

ство спинного мозга, играютъ кровеносные сосуды. Такъ какъ пораженнымъ оказался не только спинной мозгъ, но и продолговатый, то весь процессъ получилъ названіе полиоэнцефалита.

Д-ръ **Ө. Н. Ремезовъ**—«Способъ де Рехтери консервированія труповъ парами формалина».

Д-ръ **Е. И. Марциновскій**—«Этіологія и патологическая анатомія острого эндокардита» (ауторефератъ). На основаніи 20-ти случаевъ, изслѣдованныхъ какъ съ клинической, такъ и патологоанатомической стороны, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) острый инфекціонный эндокардитъ не имѣетъ специфическаго возбудителя и наоборотъ можетъ обусловить зараженіе организма самыми разнообразными бактеріями. 2) Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ были находимы одновременно нѣсколько видовъ микроорганизмовъ, на основаніи нѣкоторыхъ данныхъ можно допустить, что только одинъ изъ нихъ былъ первичнымъ возбудителемъ болѣзни, остальные же присоединились къ нему впоследствии. 3) Очень нерѣдко острый эндокардитъ сопровождается прогрессирующимъ малокровіемъ, появленіемъ желтухи, при чемъ въ мочѣ открывается присутствіе уробилина, бѣлка и цилиндровъ. 4) Будущее въ леченіи инфекціоннаго эндокардита всецѣло принадлежитъ серотерапіи, при томъ большое значеніе будетъ имѣть въ цѣляхъ выбора сыворотки возможно раннее и повторное бактериологическое изслѣдованіе. 5) Бактеріи могутъ быть доказаны въ крови при жизни, что имѣетъ діагностическое значеніе. 6) При полученіи развонокъ у больныхъ необходимо брать не менѣе 10 к. с. крови, такъ какъ число микроорганизмовъ, циркулирующихъ въ ней, часто очень ничтожно. 7) При разводкѣ необходимо употреблять наиболѣе усовершенствованныя питательныя среды, такъ какъ многіе микроорганизмы не растутъ на обычныхъ средахъ, а также необходимо дѣлать анеробныя разводки. 8) Отрицательные результаты бактериологич. изслѣдованія вовсе не исключаютъ острого эндокардита.

Н. Осокинъ.

## Научныя собранія врачей клиники нервныхъ болѣзней при Казанскомъ Университетѣ.

Засѣданіе 16-го марта 1901 г.

I Д-ръ **М. П. Романовъ**. Демонстрація больного съ *Chorea minor*.

Больной, мальчикъ 11 лѣтъ, на четвертый день заболѣванія обратился въ амбулаторію Казанской нервной клиники. При осмотрѣ у него были констатиро-

ваны очень рѣзко выраженные хореическія движенія во всѣхъ частяхъ тѣла, препятствовавшія больному ходить, ѣсть и говорить; судороги эти не прекращались даже и ночью; кромѣ этого изъ объективныхъ данныхъ отмѣчено отсутствіе ко-лѣнныхъ рефлексовъ. На основаніи имѣющихся благопріятныхъ наблюденій докладчикъ въ данномъ случаѣ примѣнилъ мозговую вытяжку, приготовленную по способу D'Arsonval'я. По день демонстраціи было сдѣлано девять вспрыскиваний (сначала по 1,0, затѣмъ по 1,5 и наконецъ 2,0). Послѣ третьей инъекціи было отмѣчено нѣкоторое улучшеніе—больной сталъ спокойнѣе спать; улучшеніе это постепенно прогрессировало. При демонстраціи у мальчика наблюдались лишь незначительныя и довольно рѣдкія подергиванія конечностей; остальное все нормально.

По поводу демонстраціи было сдѣлано нѣсколько замѣчаній проф. Л. О. Даркшевичемъ, д-рами Г. А. Клячкинымъ и Л. А. Сергѣевымъ. Изъ преній между прочимъ выяснилось, что примѣняемая докладчикомъ мозговая вытяжка очень дорога и слишкомъ сложно готовится, почему онъ, докладчикъ, предполагаетъ въ ближайшемъ будущемъ заняться приготовленіемъ болѣе простого и дешеваго препарата мозгового вещества именно—его эмульсии.

II. Д-ръ В. П. Первушинъ. Демонстрація больного съ амиотрофіями и треморомъ кортикальнаго происхожденія. (Ауто-рефератъ).

