, что патологическій процессъ въ оболочкахъ головного мозга не успѣлъ еще вызвать рѣзкихъ деструктивныхъ измѣненій въ мозговой и нервной субстанціи и окружающихъ тканяхъ, почему и подвергся подъ вліяніемъ терапіи довольно быстрому обратному метаморфозу. Терапія, слѣд., была своевременна, откуда вытекаетъ, какъ неизбѣжный выводъ,—необходимость въ возможно раняго и настойчиваго примѣненія нашихъ лечебныхъ мѣропріятій при сифилисѣ нервной системы (принимаемая, конечно, во вниманіе показанія и противопоказанія). Отсюда, съ другой стороны, выясняется вся важность возможно раняго распознаванія этого рода заболѣваній, вся важность дифференціального діагноза. А между тѣмъ послѣднее на практикѣ не всегда удается въ виду бывающей нерѣдко недостаточной ясности клиническихъ и анамнестическихъ данныхъ. По отношенію къ мозговому сифилису приходится иногда исключать такіа даже заболѣванія, какъ истерія, неврастенія, „cephalea“, hemigrania и т. д.; громадную услугу въ данномъ отношеніи оказываетъ изслѣдованіе глазъ (visus, поле зрѣнія и глазное дно), къ которому слѣдуетъ прибѣгать во всѣхъ сколько-нибудь подозрительныхъ случаяхъ, причемъ даже и отрицательный результатъ этихъ изслѣдованій не говоритъ еще здѣсь за отсутствіе органическаго церебральнаго пораженія. Во всѣхъ случаяхъ, подающихъ поводъ подозрѣвать наличность мозгового сифилиса—даже при отсутствіи строгой фактической къ тому основы, необходимо провести специфическую терапію хотя бы изъ принципа „ex juvantibus“, при соблюденіи вышеупомянутыхъ предосторожностей. По поводу только что высказаннаго можно бы привести не мало наблюдений изъ литературы и изъ практики, между прочимъ,

и нашей Казанской нервной клиники; ради иллюстраціи позволю себѣ сослаться на только что оставившую нашу клинику больную Е. и двухъ другихъ больныхъ, К. и Г.

Е., 36 л., замужемъ 18 л., имѣла 7 дѣтей, изъ которыхъ 2 умерло; мужъ ея съ 1893 г. боленъ сифилисомъ, сама же сифилитическихъ явленій, какъ говорить, не имѣла, всегда пользуясь хорошимъ здоровьемемъ.—Съ марта 1901 г. сильныя головныя боли, съ апрѣля приступы рвоты, головокруженіе, пошатываніе при ходьбѣ; немного позднѣе—парѣстезіи въ правой половинѣ лица, ослабленіе зрѣнія и слуха преимущественно справа же и слюнотеченіе. Такъ длилось мѣсяца 3, больная сильно ослабѣла, зрѣніе упало значительно; леченіе, направленное противъ желудочныхъ явленій, не приносило, разумѣется, пользы; лишь съ іюля подъ вліяніемъ незаконченнаго ртутнаго леченія наступило нѣкоторое облегченіе симптомовъ.—7 іх 1901 года въ клиникѣ нервныхъ болѣзней было обнаружены несомнѣнныя явленія церебральнаго гуммознаго менингита на основаніи слѣдующихъ данныхъ: головная боль, головокруженіе, временами рвота съ характеромъ мозговой, шаткая походка, легкій парезъ nn. trigemini et facialis dex; усиленіе колѣбныхъ рефлексовъ; свѣтовая реакція праваго зрачка немного ослаблена; пониженіе слуха, вкуса и обонянія справа; зрѣніе сильно понижено при явленіяхъ neuritis et perineuritis nn. opticozum (д-ръ А. Г. Агабабовъ); анестезія въ области n. trigemini dex., гл. обр. 2 и 3 вѣтви.—Подъ вліяніемъ іодистаго леченія и примѣненія natrii nitrosi состояніе больной значительно улучшилось, питаніе nn. opticozum поднялось, въ силу чего было рекомендовано ртутное леченіе.—Въ данномъ случаѣ діагнозы сифилитическаго мозговаго пораженія были поставлены довольно поздно, что дало возможность развиться деструктивнымъ измѣненіямъ нервной системы и чуть не вызвало гибели зрительныхъ нервовъ и амвроза. Ergo—діагнозы должно ставить какъ можно раньше и немедленно проводить специфическое леченіе.

