

пока сказать не сможет и самъ авторъ—это покажетъ будущее.

Трудно сказать, что опаснѣе для гибкой, многогранной души ребенка—фобіи-ли (которыя были у насъ всѣхъ и такъ же незамѣтно исчезали, какъ и появлялись) или несвоевременно и грубо разрѣшенный, хотя бы путемъ психоанализа, половой вопросъ. Избавляя ребенка отъ фобій, мы путемъ психоанализа, быть можетъ, навязываемъ ему чуждыя мысли и направляемъ его психику по весьма опасному пути—повторяю, мы не знаемъ истинной причины „дѣтскаго страха“ и наблюденіе *Freud'a* только попытка, попытка, возможно, неудачная. Оставляя въ сторонѣ слабыя мѣста книги, на которыя впрочемъ указываетъ и самъ авторъ, мы должны привѣтствовать этотъ первый шагъ въ области послѣдовательнаго наблюденія развитія и теченія „дѣтскаго страха“.

Горячо рекомендую книгу врачамъ, но отнюдь не широкой публикѣ, будемъ надѣяться, что опытъ *Freud'a* не останется единственнымъ.

Е. Е. Добровольскій.

Изъ Московскаго общества психіатріи и неврологіи.

Въ засѣданіи 12 февраля с. г. въ научной части его были заслушаны доклады: 1) *И. Н. Введенскій*: „Случай *Корсаковскаго психоза послѣ дизентеріи*“; вольноопредѣляющійся, 23 л., обремененъ тяжелой физической и нейро-психической наследственностью; за время до настоящаго заболѣванія, среди обычнаго психическаго состоянія, у больного все-таки отмѣчены кратковременныя приступы сильнаго возбужденія съ послѣдующей амнезійей, вспыхивавшіе отъ незначительныхъ поводовъ, 27 іюля 1812 г.—тяжелая дизентерія; въ концѣ августа констатировано разстройство аментивнаго характера; вначалѣ октября констатировано рѣзкое разстройство памяти текущихъ событій при относительной сохранности памяти прошлаго, многочисленныя конфабуляціи, нѣкоторая неясность сознанія и незначительныя галлюцинаціи; въ половинѣ октября—проясненіе сознанія, разстройство же памяти и конфабуляціи оставались съ постепеннымъ улучшеніемъ за послѣдующіе мѣсяцы; въ соматической сферѣ отмѣ-

чено: диплопія, нистагмъ, повышеніе рефлексовъ, атактичская походка и рядъ сомнительныхъ симптомовъ, которые одними отрицались, другими констатировались: намекъ на блонусъ стопы, Бабинскій, пальцевой рефлексъ, неравенство зрачковъ; параличей, атрофій, болѣзненности нервныхъ стволовъ и мышцъ не отмѣчено; со стороны крови и спинальной жидкости, при изслѣдованіи, реакція Wassermann'a оказалась отрицательной. Докладчикъ нашелъ въ литературѣ только одинъ подобный своему случаю, гдѣ также дизентерія играла роль, какъ этиологическій моментъ Корсаковского психоза. При обсужденіи своего случая, докладчикъ высказался такъ: душевное расстройство у описываемаго имъ случая хорошо укладывается въ рамки Корсаковского психоза; симптомокомплексъ же со стороны соматической сферы подходит къ атактической формѣ полиневрита или къ поліоэнцефалиту, возможна и совмѣстность ихъ.

