

присоединившейся другой инфекции, кори, рожи и дизентерии, но мы не считаем возможным игнорировать те случаи смерти, где таковая могла зависеть от пневмонии, тем более, что пневмонии, наблюдаемые в начале болезни, могут быть специфического порядка, т.е. быть вызваны менингококком, на что в литературе есть не мало указаний. Итак, внося поправку в общую смертность, мы определяем редуцированную смертность в 39%.

**Выводы.** Применение противоменингококковых моновалентных сывороток ВИЭМ в ряде случаев (в 36,7%) дает хороший лечебный эффект.

Учитывая в большинстве случаев довольно позднее применение моновалентных сывороток, мы воздерживаемся от окончательных выводов, так как только возможно раннее их применение и на большем материале даст возможность судить об их сравнительной эффективности с другими сыворотками.

Среди нашего материала значительное преобладание имели тяжелые случаи (69%).

---

Из психиатрической клиники Ташкентского медицинского института.

## ОПЫТ ЛИХОРАДОЧНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЭНЦЕФАЛИТИКОВ<sup>1)</sup>.

Д. В. Афанасьев.

Уже давно отмечено благоприятное терапевтическое действие лихорадочного процесса на течение менинго-миелитических, менинго-энцефалитических и энцефалитических заболеваний. Особо подчеркивается положительное влияние гипертермий на течение этих заболеваний у детей. Ряд авторов отмечает также благоприятное действие экспериментальной гипертермии на течение инфекционной хореи. Для вызывания гипертермии одни авторы применяли введение нирваноля или *lac. sulfuris* (Реваш), другие — внутривенные инъекции тифозной поливакцины (Сэттон), наконец, третьи наблюдали влияние на течение хореи острых лихорадочных инфекций (Залкинд, Лисица). Большинство авторов в результате гипертермии отмечает частое купирование хореи. Венская клиника пыталась лечить послеэнцефалитический паркинсонизм прививками малярийной инфекции с отрицательными результатами. Многие авторы (Кин, Нарди, Бианчини, Медеа, Вейгандт, Малкин и др.), пытавшиеся воздействовать на хронический энцефалитический процесс прививками малярийной инфекции, единодушно отмечают отрицательные результаты. Все же некоторые авторы в отдельных случаях отмечают тот или иной

<sup>1)</sup> Доложено на заседании Ташкентского научного общества невропатологов и психиатров 30. X. 1936 г.

эффект у энцефалитиков-паркинсоников после курса малярийной гипертермии. Craig, применяя маляриотерапию энцефалитикам с давностью заболевания свыше 3-х лет, во всех случаях получил некоторое улучшение в отношении таких симптомов, как: амимия, брадифрения, потливость, саливация и т. п. Навязчивый смех, тремор, гиперрефлексия и пр. плохо поддавались улучшению. Малкин соответственно полагает, что для маляриотерапии показаны не гипердинамические, а адинамические формы хронического энцефалита. Длительность заболевания по Craig'у не играет особого значения. В одном случае был получен положительный результат лечения у энцефалитика, у которого давность заболевания равнялась 8 годам. Имея в виду благоприятные результаты действия лихорадочных состояний на хронический энцефалитический процесс, отмеченные рядом авторов, мы и решили проверить литературные указания на материале Республиканской психиатрической больницы УзССР (Ташкент). Учитывая указания Craig'a, что восприимчивость энцефалитиков-паркинсоников к малярии незначительна, мы решили в качестве агента гипертермии применить не малярийную инфекцию, а терпентинное масло. Уже в 1901 году Azémar и Catala применяли инъекции *ol. terebinthinae* в психиатрической клинике. Хотя Regis и др. авторы высказывались отрицательно об этом методе лечения, как о малоэффективном и дающем значительную болезненность, он все же не только существует до настоящего времени как подвид так наз. шоковой терапии (Davésne, Паскаль), но в последние годы даже усиленно применялся в Ленинградской психиатрической больнице им. Балинского (Эпштейн, Брайнес, Палей), в Рязанской психобольнице (Скобникова) и др. местах<sup>1)</sup>. Применяя инъекции *ol. terebinthinae* при различных душевных заболеваниях в порядке проверки данных ленинградских авторов, мы во многих случаях отмечали благоприятные результаты, особенно после двукратных инъекций<sup>2)</sup>. Столь благоприятные результаты скипидарной терапии, наблюдавшиеся в ряде случаев, заставили нас испытать ее и на других неизлечимых больных хрониках, на энцефалитиках. Инъекции скипидара были произведены дважды 12 энцефалитикам, которые и явились объектом нашего наблюдения. Промежутки между инъекциями были в среднем 3—4 недели. Повторная инъекция производилась (в другое бедро) после того, как больной успевал достаточно оправиться от первой инъекции. Количество вводимого *ol. terebinthinae* от 2 до 4 куб. см, в зависимости от возраста, конституции и физического состояния больного. Лихорадочное состояние после инъекций продолжалось в среднем 1—2 недели, причем температура в ряде случаев в течение нескольких дней держалась на 39—40°С.