Другая больная К. (№ 403, Амб. Ж. 1901 г.), 22 л., зам., заболѣла въ концѣ октября 1901 г. судорожными эпилептическими припадками, головной болью, рвотой, головокруженіемъ; сталъ понижаться интеллектъ; со стороны глазъ neuritis optica (любезное изслѣдованіе д-ра А. Г. Агабабова).—Подъ вліяніемъ ртутно-іодистаго леченія совершенно оправилась (въ клинику обратилась 11/хІ 1901 г., слѣд., лишь спустя недѣли 3 отъ начала заболѣванія, чѣмъ и объясняется быстрый эффектъ).

Значительный интересъ представляетъ и больная А. Г., лечившаяся въ клиникѣ стационарно съ 11/І 1900—29/І 1900, а затѣмъ амбулаторно (№ 13 Амб. Ж. 1900 г.).—А. Г., 35 лѣтъ, замужемъ 17 лѣтъ, въ общемъ пользовалась хорошимъ здоровьемемъ. Въ мартѣ

1899 г. ея мужъ заразился сифилисомъ; въ іюнѣ 1899 г. больной произведена *extirpatio uteri* по поводу карциномы (доказано микроскопически), въ августѣ у нея появляется сыпь по тѣлу въ связи съ общимъ недомоганіемъ, головной болью, лихорадкой, что длится недѣли 3; тоже повторилось въ сентябрѣ. Съ начала декабря—головныя боли, постепенно усиливающіяся, съ половины декабря—рвота въ видѣ приступовъ, головокруженіе; въ концѣ декабря—разстройство рѣчи, парэстезіи и судорги, а затѣмъ и парезъ лѣвой руки; дня 2 спустя, явленія афазіи и пареза руки исчезли, а 6/1 1900 тоже самое повторилось вновь втеченіе 2 дней; головная боль, головокруженіе, рвота достигли значительной степени, развились общая слабость, упадокъ интеллекта и слабость психики, бредь.—Въ клиникѣ было обнаружено 11/1: легкій парезъ п. *facialis dex.* сильнѣйшая общая слабость, шаткая походка, нормальные рефлексы и чувствительность; рѣзкое паденіе зрѣнія при существованіи отекаго неврита зрительныхъ нервовъ. (Ислѣдованіе проф. Е. В. Адамюка 12/1 1900).

Въ виду бывшей у больной *carcinoma uteri*, приходила мысль о возможности аналогичнаго процесса и въ полости черепа; съ другой стороны быстрота развитія клинической картины (втеченіе 4—5 недѣль) исключала здѣсь пролифераціонное новообразование и говорила въ пользу процесса иного характера въ полости черепа—новообразованія инфекціоннаго, съ быстрымъ ростомъ; въ виду отсутствія указаній на туберкулезъ или какой-либо гнойный процессъ и въ виду существованія недавно полученнаго сифилиса мужемъ (за 8—9 мѣсяцевъ до развитія у жены мозговыхъ припадковъ),—здѣсь мною было распознано сифилитическое новообразование головного мозга. вѣроятно, при участіи его оболочекъ и. повидимому, въ правомъ полушаріи (*meningitis gummosa cerebri*).

Подъ вліяніемъ ртутно-іодистаго леченія (*injectiones Hg. salicyl.*) въ состояніи больной наступило улучшеніе уже въ первые дни, но съ большими колебаніями, явное же улучшеніе—съ 23/1—послѣ 11 inj. Hg., когда было отмѣчено ясное, хорошее зрѣніе, а съ 24/1 ослабленіе и другихъ припадковъ.

Громадный интересъ представляетъ состояніе глазъ у этой больной, констатированное любезно проф. Е. В. Адамюкомъ 29/1, т. е. послѣ 17 inj Hg.: „состояніе зрѣнія и глазного дна улучшилось, зрѣніе нормально, отекъ исчезъ, осталось лишь простое воспаленіе нервовъ и то справа довольно слабое“. Дальнѣйшее леченіе закончено амбулаторно и повторено еще разъ мною въ іюль 1900 г., послѣ чего больная прекратила леченіе, чувствуя себя здоровой.—Случай интересенъ какъ по проявленіямъ заболѣванія, по удачному исходу подъ вліяніемъ своевременно проведеннаго леченія, такъ и по раннему появленію мозговыхъ припадковъ, спустя мѣсяцевъ 8 послѣ

зараженія сифилисомъ мужа больной и спустя мѣсяца 4 по появленіи вторичныхъ сифилитическихъ припадковъ у нея самой.—Къ этому добавлю, что первоначальное проявленіе мозговыхъ припадковъ въ декабрь 1899 г. приписывалось „лихорадкѣ“, въ силу чего больная пользовалась противулихорадочными средствами вплоть до 9/1 1900.