Больной, казакъ О. К-овъ, 32 л, жен., имѣющій 3 дѣтей, безъ венерическихъ и какихъ-либо вообще серьезныхъ заболѣваній въ прошломъ; семейный анамнезъ благопріятенъ, алкоголя не употреблялъ. Ко времени возмужалости начинается обнаруживаться повышенная возбудимость нервной системы и легкая ея ранимость: съ 18 до 25 л. больной получалъ нѣсколько разъ легкія травматическія поврежденія (ушибы, порѣзы) пальцевъ правой руки и ноги, что вызывало непродолжительное обморочное, безъ судорогъ, состояніе; однако, ударъ палкой по голѣвѣ, съ незначительнымъ поврежденіемъ кожныхъ покрововъ (на 23-мъ г.) сошелъ благополучно. Съ января 1898 г. сильная головная боль по 3—7 дней, чрезъ 1—2 недѣли, безъ рвоты и головокруженій; къ маю—улучшеніе, но однажды было сильное головокруженіе. <sup>26</sup>/v 98 г., на охотѣ, внезапно 1-й припадокъ парціальной эпилепсіи, чрезъ 1½ мѣсяца—2-й и далѣе чрезъ 7—9 дней; съ конца сентября они уже ежедневно, по 1—2 раза въ день, съ декабря рѣже—1—3 раза въ мѣсяцъ, а въ августѣ 99 г. они совершенно закончились. Припадки бывали и легкіе—безъ потери сознанія—и тяжелье; имъ предшествовало ошущеніе холода, испугъ, весьма сильное сердцебіеніе, что продолжалось 2—3 минуты; затѣмъ начинались подергиванія правой руки или ноги, переходившія на другую конечность той-же стороны (2—3 минуты), далѣе—общія судороги съ потерей сознанія въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, послѣ чего сонъ (¼—1 часъ); иногда прикусываніе языка.

Съ октября 1898 г.—постепенное ослабленіе правыхъ конечностей, что особенно усилилось въ ноябрѣ послѣ тяжелаго припадка, когда возникъ полный параличь руки и ноги.

Тогда же началось трясеніе правой руки при произвольныхъ движеніяхъ, со временемъ усиливавшееся. Съ января 1899 г.—подергиванія въ пальцахъ правой руки (сгибаніе) съ тупой болью во всей рукѣ, наступавшее внезапно, и порой—тоническій спазмъ сгибателей пальцевъ (онъ прекратился въ августѣ 1899 г.). Въ маѣ 1899 г. припадку съ потерей сознания, но безъ судорогъ, предшествовала *aphasia motoria* (въ теченіе 3—4 мин.). По окончаніи припадковъ возникли клоническія подергиванія въ правой ногѣ, въ день по 5—10 разъ, черезъ 1—4—7 дней, съ тупой болью въ ногѣ, а иногда—трясеніе въ пальцахъ.

Съ осени 1900 г.—легкое трясеніе въ пальцахъ лѣвой руки и какъ будто подергиваніе нѣкоторыхъ изъ нихъ. Со времени припадковъ измѣнилось настроеніе и психика больного: онъ сталъ пугливъ, впечатлителенъ, раздражителенъ, страшится за свое будущее, реагируетъ рѣзко на каждый пустякъ. За послѣднюю 1/2 года это состояніе нѣсколько улучшилось.

Съ <sup>15</sup>/<sub>11</sub> 1901 г. находится въ казанской нервной клиникѣ.

Обнаружено: парезъ правыхъ конечностей, главнымъ образомъ руки, гдѣ ограничены и ослаблены всѣ движенія и болѣе—сгибаніе пальцевъ, ихъ отведеніе и приведеніе; въ легкой степени *main en griffe*. Координація движеній нѣсколько затрудняется произвольными движеніями правой руки. Долго ходить больной не можетъ—утомляется очень скоро; при ходьбѣ замѣчается паретическое состояніе правой ноги. Стояніе въ теченіе нѣсколькихъ минутъ также затруднительно. *Tremor digitorum* обѣихъ рукъ; въ правой, кромѣ того, при всякомъ произвольномъ движеніи возникаетъ произвольное сокращеніе мускулатуры клоническаго характера (главнымъ образомъ въ сгибателяхъ кисти и пальцевъ), въ силу чего получается довольно крупное, быстрое трясеніе пальцевъ кисти и предплечья (особенно сильно при попыткахъ сжать руку въ кулакъ). Въ нѣкоторые дни наблюдались подергиванія въ *m. inteross. ext I и IV*; иногда—клоническія подергиванія въ *adductor*'ахъ праваго бедра. При стояніи больного, въ мышцахъ бедра мелкія клоническія подергиванія (въ родѣ *paramyoclonus*'а). *Nystagm*'а нѣтъ.