Въ преніяхъ по докладу д-ра *Введенскаго*: *В. И. Семидалова* высказался противъ полиневрита въ случаѣ докладчика и за діагнозъ-поліоэнцефалитъ типа Wernike; докладчикъ, оппонируя, указалъ на то, что не настаиваетъ на полиневритѣ, но и не отрицаетъ его: при болѣе выраженности атактическихъ явленій, можно было бы констатировать и легкую степень пареза. *В. К. Хорошко*, какъ и д-ръ *Семидаловъ*, основываясь на томъ, что больной былъ осмотрѣнъ въ Старо-Екатериниской больницѣ невропатологомъ, также высказываются, что полиневритъ тамъ не могъ быть просмотрѣнъ: д-ръ *Хорошко* видѣлъ б-го въ промежутокъ времени между пребываніемъ въ С.-Екатер. больницѣ и въ лѣчебницѣ гдѣ онъ находится въ данное время, и также не констатировалъ у него явленій полиневрита. *М. А. Захарченко*: видѣлъ б-го мѣсяць назадъ и высказался тогда за полиневритъ, при чемъ базируетъ свое мнѣніе на анализѣ констатированныхъ у больного симптомовъ, удовлетворительно объяснявшихся діагнозомъ полиневрита; діагнозъ поліоэнцефалита уже меньше гармонируетъ съ сравнительно легкимъ теченіемъ всей болѣзни, слишкомъ мало распространены и слабо выражены глазные параличи. *В. Г. Мацкевичъ*: съ чисто анатомической точки зрѣнія, не видитъ существенной разницы между обѣими формами (Корсаковскій симптомокомплексъ съ полиневритомъ съ одной стороны и геморрагическимъ поліоэнцефалитомъ съ

другой); данный б-ой, вѣроятно, представляетъ какъ бы иллюстрацію къ экспериментамъ Lotmar съ отравленіемъ животныхъ дизентерійнымъ ядомъ, гдѣ получались разсѣянные очаги въ центральной нервной системѣ. *В. А. Гиляровский*: признавая характерность въ данномъ случаѣ разстройство памяти для Корсаковского психоза, въ тоже время отмѣтилъ наличность стойкихъ бредовыхъ идей, нетипичныхъ для послѣдняго; по отношенію къ диагнозу данного случая, высказался за разлитое заболѣваніе мозга, м. б., въ смыслѣ энцефалита.

2) Затѣмъ, *В. Э. Держинскій* дѣлалъ докладъ—демонстрированіе съ больного закупоркой arteriae cerebelli post. inf.: больной, 47 л.; въ анамнезѣ алкоголизмъ; 20 л. назадъ к. то заболѣваніе съ послѣдовательной атрофіей мышцъ лѣвой кисти; 10 дек. 1912 г. ночью, послѣ выпивки, инсультъ безъ потери сознания; развилась такая картина: диплопія, нистагмъ, суженіе глазной щели и зрачка слѣва, агеузія, параличъ мягкаго неба и глосовой связки слѣва, икота, разстройство глотанія, атаксія въ лѣвой рукѣ и меньше въ другихъ конечностяхъ, разстройство статики, лѣвосторонняя лятеропульсія, боль въ лѣвой половинѣ головы, аналгезія слизистыхъ оболочекъ носа и рта слѣва, правосторонняя геміаналгезія, кромѣ участка около носа и глаза, на лѣвой половинѣ лица; термогипестезія лица слѣва и туловища съ конечностями справа; артеріосклерозъ; Wassermann -- отрицательный. За періодъ отъ инсульта до 9 февр. 1913 г. исчезла диплопія, разстройство глотанія, анестезія и атаксія нѣсколько улучшились.

Кромѣ демонстрированія этого больного. *В. Э. Держинскій* привелъ данныя о другомъ больномъ съ подобнымъ же симптомокомплексомъ: 48 л., алкоголикъ въ прошломъ; съ 9 окт. по 16 окт. 1912 г. 3 инсульта съ послѣдовательными: глухота на лѣвое ухо центрального характера, агеузія, диплопія, суженіе глазной щели и зрачка слѣва, затрудненная рѣчь и глотаніе, параличъ мягкаго неба и голосовой связки слѣва. Геміанестезія болевая и термическая справа. Гемигипестезія тактильная справа. Атаксія, особенно, въ лѣвыхъ конечностяхъ. Разстройство статики. Лѣвосторонняя лятеропульсія. Диффузная слабость всѣхъ мышцъ слѣва. Гипалгезія слизистыхъ оболочекъ слѣва. Отсутствие сухожильныхъ рефлексовъ на нижнихъ конечностяхъ. За время отъ 25 окт. 10

22 янв. 1913 г. глухота, тактильная гипестезія, атаксія правыхъ конечностейъ исчезли; агеузія, диплопія, слабость анестезіи, расстройства статики уменьшились. Больной провелъ специфическое лѣчение въ виду положительной реакціи Wassermann'a въ крови.