Повидимому, при своевременно проведенной терапіи въ случаяхъ мозгового сифилиса, не зашедшихъ далеко впередъ, не вызвавшихъ деструктивныхъ измѣненій въ нервной ткани и при томъ не затронувшихъ сильно сосудистой системы, прогностика является благоприятной, позволяя надѣяться даже на полное восстановление нарушенныхъ функций. Слѣдуетъ добавить, что, какъ показываетъ повседневный клиническій опытъ, терапевтическій эффектъ сказывается дней черезъ 10—15 послѣ начала леченія; въ нашемъ случаѣ видимъ полное тому подтвержденіе (стойкое улучшеніе началось на 10—11-й день леченія).

Пользуясь случаемъ, я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ вообще о современной терапіи сифилиса и сифилиса нервной системы въ частности.

Существующая обычная терапія сифилиса (ртуть, іодъ), именуемая даже „специфической“, конечно, далека отъ этой послѣдней, ибо основана лишь на эмпиризмѣ и не всегда выполняетъ свое назначеніе. Притомъ, возможно ли говорить о специфической, т. е. рациональной терапіи, разъ не извѣстна основа болѣзни, ея организованное начало? А въ такомъ именно положеніи мы и находимся по отношенію къ сифилису. Неудовлетворительность современной противусифилитической терапіи достаточно извѣстна врачамъ, соприкасающимся съ данной спеціальною, причемъ сказанное касается и общаго сифилиса, и сифилиса внутреннихъ органовъ, и въ особенности сифилиса нервной системы. Послѣднее обстоятельство достаточно хорошо знакомо невропатологамъ: нерѣдки случаи, гдѣ послѣ только что законченнаго „курса“ леченія у больного вдругъ развивается черепно—или спинно-мозговое кровоизліяніе, закупорка сосуда, или—гдѣ явное сифилитическое пораженіе нервной системы не уступаетъ предпринимаемому леченію. Подобныхъ примѣровъ можно привести немало, но они здѣсь излишни, ибо нашъ паціентъ какъ разъ относится къ подобной категоріи: получивъ lues въ 1897 г., онъ подвергался съ тѣхъ поръ ртутному леченію почти непрерывно и довольно правильно—у спеціалистовъ—втеченіе цѣлаго ряда лѣтъ (2 раза въ 1897 г., 2 раза въ 1898 г., 1 разъ въ 1900 г.), и, не смотря на это, лѣтомъ 1901 г. у него развивается несомнѣнный Lues cerebri въ формѣ гуммознаго менингита; слѣдовательно, предпринимавшееся леченіе не могло гарантировать субъекту его дальнѣйшаго благополучія; также и теперь, подъ вліяніемъ прове-



деннаго леченія мозговые симптомы исчезли, ихъ мы не можемъ констатировать, но значить ли это, что ихъ нѣтъ совсѣмъ? Могу ли я ручаться, что lues здѣсь не проявится, спустя нѣкоторое время, вновь въ какомъ—либо другомъ видѣ, который, быть можетъ, уже не въ такой мѣрѣ будетъ поддаваться леченію?

Разумѣется, не слѣдуетъ изъ-за этихъ фактовъ, къ счастью, сравнительно немногочисленныхъ, опускать руки и разочаровываться въ существующей терапіи сифилиса; она сильна при своевременномъ и надлежащемъ систематическомъ ея примѣненіи и при отсутствіи тѣхъ или другихъ неблагоприятныхъ условій, часть которыхъ намъ совершенно неизвѣсна, но она всетаки—нераціональна, она не удовлетворяетъ предъявляемыхъ къ ней требованій, не вылечиваетъ по б. ч. болѣзнь, а лишь устраняетъ симптомы ея, дѣлая ея проявленія легкими, рѣдкими—въ большинствѣ случаевъ, а потому на очереди стоитъ давно уже назрѣвшій вопросъ о рациональномъ леченіи сифилиса и вызываемыхъ имъ или при его участіи разстройствъ въ организмѣ. Въ настоящую эпоху леченія инфекціонныхъ заболѣваній по типу серотерапіи проводился этотъ принципъ и по отношенію къ сифилису, но до сихъ поръ не удачно; во всякомъ случаѣ важно уже то, что намѣченъ правильный путь, который, несомнѣнно, и приведетъ къ искомому результату.

Пока же въ случаяхъ мозгового сифилиса (и сифилиса нервной системы вообще) мы примѣняемъ ртуть въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній ея растворимыхъ соединеній въ дневной 0,01 дозѣ (у взрослыхъ), напр., для *Hydrargyrum salicylicum* (или *bicyanatum*) по 0,015—0,02 gm.; въ случаѣ необходимости ввести большее количество ртути втеченіе короткаго промежутка времени эта доза повышается до 0,025—0,03. Наша клиника обыкновенно примѣняетъ *sol. Hg. salicyl. neutr. 1% (aquos)*, введенный клиникой проф. А. Г. Ге, и вполне довольна какъ свойствами этого препарата (растворимость, всасываемость, малая болѣзненность, долгая неразлагаемость—при надлежащемъ приготовленіи), такъ и его терапевтическимъ дѣйствіемъ. На каждое впрыскиваніе берется въ среднемъ 1,5 cc. 1% раствора этой соли (для взрослого), т. е. 0,015 gm. *Hg. salicyl.*, и такихъ впрыскиваній производится въ среднемъ до 40 (ежедневно или съ малыми перерывами въ зависимости отъ состоянія больного). При невозможности примѣнять впрыскиванія, прибѣгаютъ къ втираніямъ *Ung. Hydrarg. cinerei. fort.* отъ 2,0—4,0 и болѣе граммъ въ сутки, въ среднемъ количествѣ до 60 втираній, производимыхъ также ежедневно; тотъ и другой способъ иногда приходится комбинировать. При уходѣ за полостью рта (чистка зубовъ, полосканье *K. chloricum*, иногда вяжущія), за кишечникомъ, не приходится въ большинствѣ случаевъ встрѣчать какія-либо осложненія отъ примѣненія ртути; въ случаѣ же появле-

нія ихъ принимаются соотвѣтствующія мѣры, а ртуть на 1—2 дня оставляется.

Помимо ртути, примѣняемъ втеченіе мозгового сифилиса и препараты іода, давая по 3,0—6,0 grm. pro die іодистой соли и даже больше (8,0—10,0); иногда сюда приходится присоединять и бромъ—при явленіяхъ повышенной возбудимости нервной системы, sulfonal, trional и т. п.—при бессонницѣ до морфія включительно; въ качествѣ болеутоляющихъ—phenacetin, salophen, aspirin по 0,5—1,0 раза 2—3 въ день. Далѣе, въ началѣ же заболѣванія важно энергично опорожнить кишечникъ (напр., при помощи inf. laxativ. Viennensis 60,0—100,0—180,0 до дѣйствія, карлсбадская соль, минеральныя воды) и поддерживать правильную его дѣятельность: это содѣйствуетъ отвлеченію крови къ брюшной полости и облегчаетъ существенно головную боль; точно также полезно время отъ времени примѣнять отвлекающія на затылокъ въ видѣ мушекъ. Систематическое примѣненіе теплыхъ ваннъ въ подобныхъ случаяхъ представляется рискованнымъ въ виду возможности вызвать инсультъ, или, увеличивъ притокъ крови къ мозговымъ оболочкамъ, тѣмъ самымъ усилить интензивность воспалительнаго процесса.

Печальные примѣры подобнаго рода, къ сожалѣнію приходится встрѣчать; какъ на одну категорію этого рода явленій, укажу на случаи внезапнаго или медленнаго усиленія болѣзненныхъ симптомовъ до рѣзкой степени подъ вліяніемъ теплыхъ сѣрныхъ ваннъ; мнѣ пришлось видѣть человѣкъ 4—5 въ стадіи уже рѣзкой сифилитической параплегии, развившейся внезапно или втеченіе нѣсколькихъ часовъ во время приѣма ванны или тотчасъ по окончаніи одного изъ сеансовъ: человѣкъ ѣхалъ на сѣрныя воды въ сносномъ состояніи, съ явленіями сифилитическаго менингита или гуммы, вызывавшихъ сравнительно небольшія уклоненія отъ нормы, и тамъ уже доходилъ до весьма плачевнаго положенія (paraplegia inf. и т. д.) послѣ одной изъ ваннъ; въ одномъ случаѣ подобная параплегія развилась послѣ бани.—Не отрицая значенія сѣрныхъ водъ въ терапіи сифилиса, я хотѣлъ лишь указать здѣсь и на могущія возникнуть ихъ побочныя дѣйствія; въ данномъ отношеніи, разумѣется, важна строгая индивидуализація при назначеніи терапевтической процедуры и внимательное наблюденіе за ея вліяніемъ на больного. Вѣдь, при сифилитическомъ пораженіи центральной нервной системы нерѣдко весьма сильно страдаютъ сосуды, какъ артеріи, такъ и вены, и на ихъ состояніе тѣ или иные факторы, сильно мѣняющіе кровообращеніе, дѣятельность сердца и кровяное давленіе, оказываютъ большое вліяніе; сказанное какъ разъ касается дѣйствія теплыхъ ваннъ (сѣрныхъ, грязевыхъ и т. д.) и аналогичныхъ процедуръ.