Сухожильные рефлексы справа сильно оживлены, лѣвый колѣнный—значительно менѣе; повышена и механическая возбудимость мускулатуры справа, особенно на рукѣ, отчасти, слабѣе, и на лицѣ). Изъ кожныхъ рефлексовъ имѣются лишь скротальный, брюшной. Тазовые органы, зрачки, мышечный тонусъ—безъ измѣненій.

Органы высшихъ чувствъ и въ частности зрѣніе—въ порядкѣ. Общая чувствительность вездѣ сохранена, имѣется лишь гиперѣстезія стопъ и ладонныхъ поверхностей рукъ; на правой рукѣ имѣется пониженіе болевой и тактильной

чувствительности на тыльной поверхности 2-хъ первыхъ фалангъ мизница и прилежащей небольшой части кисти, а также въ области наружной поверхности плеча. Чувство мышечное сохранено. Имѣется небольшая болѣзненность праваго плечевого сустава: окружность праваго колѣннаго сустава на  $\frac{1}{2}$  смт. больше лѣваго. Бросается въ глаза довольно равномерное похуданіе мускулатуры правой ноги и болѣе того правой руки; на рукѣ рѣзче выдѣляется похуданіе лопаточныхъ мышцъ и межкостныхъ наружныхъ. Реакція на оба тока нормальная, при небольшомъ даже повышеніи на правыхъ конечностяхъ.

При давленіи болѣзненности нигдѣ не получается (кромѣ прав. плеч. суст.). Внутреніе органы въ порядкѣ (лишь порой въ желудкѣ боли); пульсъ всегда учащенный (до 105—120 въ 1<sup>1</sup>); артерioskлерозъ не констатируется; моча безъ бѣлка и сахара. Временами головная боль, сердцебиеніе, тупыя боли въ правыхъ конечностяхъ (послѣ подергиваній въ нихъ), изрѣдка въ лѣвыхъ. Аппетитъ средній. Со стороны психики нѣкоторая подавленность, боязнь, ожиданіе чего то непріятнаго.

Анализируя симптомы, докладчикъ полагаетъ, что часть ихъ относится къ общему функціональному заболѣванію нервной системы съ характеромъ травматическаго невроза: припадки падучей были толчкомъ къ его развитію на подготовленной уже почвѣ слабости нервной системы (сюда относятся—разстройства чувствительности, tremor digitorum, paramyoclonus мускулатуры бедеръ, а главное характерныя особенности психики). Далѣе, несомнѣнно, что у больного ранѣе были припадки частичной эпилепсіи, вызванные какимъ-то органическимъ процессомъ (быть можетъ менингитомъ—въ виду предшествовавшихъ головныхъ болей) въ области корковыхъ центровъ для мускулатуры правой руки и отчасти правой ноги. На участіе коры указываетъ клоническій характеръ произвольныхъ движеній; процессъ не обширенъ, не склоненъ разрушать мозговую ткань (ибо нѣтъ характерныхъ разстройствъ общей чувствительности, подмѣченныхъ на соответствующихъ больныхъ и обнародованныхъ не давно Dejerin'омъ, парезы не сильны, тонусъ мышцъ не повышенъ, припадки прекратились), но должно быть поддерживаеъ въ ней ненормальныя условія питанія нервныхъ элементовъ, хотя не въ одинаковой степени, что сказывается и на клоническихъ судорогахъ, и на трясеніи, руки какъ результатъ неправильной, не гармоничной иннервации мускулатуры правой руки для произвольныхъ движеній. Слѣдовательно, случай подходитъ къ *epilepsia partialis corticalis continua* (Кожевниковской), отъ которой отличается наличиемъ мелкихъ судорогъ лишь въ моментъ произвольныхъ движеній.

Заболѣваніе праваго плечевого сустава, а можетъ быть и праваго колѣннаго докладчикъ склоненъ ставить въ связь съ церебральнымъ пораженіемъ, каковой вопросъ въ литературѣ уже установленъ. Амiotрофіи-же отчасти могутъ зависеть отъ атропатій (главнымъ образомъ мышцы праваго надплечья), но преимущественно онѣ являются результатомъ опять таки мозгового заболѣванія, недостаточной

трофической по отношенію къ нимъ дѣятельностью больного полушарія мозга, каковой взглядъ въ современной литературѣ вопроса является господствующимъ.