В наших случаях можно было наблюдать, что во всех четырех

<sup>1)</sup> Труды Ленинградской психиатрической больницы им. Балинского, т. I, 1934.

<sup>2)</sup> Д. В. Афанасьев и А. А. Тапильский, Терпентинная терапия психозов. Труды Республиканской психиатрической больницы УзССР, т. I, Ташкент, 1934.

случаях паркинсонизма скипидарная терапия не дала никакого эффекта или даже вызвала ухудшение клинической картины в форме обострения имевшихся симптомов энцефалита. В двух случаях хронического энцефалита с глубокими изменениями сомы и психики, наблюдалось лишь незначительное улучшение в форме некоторого временного уменьшения (редукции) или ослабления клинических симптомов заболевания. В дальнейшем в обоих случаях, через 2—3 месяца, явления вновь постепенно нарастали, и больные вернулись в исходное состояние. Наконец, в остальных шести случаях хронического энцефалита, без глубоких органических поражений центральной нервной системы, можно было отметить более или менее стойкое улучшение от скипидарной терапии. Это те случаи, которые клинически выражались главным образом в изменениях характера больных, наступивших после перенесенного энцефалита, в форме приобретенной психопатизации личности. Во всех этих случаях можно было видеть, как, спустя 2—4 недели после скипидарной терапии, больной становился заметно спокойнее в своем поведении, более уживчив с окружающими; значительно уменьшалась или даже исчезала возбудимость аффектов и психомоторное беспокойство. В результате поведение больных входило в терпимые рамки. А это является весьма ценным, так как психопатизация личности, наступающая после энцефалита, в ряде случаев делает больных совершенно нетерпимыми в семье и общежитии, да и в психиатрических больницах они постоянно доставляют немало хлопот и беспокойства. Вступая в частые конфликты с больными, этого рода энцефалитики не только доставляют постоянные неприятности окружающим, но и сами страдают от них, получая побои от больных. Применяя скипидарную терапию можно добиться значительного улучшения в поведении этого рода больных и сделать их более уживчивыми и терпимыми в общежитии. В 12 случаях хронического энцефалита, двукратно леченных скипидаром, наблюдалось: значительное улучшение в 6 случаях (50%), незначительное улучшение в 2 случаях (16,6%), без перемен в 2 случаях (16,6%), ухудшение в 2 случаях (16,6%). Летальных исходов не наблюдалось. Кроме описанных выше случаев хронического энцефалита, мы применили скипидарную терапию в одном случае хорейатического психоза (возраст больного 20 лет). Здесь тоже можно было отметить значительное улучшение со стороны психики и обратное развитие гиперкинетических явлений.

**Выводы:** 1. Скипидарная терапия дает значительный эффект в ряде случаев хронического энцефалита, особенно при двукратных инъекциях.

2. Эффективность скипидарной терапии наблюдается только в случаях с постэнцефалитическими изменениями характера без глубоких органических поражений центральной нервной системы.

3. При паркинсонизме, с наличием значительных органических поражений центральной нервной системы, скипидарная терапия или не дает эффекта, или даже вызывает ухудшение.