Анализируя свои 2 приведенныхъ случая, *В. Э. Держинскій* высказался такъ: въ обоихъ случаяхъ имѣется выпаденіе функціи участка продолговатаго мозга, питаемаго задне-нижней мозжечковой артеріей. Главными симптомами синдрома закупорки этой артеріи являются: на сторонѣ очага параличъ мягкаго неба, голосовой связки и sympathici, пораженіе чувствующей порціи тройничнаго нерва; на противоположной сторонѣ—болевая и термическая анестезія туловища и конечностей; расстройства статики.

Въ преніяхъ по докладу *В. Э. Держинскаго: М. А. Захарченко* отмѣтилъ рядъ интересныхъ особенностей демонстрированнаго случая: распространеніе анестезіи на половину головы, противоположную очагу, преходящую диплопію; вопросъ о генезѣ расстройствъ статики остается, по-прежнему, самымъ темнымъ, т. е. пораженіе лабиринта здѣсь исключается; *М. А. Захарченко* не соглашается съ докладчикомъ относительно роли Монаковскаго пучка въ генезѣ параличей, т. к. при закупоркѣ art. cerebellaris этотъ пучекъ, повидимому, повреждается постоянно, слѣвательно, симптомы выпаденія его должны были бы быть постоянными, чего нельзя отмѣтить при анализѣ клинической картины; *М. А. Захарченко* думаетъ, что проще объяснить параличи пораженіемъ пирамидъ, для чего имѣется достаточно анатомическихъ основаній.

Докладчикъ объясняетъ гемипарезъ у одного изъ своихъ больныхъ, всетаки, пораженіемъ Монаковскаго пучка: онъ всегда поражается при закупоркѣ art. cerebellaris, а затѣмъ парезы равномѣрно захватываютъ не только конечности, но и туловище и шею; затѣмъ, анатомическое пораженіе в. н. системы въ мозгу не во всѣхъ случаяхъ влечетъ за собой одинаковыя функціональныя расстройства.

3) Слѣдующимъ былъ заслушанъ докладъ *О. Б. Фельмана* на тему: „*Къ вопросу объ обученіи отсталыхъ дѣтей*“: профилактика нейро-психической сферы должа начинаться съ начальной школы; въ организаціи нормальныхъ школъ должны принимать участіе и психіатры; послѣдніе должны

приобрѣтать знаніе дѣтской психологіи и психопрофилактики на практикѣ т. е. знакомствомъ съ психически-непормальными дѣтьми; докладчикъ предлагаетъ Обществу избрать Комиссію для организаціи такого изученія.

Въ преніяхъ по докладу *М. А. Захарченко* отмѣтили, что нѣкоторые французскіе авторы проводятъ рядъ курсовъ лѣченія препаратами всѣхъ железъ по очереди, считая дѣтскую отсталость продуктомъ разстройства железъ внутренней секреціи и спрашивалъ докладчика, видалъ ли онъ такое лѣченіе въ Германіи по отношенію къ остальымъ дѣтямъ. Докладчикъ пояснилъ, что по отношенію къ послѣдней, онъ не слышалъ о такомъ лѣченіи.

В. И. Семидаловъ спросилъ докладчика, сколько лѣтъ тамъ существуютъ вспомогательныя школы и удалось ли прослѣдить дальнѣйшую судьбу питомцевъ. На это докладчикъ пояснилъ: вспомогательныя школы въ Германіи функционируютъ около 50 лѣтъ, большая часть питомцевъ хорошо исполняютъ свои профессіи, немногіе вступили въ конфликтъ съ законами.

Въ засѣданіи 12 марта были заслушаны: 1) докладъ *М. О. Гуревича*: „Объ эпилептоидныхъ состояніяхъ у психопатовъ и ихъ ограниченіе отъ эпилепсіи“; указываетъ на необходимость ограничивать эпилептоидныя состоянія отъ эпилепсіи; главнымъ дифференціальнымъ признакомъ можетъ служить наличность опредѣленной психопатичной конституціи и доброкачественность теченія эпилептоидныхъ состояній: эти основныя признаки эпилептоида дали возможность докладчику исключить эпилепсію въ своихъ 2-хъ случаяхъ, гдѣ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ припадки бывали больше 100 въ сутки.