Учащеніе пульса, сердцебиеніе у больного, а также бывшія прежде въ качествѣ предвѣстниковъ припадковъ сердцебиенія докладчикъ склоненъ ставить въ связь съ вліяніемъ болѣзненнаго процесса на корковый центръ п. vagi: возможно, что тонусъ этого центра пониженъ, чѣмъ можно объяснить и ауральные припадки сердцебиеній и существующіе въ данное время порядки въ сердечной дѣятельности.

Имѣя въ виду органическую основу заболѣванія (менингеальныя оболочки, клѣтки коры, и, вѣроятно, ея волокна), хотя и не рѣзко выраженную, больному предположено произвести трепанацію черепа по Horsley. Пока-же, ex juvantibus et posentibus, ему производится ртутное леченіе и рекомендованы препараты Bromi, et Iodi. Пока сдѣлано 28 инъекціи Hg; общее состояніе и произвольныя движенія немного измѣнились къ лучшему; однако, не придавая этому факту особаго значенія, приходится думать, что едва ли дѣло обойдется безъ операціи.

Въ преніяхъ принимали участіе д-ра Г. А. Клячкинъ, Л. А. Сергѣевъ, А. В. Фаворскій и проф. Л. О. Даркшевичъ.

Г. А. Клячкинъ. Механическая возбудимость у Вашего больного повышена; я думаю, что здѣсь имѣются явленія ирритативныя, слѣдовательно здѣсь питаніе нервныхъ клѣтокъ измѣнено.

В. П. Первушинъ. По моему мнѣнію, здѣсь скорѣй всего имѣютъ мѣсто въ клѣткахъ явленія дегенеративныя.

Г. А. Клячкинъ. Здѣсь долженъ быть, судя по клинической картинѣ, хорошій результатъ отъ хирургическаго вмѣшательства.

На вопросъ Л. А. Сергѣева, не было ли здѣсь наследственности, докладчикъ отвѣтилъ отрицательно.

Г. А. Клячкинъ. Какъ относится треморъ къ психическому вліянію.

В. П. Первушинъ. Онъ усиливается.

Г. А. Клячкинъ. Едва-ли здѣсь мышечная атрофія въ лопаткѣ зависитъ отъ заболѣванія сустава.

В. П. Первушинъ. Здѣсь есть болѣзненность въ плечевомъ суставѣ, а затѣмъ при гемиплегіяхъ рѣдко бываетъ мышечная атрофія.

А. В. Фаворскій. Каковъ въ данномъ случаѣ патологоанатомическій процессъ въ мозгѣ.

В. П. Первушинъ. Глубокихъ разстройствъ здѣсь въ корѣ нѣтъ, такъ какъ нѣтъ ни параличей, ни анестезій. Обычно думаютъ, что здѣсь пониженіе жизнедѣятельности нервныхъ элементовъ; кромѣ того здѣсь есть пораженіе ассоціаціонныхъ волоконъ.

А. В. Фаворскій. Было ли здѣсь разстройство кровообращенія или инсультъ на почвѣ геморрагіи? Отчего здѣсь существуетъ раздраженіе.

В. П. Первущинъ. По анамнезу здѣсь инсульта допустить нельзя, здѣсь началось прямо съ эпилептическихъ припадковъ.

А. В. Оаворскій. Здѣсь должно быть стойкое разстройство кровообращенія, такъ какъ сила руки очень понижена.

В. П. Первущинъ. По моему стойкаго пораженія здѣсь предположить нельзя, такъ какъ нѣтъ ни гипертоніи мышцъ, ни повышенія рефлексовъ, ни анестезіи.

А. В. Оаворскій. Вы здѣсь связываете разстройство чувствительности съ неврозомъ, а сердцебиеніе съ корковымъ пораженіемъ, а почему не наоборотъ?

В. П. Первущинъ. Здѣсь имѣются анестезированныя пятна, которыя при нашихъ современныхъ знаніяхъ можно связать только съ неврозомъ.

А. В. Оаворскій. Почему сердцебиеніе нельзя объяснить тоже неврозомъ?

В. П. Первущинъ у него всегда сердцебиеніе является въ видѣ ауры предшествующей припадку.

А. В. Оаворскій. Отчего зависятъ боли у Вашего больного.

В. П. Первущинъ. Боли эти центрального происхожденія.

Л. О. Даркшевичъ. Я думаю что здѣсь мы имѣемъ кортикальную эпилепсію, приближающуюся къ типу Кожевниковской, но здѣсь нѣтъ въ рѣзкой степени клоническихъ судорогъ, которыя обычно при ней наблюдаются. Если здѣсь кортикальная эпилепсія, то и амиотрофія тоже кортикальнаго происхожденія. Авторы говорятъ, что амиотрофіи развиваются при разстройствахъ чувствительности, что они развиваются при пораженіи пирамиднаго пучка, но ни того, ни другого у насъ нѣтъ. Здѣсь очевидно мы имѣемъ молекулярное пораженіе клѣтокъ.

III. Д-ръ П. А. Лоциловъ. О нѣкоторыхъ особенностяхъ въ заболѣваніи мѣстныхъ мусульманъ болѣзнями нервной системы.

Этотъ докладъ явился результатомъ наблюденія докладчика въ теченіе 6½ лѣтъ за время его службы думскимъ врачомъ г. Казани. Населеніе завѣдываемаго имъ участка равнялось 30.000 и состояло изъ христіанъ и мусульманъ приблизительно поровну. Пользуясь номенклатурой болѣзней, выработанной для думскихъ врачей, докладчикъ выдѣлилъ слѣдующія страданія собственно нервной системы.

Христіанъ	муж.	женщ.	Мусульманъ	муж.	жен.
Невралгія.	521	566		294	160
Периферич неврит.	321	444		150	120
Неврастенія	} 72	155		24	11.
и Разныя нервн. болѣз.					
Истерія	3	15		—	1.
Эпилепсія	24	17		12	10.

Въ виду важнаго значенія въ этиологіи нервныхъ болѣзней алкоголя и сифилиса, докладчикъ привелъ и соотвѣтствен. цифровыя данныя.

	Христіанъ	муж.	женщ.	Мусульманъ	муж.	женщ.
Алкоголь —		145	32		13	1.
Сифились —		175	125		22	17.

Меньшую заболѣваемость мусульманскаго населенія болѣзнями нервной системы авторъ объясняетъ меньшимъ употребленіемъ алкоголя, меньшимъ распространеніемъ сифилиса, лучшими гигиеническими условіями по отношенію жилищъ и одежды и еще нѣкоторыми другими особенностями быта мусульманъ.

Въ преніяхъ участвовали д-ра В. П. Первушинъ, А. В. Фаворскій, Н. Н. Топорковъ, М. П. Романовъ, Г. А. Клячкинъ, Л. А. Сергѣевъ и проф. Л. О. Даркшевичъ.

Засѣданіе 10 Ноября 1901 г.

Д-ръ М. П. Романовъ. О мозговой эмульсіи, примѣняемой при леченіи эпилепсіи и chorea minor.

Года два тому назадъ въ Казанской клиникѣ нервныхъ болѣзней при леченіи эпилепсіи стали примѣнять вытяжку изъ сѣраго вещества коры головного мозга быка, приготовляемую по способу d'Arsonval'я. Съ годъ назадъ начали ее примѣнять при chorea minor и при нарколепсіи. Результаты, которые получались при употребленіи этого средства, не только не заставили отказаться отъ него, но, наоборотъ, понуждали все съ большей и большей тщательностью изслѣловать и изучать вліяніе этого препарата на названныя болѣзненные формы.

При примѣненіи мозговой вытяжки пришлось столкнуться съ двумя большими неудобствами;—съ дороговизной ея и съ слишкомъ сложнымъ способомъ ея приготовленія: въ Казани, папримѣръ, лишь только одна аптека могла приготовить этотъ препаратъ, кромѣ того приходилось по нѣскольку дней ждать, пока вытяжка будетъ готова. Въ виду этого было желательно имѣть такой препаратъ изъ коры мозга, который былъ бы доступенъ большинству, который могъ быть приготовляемъ и въ небогатой практикѣ, даже собственными силами больничнаго персонала.

Такой препаратъ докладчику и удалось получить при любезномъ содѣйствіи провизора Ю. Э. Гренинга—именно мозговую эмульсію, которая теперь и употребляется нервной клиникой взамѣнъ вытяжки d'Arsonval'я.

Для приготовленія этого новаго препарата берется свѣжій головной мозгъ быка, убитаго въ тотъ же день. Здоровье убиваемаго быка всякій разъ гарантируетъ тщательный осмотръ ветеринарнаго врача. Этотъ свѣжій мозгъ въ оболочкахъ въ чистомъ стеклянномъ сосудѣ, почти тотчасъ же доставляется въ аптеку, гдѣ и приступаютъ къ приготовленію эмульсіи. Дистиллированной водой тщательно

обмывается мозгъ въ оболочкахъ, затѣмъ оболочки осторожно вскрываются и острой бритвой начинается отдѣленіе сѣраго вещества коры отъ нижележащаго бѣлаго. Удобнѣе брать мозгъ болѣе молодыхъ животныхъ—у нихъ легче отдѣляется сѣрое вещество отъ бѣлаго. Въ общемъ отдѣленіе сѣраго вещества не представляется уже особенно труднымъ, хотя, несмотря на всю тщательность этой операциі, не удается вполне избѣжать попаданія небольшихъ кусочковъ и бѣлаго вещества. Отдѣленные кусочки мозга кладутся въ фарфоровую чашечку, гдѣ потомъ и будетъ происходить самое приготовленіе эмульсіи. Къ этому времени готовится жидкость, съ которой и стирается мозговое вещество. Составъ этой жидкости таковъ: Sol. Natri chlorati 0,6% 3 части.

Glycerini puri — 1 часть.

Для приготовленія эмульсіи на одну вѣсовую часть мозгового вещества берется три части этого раствора. Когда отвѣшано то и другое вещество, приступаютъ къ приготовленію самой эмульсіи. Растираніе мозгового вещества съ вышеупомянутымъ растворомъ производится въ обыкновенной фарфоровой чашечкѣ такимъ же фарфоровымъ пестикомъ. Въ началѣ растиранія растворъ къ мозговому веществу прибавляется по каплямъ; сѣрое вещество эмульсируется значительно скорѣй и легче бѣлаго, почему не трудно удалить случайно попавшія кусочки бѣлаго вещества, такъ какъ ихъ очень хорошо замѣтно. Такое растираніе продолжается минутъ 20—30, до тѣхъ поръ пока не эмульсируется все сѣрое вещество; за это время уже войдетъ въ эмульсію и весь отвѣшанный растворъ хлористаго натра съ глицериномъ. Затѣмъ вся эта эмульсія выливается въ воронку на шведскій фильтръ. Фильтрація происходитъ отъ 2 до 4-хъ часовъ. Эмульсія фильтруется въ особыя баночки толстаго стекла съ притертыми пробками.

Никакихъ дезинфицирующихъ средствъ при приготовленіи эмульсіи не употребляется; вся посуда, употребляемая при приготовленіи, стерилизуется. Эмульсія получается слегка соломенно-желтаго свѣта, чуть чуть мутновата и почти не содержитъ видимымъ глазомъ взвѣшанныхъ частицъ.

Эмульсія можетъ стоять не портясь, т. е. не мутнѣя, дней 4—6 при обыкновенной комнатной температурѣ, даже въ самые жаркіе лѣтніе мѣсяцы. Аптечная цѣна этого препарата въ баночкѣ 50—45 к. Способъ употребленія эмульсіи ничѣмъ на разнится отъ способа употребленія вытяжки: инъекціи дѣлаются подъ кожу или спины или передней части бедра по 0,5—3,0; инъекціи никакими дурными послѣдствіями не сопровождаются; впрыснутая эмульсія всасывается очень скоро, мѣста уколовъ не болятъ.—Что касается результатовъ леченія этимъ препаратомъ названныхъ выше болѣзненныхъ формъ, то, по мнѣнію докладчика, этотъ вопросъ настолько важенъ, что долженъ служить предметомъ отдѣльнаго обстоятельнаго доклада и самаго детальнаго обсужденія, почему докладчикъ сего и не касается.



Въ преніяхъ принимали участіе д-ра Фельдманъ, Г. А. Клячкинъ, І. А. Левинъ, А. В. Фаворскій, И. В. Завадскій и проф. Л. О. Даркшевичъ.

II. Проф. Л. О. Даркшевичъ: Случай извращеннаго полового влеченія. Больной автора X., 22 лѣтъ, интеллигентной профессіи, происходитъ изъ невропатической семьи, съ обычно подавленнымъ настроеніемъ духа, съ ипохондрической окраской, съ цѣлымъ рядомъ навязчивыхъ идей. Дѣтство больного, по отношенію къ сексуальной сферѣ, протекало при нормальной обстановкѣ.—Въ довольно раннемъ дѣтствѣ, раньше чѣмъ больной сталъ понимать явленія сексуальной жизни и самъ испытывать половое влеченіе, окружающіе мальчика отмѣтили у него какой то особенный интересъ къ процедурѣ закалыванія курицы и въ особенности къ тому моменту, когда курица съ отрѣзанной головой билась въ судорогахъ. Съ годами это зрѣлище доставляло мальчику все большее и большее удовольствіе и разъ, когда ему было 14—15 лѣтъ, онъ въ этотъ моментъ почувствовалъ особое ощущеніе, неизвѣстное для него, и опредѣляемое имъ теперь, какъ ощущеніе сексуальное. И съ того времени это чувство влекло его всегда къ тому мѣсту, гдѣ рѣзали птицу и главнымъ образомъ для того, что-бы пережить это сладостное своеобразное ощущеніе. Когда у больного появились pollutiones, зрѣлище закалыванія куръ стало сопровождаться и эйякуляціей. Когда у больного наступилъ періодъ наиболѣе частыхъ ночныхъ поллюцій, сопровождавшихъ сновидѣнія эротической окраской, обычное содержаніе его снова были различные моменты закалыванія курицы.

Въ настоящее время больной по существу остается тѣмъ же самымъ. Онъ не пропускаетъ случая присутствовать при процедурѣ закалыванія куръ, испытывая каждый разъ сексуальное ощущеніе; по нормальному coitus'у оно ему незнакомо, такъ какъ нормальнаго coitus'a онъ не имѣлъ ни разу.

Въ періоды особаго сексуальнаго возбужденія, даже въ состояніи бодрствованія, больной нерѣдко приводитъ себя въ такое раздраженіе, которое заканчивается эйякуляціей; онъ достигаетъ этого, не прибѣгая къ мастурбаціи, а лишь рисуя себѣ мысленно знакомыя картины закалыванія куръ.

Въ преніяхъ по этому докладу принимали участіе д-ра Н. Н. Топорковъ, Г. А. Клячкинъ, И. В. Завадскій, П. С. Скуридинъ, С. П. Порфирьевъ и А. В. Фаворскій.

III. Д-ръ В. П. Первушинъ: «Случай церебральнаго гумознаго менингита съ благопріятнымъ исходомъ». (Ауторефератъ). <sup>25</sup>/VI 1901 къ докладчику обратился 28 лѣтъ субъектъ съ жалобами на постоянную сильную головную боль, обостряющуюся черезъ 1—2 дня, въ видѣ рѣзкихъ, тяжелыхъ приступовъ со рвотой, головокруженіе, сильнѣйшую общую слабость, невозможность заниматься своимъ дѣломъ. Происходитъ изъ невропатической

семьи; съ 11 до 13 лѣтъ бывали мигрени, иногда наступала и рвота. Ростъ крѣпкимъ ребенкомъ. Съ 20-и лѣтъ умѣренный *usus spirit.*, послѣдніе года не пьеть. Весной 1897 г. заразился сифилисомъ, тогда же получилъ 40 inj. ртути, черезъ  $\frac{1}{2}$  года—36 фрикцій; черезъ  $\frac{1}{2}$  г. еще 36 фрикцій; въ 1898 г. 40 inj. Hg; въ 1900 г. еще 40 inj. Hg. Принималъ К. J.—Въ 1896 г. былъ *urethritis*.

Зимой 1900—1901 г. много умственной работы, волненій, непріятностей, въ силу чего развились неврастеническія явленія. Съ апрѣля 1901 г. начались головныя боли, постепенно усиливавшіяся и рѣзко ожесточившіяся въ началѣ іюня; съ конца апрѣля—головокруженія, преимущественно при движеніяхъ, боязнь упасть. Съ  $\frac{15}{vi}$  обнаружилась впервые сильнѣйшая рвота во время тяжелаго приступа головной боли и съ тѣхъ поръ черезъ 1—2 дня эти приступы головной боли съ рвотой, общей слабостью не прекращались, не взирая на лечение, и сильно изнуряли больного.—*Stat. p. a. e. s.*  $\frac{25}{vi}$ : значительное похуданіе; отековъ нѣтъ, моча безъ бѣлка; внутри органы въ порядкѣ; р. около 80 въ 1'; общая слабость при отсутствіи параличей и атаксіи; *tremor digitorum*; сухожил. рефлексы нормальны, зрачки широки, особенно правый, съ вялой свѣтовой реакціей; легкая задержка мочеиспусканія; временами запоръ; постукиваніе по черепу вызываетъ вездѣ тупую боль. Общая чувствительность не разстроена. По изслѣдованію проф. Е. В. Адамюка ( $\frac{28}{vi}$ ), «зрѣніе еще нормально, но папили сильно гиперемированы, до степени неврита, есть даже небольшія кровоизліянія; возможно небольшое новообразованіе (можетъ быть, гуммозное) или воспалительныя измѣненія около хіазмы».—На кожѣ бедра рубцы отъ поперх. узловат. сифилида. Жалобы: постоянно тяжелая голова, временами страшное обострѣніе боли со рвотой, головокруженія, общая слабость.— $\frac{26}{iv}$  слегъ совершенно въ постель.

Признавая здѣсь гуммозный базилярный менингитъ, докладчикъ назначилъ ртутное и іодистое леченіе, мушки на затылокъ, возбуждающія и болеутоляющія. Первые 4 дня было очень плохо: бессонница, безпрестанная головная боль, частая рвота, головокруженіе, упадокъ силъ, временами ціанозъ конечностей и груди, удушье, пульсъ съ каждымъ днемъ замедлялся (68—62—44 въ 1').  $\frac{3}{vii}$  и  $\frac{4}{vii}$  нѣсколько лучше;  $\frac{5}{vii}$  и  $\frac{6}{vii}$  очень плохо; всѣ симптомы выражены рѣзко.—Съ  $\frac{7}{vii}$  (10 inj. Hg 3,0 cc.; k. jod. 7,0 pro die)—улучшеніе, которое быстрыми шагами проявлялось въ слѣдующіе дни;  $\frac{13}{vii}$  началъ сидѣть,  $\frac{16}{vii}$ —встаетъ на ноги,  $\frac{17}{vii}$  ходить,  $\frac{21}{vii}$  выходитъ въ садъ и т. д.

Всего сдѣлано 50 inj. sol. hydrarg. salicyl. neutr. 1<sup>o</sup>‰: въ первые 3 дня по 1,5 cc., затѣмъ по 2,0 cc, 3 дня по 3,0 cc. 6 дней, по 2,0 cc. 3 дня по 1,5 cc: 25 дней и по 2,0 cc. 10 дней—итого 92 cc sol. 1<sup>o</sup>‰ Hg., т. е. 0,92 grm. Hg. salicyl. Помимо того, 8 фрикцій *Ung. mercurial. gris. fort.* по 3,0 съ  $\frac{6}{vi}$ — $\frac{13}{vi}$ . *Kal. jodati.* отъ 2 до 10 граммъ въ день, а всего до 219 грамм.—Подъ вліяніемъ такого энергичнаго леченія не только не было какихъ либо осложненій было втеченіе одного дня 4—5 жидкихъ испражнений, уступившихъ опію, и намекъ на

gingivitis), но напротивъ общее состояніе замѣчательно быстро стало поправляться, больной видимо полнѣлъ, розовѣлъ и окрѣпъ, при хорошемъ самочувствіи. <sup>20</sup>/VIII проф. Е. В. Адамюкъ отмѣтилъ уже нормальное состояніе глазного дна—лишь слабая гиперемія папиллы.—<sup>1</sup>/XI—совершенно здоровъ, довольно много работаетъ. Анализируя случай, докладчикъ дѣлаетъ слѣдующія заключенія: 1) проявленіе lues'a въ мозговой формѣ зависѣло здѣсь, вѣроятно, отъ того, что головной мозгъ и прежде представлялъ нѣкоторую дефективность, усилившуюся благодаря неблагоприятнымъ остоятельствамъ; 2) необходимость ранняго діагносцированія сифилит. заболѣваній нервной системы и настойчивая, но осмострительная терапія. 3) Современная терапія сифилиса не можетъ почитаться рациональной, а скорѣе симптоматической, ибо не предупреждаетъ возвратовъ, иногда тяжелыхъ (примѣры); поэтому необходимо во что бы то ни стало стремиться къ терапіи рациональной (серотерапія); 4) наступленіе улучшеній подъ вліяніемъ специфической терапіи приблизительно черезъ 10 дней.

Въ преніяхъ участвовали д-ра Г. А. Клячкинъ, Б. Л. Хлѣбниковъ, А. В. Озворскій и І. А. Левинъ.

*М. Романовъ.*