Подъ вліяніемъ указанной выше терапіи, проводимой настойчиво, состояніе больныхъ въ большинствѣ случаевъ улучшается, а иногда доходитъ до полной *restitutio ad integrum*, что во всякомъ случаѣ говоритъ въ пользу дѣйствительности нашихъ мѣропріятій если не для всѣхъ, то для многихъ случаевъ мозгового сифилиса, конечно, не запущенныхъ и не осложненныхъ выраженными заболѣваніями сосудистой системы головного мозга. Подъ вліяніемъ терапіи поражение зрительныхъ нервовъ, какъ видно изъ нашихъ примѣровъ, обнаруживаетъ большую склонность къ разрѣшенію воспалительнаго процесса; слѣдовательно, пока дѣло не дошло до деструктивныхъ—атрофическихъ измѣненій въ нервѣ, можно надѣяться на уменьшеніе амблиопіи или даже на полное восстановленіе зрѣнія. О значеніи подобнаго обстоятельства распространяться, разумѣется, нечего и надо лишь пожелать, чтобы *neuritis optica* констатировалась и на нее обращали вниманіе въ самомъ началѣ и соотвѣтствующимъ образомъ лечили (подъ контролемъ офтальмоскопа).

Само собой понятно, что за оправившимися больными нужно наблюдать, рекомендовать имъ соотвѣтствующій режимъ (хорошее питаніе, посильный, необременительный трудъ, чередующійся съ достаточнымъ отдыхомъ, правильный образъ жизни, отсутствіе эксцессовъ *in Baccho et in Venere* и т. д.), строго взвѣшивать тѣ или иныя колебанія въ состояніи здоровья и при возобновеніи симптомовъ, указывающихъ на пробужденіе стараго процесса, вновь назначать специфическую терапію. Но даже и безъ повторенія полозрительныхъ припадковъ необходимо на первыхъ порахъ время отъ времени давать іодъ (напр., черезъ мѣсячные промежутки втеченіе мѣсяца же по 1,5—3,0 grm. въ день іодистой соли), а по истеченіи 6—12 мѣсяцевъ, или и ранѣе, повторить и ртутное леченіе въ видѣ 30—40 впрыскиваній ртути (или 40—60 втираній *Ung. Hg.*). Такое леченіе приходится продѣлать 1—2—3 года подъ рядъ. Это дѣлается въ виду возможности рецидивовъ и ради ихъ предотвращенія, въ особенности, если остались неустранимыми нѣкоторые симптомы (напр., парезы черепныхъ нервовъ, паретическое состояніе конечностей и т. д.); это дѣлается въ виду самаго характера современной терапіи сифилиса, повидимому, пока лишь симптоматической для большинства случаевъ (при существованіи, однако, случаевъ и полного излеченія), но зато это—прекрасное *symptomaticum* при умѣломъ и своевременномъ его примѣненіи. Какъ бы то ни было, въ громадномъ большинствѣ случаевъ правильно проведенная терапія сифилиса, дѣлаетъ дальнѣйшее теченіе его сравнительно легкимъ, гарантируя до известной степени пациента отъ тяжелыхъ проявленій болѣзни. Сказанное прекрасно иллюстрируется словами А. Fournier: „леченіе

ослабляетъ, смягчаетъ и даже подавляетъ сифились; очень продолжительное леченіе, какъ уже теперъ дознано, необходимо, если не для излеченія сифилиса (да и излечивается ли онъ когда-нибудь?), то, по крайней мѣрѣ, для окончательнаго устраненія его проявленій въ будущемъ“<sup>1)</sup>.