Въ преніяхъ: *Т. Сегаловъ* указалъ, что прогнозъ у эпилептиковъ безъ отягощенности стигматами дегенераціи, все-таки, лучше, чѣмъ у дегенерантовъ; *Т. И. Юдинъ* высказался, что въ первомъ случаѣ докладчика очень трудно дифференцировать болѣзнь отъ настоящей эпилепсіи въ виду, напр., тенденціи къ образованію эпилептического характера, въ виду имбецильности, неправильности черепа; *О. В. Фельманъ* указалъ, что нѣтъ ни одного признака, наличность котораго съ несомнѣнностью говорила бы за эпилепсію или истерію.

Докладчикъ въ отвѣтъ оппонентамъ указываетъ: въ обоихъ его случаяхъ психика была не эпилептической, больныя легко переносили припадки; дегенеративную эпилепсію слѣдуетъ выдѣлить изъ состава эпилепсіи, подобно формамъ *Bratz* и *Oppenheim's*; для эпилепсіи измѣненіе личности и опредѣленный *Endzustand* не менѣе характерны, чѣмъ для пизофреніи.

2) Слѣдующимъ было заслушано сообщеніе *Я. Д. Маукевича*: „Демонстрація препаратовъ случая сифилитическаго эндартеріита мелкихъ сосудовъ головного мозга“: анатомическому изслѣдованію былъ подвергнутъ случай делиріознаго состоянія съ эпилептиформными судоргами; мягкая мозговая оболочка, крупныя сосуды безъ измѣненій, мелкіе сосуды представляютъ картину рѣзкаго эндартеритическаго процесса: периваскулярная инфильтрація при маломъ увеличеніи, большое же увеличеніе обнаруживаетъ, что инфильтраціи нѣтъ, а на лицо рѣзкая пролиферація какъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, такъ и адвентиціальныхъ; имѣется и размноженіе сосудовъ; въ участкахъ, питаемыхъ эндартеритически измѣненными сосудами—рѣзкая картина хроматолиза нервныхъ клѣтокъ; взрѣдка попадають палочковидныя клѣтки; окраска по 5-ому методу *Alzheimer's*а даетъ рѣзкое амебоидное превращеніе гліи въ бѣломъ веществѣ, а глав. обр., подъ эпендимой боковыхъ желудочковъ; окраска по *Bielschowski*, *Weigert*, *Schorlacher-Rott* и др. ничего особеннаго не дала.

Въ преніяхъ по докладу, *М. О. Гуревичъ* указалъ на особенное значеніе для психіатріи трактуемой формы; эндартеритъ мелкихъ сосудовъ даетъ клиническую картину въ видѣ эпилептоида, сумеречныхъ состояній, острога бреда; случай послѣдняго наблюдалъ и оппонентъ, при чемъ анатомически оказался эндартеритъ мелкихъ сосудовъ.

Слѣдующимъ былъ заслушанъ докладъ *О. М. Родионова* „Къ вопросу о законодательствѣ о душевно больныхъ въ Россіи“: докладчикъ подвергъ критическому анализу нѣкоторые пункты проекта *Н. Н. Баженова* по трактуемому вопросу.

Въ засѣданіи Общества 2 апрѣля: 1) былъ заслушанъ докладъ *В Э Держинскаго*: „Къ ученію о рефлекторныхъ и церебральныхъ амиотрофіяхъ“: на основаніи литературы и 30 клиническихъ случаевъ, изъ которыхъ 6 окончились аутоп-

сией и были обследованы микроскопически, докладчик приходит къ слѣдующимъ положеніямъ: весь ходъ рефлекторныхъ (I) и церебральныхъ (II) амиотрофій представляется въ такомъ видѣ:

Ad. I. 1) наличие пораженія на периферіи (артриты, переломы и пр.);

2) патологическіе импульсы по периферическому чувствующему нейрону къ клѣткамъ переднихъ роговъ, болѣе сильныя въ области соответствующаго сегмента и постепенно уменьшающіяся въ выше и ниже лежащихъ сегментахъ;

3) патологическое функциональное состояніе заинтересованныхъ моторныхъ клѣтокъ, вызывающее: а) простую диффузную атрофію въ соответствующихъ мышцахъ; б) повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ; в) атрофіи и умираніе менѣе жизнеспособныхъ двигательныхъ клѣтокъ, дающее въ результатѣ полную гибель и дегенерацию мышечныхъ волоконъ;

Ad. II. 1) наличие церебральнаго пораженія, кровоизліяніе и т. п.);

2) патологическіе импульсы по цереброспинальнымъ путямъ къ клѣткамъ переднихъ роговъ;

3) то же, что и при рефлекторныхъ амиотрофіяхъ.