Данный случай представляетъ интересъ еще въ отношеніи первоначальнаго проявленія сифилиса у нашего больного: незначительной ссадинѣ на членѣ въ началѣ не было придано мѣстнымъ врачомъ надлежащаго значенія, она была принята за простую язву, и лишь спустя 2 мѣсяца, съ развитіемъ припадковъ вторичнаго сифилиса, явилась возможность спеціалисту діагносцировать уже явный сифились, каковая діагностика была неоспоримымъ образомъ подтверждена впоследствии еще не одинъ разъ. Представимъ себѣ, однако, что эти вторичныя припадки были бы выражены слабо, неясно, что узловатаго сифилида на бедрѣ (свидѣтельствующаго намъ о прошломъ больного) не было бы, а съ теченіемъ времени развились бы лишь явные церебральные симптомы; имѣя отрицательныя данныя въ анамнезѣ, пришлось бы идти ощупью, діагностикѣ ставить путемъ исключенія *da ex jvantibus*. Такимъ образомъ, къ датамъ относительно первичнаго проявленія сифилиса приходится предъявлять серьезную критическую оцѣнку и, принимая во вниманіе дальнѣйшую жизнь субъекта и его *status praesens*, видѣть начало сифилиса въ томъ, что другими трактовалось, какъ *ulcus molle*. Раздѣляя дуалистическую теорію по отношенію къ мягкому шанкру и сифилису, приходится лишь признать, что не всегда мы имѣемъ въ рукахъ вѣрный способъ выйти изъ діагностическихъ затрудненій въ неясныхъ случаяхъ венерической (а, быть можетъ, и иной) язвы; поэтому и тутъ вырисовывается, какъ постулатъ, необходимость имѣть въ рукахъ вполне точный, объективный діагностическій критерій, каковымъ былъ бы, напри- мѣръ, бактеріоскопическій анализъ.

Все важное значеніе только что сказаннаго съ особенной силой выступаетъ по отношенію къ тѣмъ заболѣваніямъ нервной системы, въ основѣ которыхъ бѣльшая часть авторовъ принимаетъ сифились въ качествѣ наиглавнѣйшаго этиологическаго момента, напр., *tabes dorsalis*: въ анамнезѣ большинства табиковъ имѣются явныя указанія въ пользу перенесеннаго сифилиса, у иныхъ—отрицательныя данныя, у нѣкоторыхъ же встрѣчаются указанія лишь на какую-то неопредѣленную венерическую язву, которая врачами даже и третиновалась не какъ сифилитическая; подобныя даты могутъ вносить лишь путаницу въ самыя

---

<sup>1)</sup> Prof. A. Fournier. Руководство къ патологій и терапій сифилиса, вып. 3, 1899 г., стр. 329.

выводы по отношенію къ этиологіи *tabes'a*. Если сторонники сифилитическаго происхожденія *tabes'a* восторжествуютъ, къ чему, на нашъ взглядъ, и клонится дѣло, то придется считаться съ этими неясными венерическими язвами въ анамнезѣ табиковъ и признавать ихъ за нераспознанные за недостаточностью точныхъ діагностическихъ данныхъ склерозы (*ulcera dura*), т. е. за первичное проявленіе сифилитической инфекціи. Отсутствіе опредѣленныхъ указаній въ пользу сифилиса въ анамнезѣ табиковъ тогда пришлось бы истолковывать или какъ слѣдствіе вѣнолового, напр., зараженія сифилисомъ, или какъ явленіе наслѣдственнаго сифилиса или, наконецъ, какъ примѣръ слабого проявленія общаго сифилиса. Помимо того, нѣкоторые авторы склонны считать *ulcus molle* такимъ же этиологическимъ моментомъ въ развитіи *tabes'a*, какъ и сифились, не придерживаясь, слѣдовательно, дуалистической теоріи.

Бросая общій взглядъ на заинтересовавшій насъ случай, невольно задаешься вопросомъ, почему сифились проявился здѣсь въ формѣ мозговой? Нѣтъ ли въ прошломъ нашего больного какихъ-либо такихъ условій, которыя уясняли бы намъ это избирательное отношеніе сифилитическаго яда? Прежде всего припомнимъ, что больной происходитъ изъ невропатической семьи; это клало уже извѣстный отпечатокъ на его нервную систему, дѣлая ее менѣе устойчивой по отношенію къ различнымъ неблагоприятнымъ условіямъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ понижало сопротивляемость и головного мозга. Далѣе припомнимъ, что въ возрастѣ отъ 11 до 13 лѣтъ больной страдалъ приступами мигрени, иногда рвотами по утрамъ; это опять таки указывало на особую чувствительность головного мозга; позднѣе бывали головокруженія, изрѣдка истерики, а съ осени 1900 г.—тяжелая форма неврастеніи. Не лишень интереса и фактъ развитія сильнѣйшей головной боли въ началѣ кондиломатознаго періода сифилиса у больного, причемъ послѣ 3 впрыскиваній ртути эта боль прекратилась: она какъ будто была прообразомъ явленій, происшедшихъ съ пациентомъ лѣтомъ 1901 г. Все вмѣстѣ взятое позволяетъ думать, что головной мозгъ въ данномъ случаѣ являлся сравнительно легко ранимымъ, былъ до нѣкоторой степени дефективнымъ, уже въ силу наслѣдственныхъ особенностей; неблагоприятныя жизненныя условія и усиленная мозговая работа втеченіе зимы 1900—1901 г. послужили отличнымъ моментомъ для развитія тяжелой неврастеніи, при чемъ опять таки центръ тяжести ложился на головной мозгъ. Такимъ образомъ этотъ органъ у нашего больного представлялся тѣмъ, что принято называть *locus minoris resistentiae*, и на немъ-то исключительно и отразилось вліяніе хронической инфекціи—сифилиса въ видѣ послѣдовательнаго ряда тѣхъ градацій, о которыхъ

было упомянуто выше. Надо полагать, что при сифилисѣ, какъ и при другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, предшествовавшее состояніе тканей и органовъ въ связи съ случайными моментами существенно вліяетъ на развитіе какъ отдѣльныхъ симптомовъ, такъ и цѣлаго симптомокомплекса, опредѣляя такимъ образомъ и всю клиническую картину.

Самое теченіе и исходъ нашего случая подъ вліяніемъ терапіи вполне подтвердили высказанныя вначалѣ діагностическія предположенія. Однако, нашъ очеркъ будетъ не полнымъ, если не коснуться хотя въ общихъ чертахъ вопроса о состояніяхъ, способныхъ симулировать истинный церебральный менингитъ; такъ, невольно возникаетъ мысль, не было ли передъ нами одного изъ тѣхъ случаевъ, которые именуются ложными менингитами (pseudomeningitis), а по новѣйшему обозначенію относятся въ разрядъ менингизма (meningismus) Dupré? Припомнимъ, что этимъ именемъ стали за послѣдніе года обозначать всѣ тѣ болѣзненные состоянія, которыя представляютъ полную клиническую картину туберкулезнаго менингита, но не обладаютъ его патолого-анатомической основой и заканчиваются полнымъ излеченіемъ. Такимъ образомъ въ эту группу можно, по Dupré, отнести всѣ тѣ легкія формы менингита и простого раздраженія мозговыхъ оболочекъ, которыя развиваются подъ вліяніемъ различныхъ инфекцій, интоксикацій, но не достигаютъ значительной степени, не влекутъ за собой деструкціи въ сосѣднихъ тканяхъ, почему могутъ пройти для организма безслѣдно. Придерживаясь такого дѣленія, не трудно убѣдиться, что между состояніями менингизма и истиннаго менингита, разница будетъ не качественная, не по существу, а лишь количественная—сообразно характеру патолого-анатомическихъ измѣненій и степени вызванныхъ ими разстройствъ, а потому между этими двумя категоріями трудно провести границу, ибо переходъ болѣе легкой въ болѣе тяжелую такъ возможенъ и такъ легокъ въ зависимости отъ болѣе интенсивности основного заболѣванія и его воздѣйствія на мозговья оболочки. Слѣдовательно, отъ введенія въ обиходъ новаго термина „meningismus“ наша номенклатура выигрываетъ мало, если его разсматривать лишь въ упомянутомъ смыслѣ; въ этомъ случаѣ имъ лишь отгѣняется самый характеръ менингита (легкая, излечимая форма). Поэтому, по мнѣнію Pochon'a гораздо правильнѣе удержать это обозначеніе лишь за тѣми чисто функціональными разстройствами въ видѣ истеріи, которыя, нося на себѣ полную картину менингита по внѣшнему проявленію, отличаются, однако, отъ него полнымъ отсутствіемъ органическаго субстрата и исходомъ въ выздоровленіе <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> См. Левковскій, I. с.

Что касается до нашего случая, то онъ, безъ сомнѣнія, не можетъ быть разсматриваемъ съ точки зрѣнія meningism'a въ опредѣленіи Rochon'a, т. е. истеріи: отъ послѣдней его отличаетъ какъ самое теченіе болѣзни, такъ и такой несомнѣнный признакъ, какъ neuritis optica, при полномъ къ тому же отсутствіи истерическихъ стигматъ.

Еще скорѣе можно было бы думать здѣсь о meningism'ѣ, какъ его понималъ Dupré, т. е. о легкой формѣ менингита, закончившейся выздоровленіемъ, тѣмъ болѣе, что въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ я говорилъ о сравнительно незначительныхъ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ мозговыхъ оболочекъ въ данномъ случаѣ. Однако, тяжесть проявленія заболѣванія съ характеромъ мозговой опухоли, а главное опять тотъ же неоспоримый признакъ (neuritis optica) съ несомнѣнностью говорили за существованіе болѣе тяжкаго органическаго пораженія мозговыхъ оболочекъ, за явный воспалительный процессъ специфическаго происхожденія на основаніи черепа, уступившій мѣсто лишь терапіи.

Въ заключеніе позволю себѣ упомянуть о новомъ діагностическомъ, а отчасти и терапевтическомъ методѣ по отношенію къ различнымъ заболѣваніямъ центральной нервной системы, въ томъ числѣ и сифилитическимъ, о методѣ, которымъ занялись преимущественно французскіе невропатологи и который состоитъ въ извлеченіи и изслѣдованіи спинномозговой жидкости.

Какъ на приемъ, облегчающій діагностику сифилитическихъ менингитовъ головного и спинного мозга, можно указать на микроскопическое изслѣдованіе полученной путемъ поясничнаго прокола цереброспинальной жидкости на содержаніе въ ней лимфоцитовъ (цитодіагностика). По сообщенію Widal'я (въ Société médicale des Hôpitaux), и по наблюденіямъ другихъ авторовъ (Sicard, Ravaut, Dufour), сдѣланнымъ въ самое послѣднее время, появленіе въ цереброспинальной жидкости лимфоцитовъ, отсутствующихъ (почти) въ ней при нормальныхъ условіяхъ, говоритъ за существованіе воспалительныхъ измѣненій въ мозговыхъ оболочкахъ того или иного происхожденія (бугорковаго, сифилитическаго, алкогольнаго и т. д.); т. о., въ сомнительныхъ случаяхъ, подающихъ поводъ подозрѣвать сифилитическое пораженіе мозговыхъ оболочекъ, можно примѣнить этотъ способъ, помня, что какъ въ свѣжихъ, такъ и въ давнихъ случаяхъ сифилиса даже слабыя, мало уловимыя менингеальныя явленія обнаруживаются менингеальнымъ лимфоцитозомъ или повышеннымъ давленіемъ въ субарахноидальномъ пространствѣ цереброспинальной жидкости, или, наконецъ, совмѣстно тѣмъ и другимъ.—Данный діагностическій приемъ, при всемъ своемъ теоретическомъ интересѣ, врядъ ли, однако, будетъ имѣть широкое практическое примѣненіе въ виду своей сложности и нѣ-

которой небезопасности для интересовъ пациентовъ; надо заботиться о развитіи вполне индифферентныхъ для благополучія больного методовъ изслѣдованія—объ усовершенствованіи существующихъ, о введеніи новыхъ; желательно по малѣйшимъ измѣненіямъ въ сферахъ двигательной, чувствительной, рефлекторной, трофической, секреторной и т. д. и по комбинаціи этихъ разстройствъ умѣть составлять ясное представленіе о состояніи нервной системы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

А для этого необходимо тщательное клиническое изслѣдованіе и наблюденіе за больнымъ, строгая оцѣнка малѣйшихъ уклоненій отъ нормальныхъ функций, критическое сопоставленіе клиническихъ фактовъ съ патолого-анатомическими находками, при освѣщеніи того или другого вопроса путемъ эксперимента. Для осуществленія сказаннаго представляется въ высокой степени важнымъ развитіе въ изслѣдователяхъ умѣнья наблюдать, собирать и безпристрастно оцѣнивать сырой фактической матеріаль, создавая затѣмъ уже изъ него стройныя гипотезы и теоріи; въ выводахъ и заключеніяхъ не должно быть торопливости и поспѣшности, дабы научныя идеи выкристаллизовывались путемъ строгаго анализа. Современная діагностическая методика, довольно уже точная въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ, постепенно совершенствуется, а вмѣстѣ съ тѣмъ облегчается и разрѣшеніе діагностической проблемы у постели больного, обеспечивающее правильное, то—есть согласное съ научной логикой, примѣненіе нашихъ лечебныхъ мѣропріятій.