Въ преніяхъ по докладу, *М. А. Захарченко* указалъ, что клиническіе факты не вполне соответствуютъ сведенію церебральныхъ амиотрофій къ измѣненіямъ клѣтокъ переднихъ роговъ; амиотрофіи развиваются очень быстро, моторная же клѣтки гибнутъ сравнительно поздно; церебральныя амиотрофіи, повидимому, вызываются многими моментами, въ числѣ ихъ не послѣднюю роль надо отнести на разстройство циркуляціи въ парализованныхъ мышцахъ

С. П. Чернышевъ, говоря объ измѣреніяхъ докладчика, указалъ, что на основаніи своихъ измѣреній, убѣдился въ томъ, что разница въ $\frac{1}{2}$ —1 снт. объема мышцъ лежитъ въ предѣлахъ ошибки; *Е. Г. Дьяловъ* подтвердилъ, что небольшая разница при измѣреніи окружности конечности не можетъ служить доказательствомъ амиотрофіи: въ большомъ числѣ измѣреній у солдатъ, оппонентъ, убѣдился въ преобладаніи окружности лѣваго плеча на 1 снт. въ сравненіи съ правымъ; затѣмъ д-ръ *Дьяловъ* задается вопросомъ, не могутъ ли рефлекторныя амиотрофіи зависѣть отъ восходящаго неврита

Н. И. Гиршбергъ задаетъ докладчику запросъ, не дѣлалъ ли онъ такихъ же точныхъ измѣреній при полиоміэлитѣ, что могло бы сказать за или противъ объясненій докладчикомъ аміотрофій при церебральныхъ пораженіяхъ

Докладчикъ возражаетъ: на основаніи своего случая перевязки art. axillaris съ послѣдовательными парезами, но безъ атрофіи мышцъ, думаетъ, что незначительныя измѣненія кровообращенія при гемиплегіяхъ не могутъ быть причиной аміотрофіи; относительно измѣренія думаетъ, что повторныя измѣренія у одного и того же больного и гдѣ атрофія увеличивается съ $\frac{1}{2}$ до 2—3 снт. предыдущая маленькая разница имѣетъ уже большую цѣнность; измѣреній при полиоміэлитѣ не производилъ за неимѣніемъ такого матеріала.

2) Слѣдующимъ былъ заслушанъ докладъ *М. А. Невусихина*: „Къ казуистикѣ параноидныхъ заболѣваній съ демонстр. больныхъ“:

Въ преніяхъ по докладу-демонстрированію больныхъ: *И. Н. Введенскій* отмѣтилъ, что докладчикъ на предшествовавшей конференціи первый случай трактовалъ, какъ алкогольное заболѣваніе; по мнѣнію оппонента, отсутствіе систематизированнаго бреда не говоритъ противъ алкогольной паранои.

М. О. Гуревичъ также первый случай считаетъ невыяснившимся, возможно, что здѣсь и алкогольное заболѣваніе.

О. Б. Фельцманъ: второй случай считаетъ типичнымъ для dem. praesox; первый случай, хотя съ увѣренностью и нельзя отмѣрить алкоголизма, но многое заставляетъ думать объ алкогольной „ретуши“, случай же можно отнести и къ dem. praesox

Н. И. Гиршбергъ находитъ достаточно основаній думать объ алкогольномъ галлюцинозѣ.

Послѣ этого доклада-демонстрированія, *В. Э. Держинскій* демонстрировалъ діапозитивы (рентгенограммы) патологическихъ череповъ: гидроцефаліи, микроцефаліи, рахита, 2 случая оксифаліи, 2 случая тригоноцефаліи, скафоклиноцефаліи, окси—клиноцефаліи, пятацефаліи, 2 случая акроцефало-синдактиліи.

А. А. Суховъ.

10 октября 1913 г. состоялось 7-ое очередное засѣданіе Общества были заслушаны доклады: 1) *Я. Д. Мацкевичъ*: