Предсѣдатель благодаритъ отъ имени Общества докладчика за его интересное сообщеніе.

Административная часть засѣданія. 1. Постановлено: въ очередномъ засѣданіи въ январѣ мѣсяцѣ 1909 г. произвести выборы должностныхъ лицъ по Обществу на 1909 годъ.

2. Постановлено: ради обезпеченія правильности поступленія членскихъ взносовъ, разсылать по членамъ нѣсколько разъ въ году съ служителемъ особую книгу—тетрадь, гдѣ обозначается казначеемъ противъ фамиліи каждаго члена долгъ его за предыдущіе годы, долгъ за текущій годъ и отмѣтки члена и казначея объ уплатѣ такой-то суммы въ данномъ году. Ради напоминанія о высылкѣ взносовъ иногороднимъ членамъ, постановлено въ разсылаемой книжкѣ «Неврологическаго Вѣстника» дѣлать послѣ заглавнаго листа вклейку особаго листика съ соотвѣтствующимъ текстомъ.

3. Постановлено: выдать къ празднику Рождества Христова 1 руб. служителю нервной клиники Н. Соловьеву за его услуги при устройствѣ засѣданій Общества.

4. Доложено, что публичное засѣданіе Общества невропатологовъ и психіатровъ для выслушанія доклада дѣйств. члена В. Н. Осиповой («Нѣкоторые вопросы семейнаго воспитанія») не могло состояться вслѣдствіе отказа Ректора Университета, ссылавшагося на особыя распоряженія администраціи, дать своей властью аудиторію въ Университетѣ для публичнаго засѣданія Общества, какъ о томъ просило его бюро Общества невропатологовъ и психіатровъ.

Постановлено: заслушать докладъ В. Н. Осиповой въ слѣдующемъ очередномъ засѣданіи, разославъ повѣстки на него членамъ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ и членамъ Семейно-педагогическаго кружка въ Казани.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Первушинъ.

Протоколъ 1-го засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 28 января 1909 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ, при секретарѣ А. С. Шоломовичѣ. Присутствовали гг. дѣйствительные члены: профф. В. П. Осиповъ, И. А. Чуевскій, В. Ф. Орловскій, д-ра В. П. Первушинъ, В. В. Николаевъ, А. Г. Шуллеръ, І. А. Веселитскій, В. И. Левчаткинъ, А. В. Ѳаворскій, В. Н.

Осипова, Н. А. Донсковъ; гости; д-ра Н. Е. Осокинъ, М. М. Хомяковъ, И. И. Троицкій, Б. П. Енохинъ, Шибковъ, С. А. Болбергъ, Никольская, Тупицынъ, Трубина и свыше 50 студентовъ медиковъ старшихъ курсовъ.

І. Дѣйствит. членъ А. Г. Шулеръ демонстрировала больную съ табическими артропатіями; демонстрированы рентгенограммы и фотографіи.

Пренія.

Проф. Л. О. Даркшевичъ ставитъ вопросъ о примѣненіи въ данномъ случаѣ корсета.

М. А. Чалусовъ. Шейки бедра и головки уже нѣтъ, и поэтому одному можно говорить лишь объ анкилозѣ; въ корсетѣ же можно опасаться пролежней; нѣкоторымъ приближеніемъ къ рѣшенію задачи, можетъ быть, была бы передача центра тяжести ближе къ плечевому суставу.

Б. П. Енохинъ также сомнѣвается въ результатахъ отъ примѣненія аппарата, и высказываетъ предположеніе о примѣненіи съ одной стороны arthrodesis

А. Г. Шулеръ Какъ видно изъ рентгенограммы, въ бедренной кости, повидимому, имѣется разрѣженіе костнаго вещества и врядъ-ли, за отсутствіемъ точки опоры, окажется пригоднымъ arthrodesis.

М. А. Чалусовъ. По рентгенограммѣ можно, обыкновенно, прослѣдить три стадіи процесса: 1) склеротическую гиперплазію, 2) нѣсколько лѣтъ спустя—рарификацію и 3) разсасываніе; здѣсь, повидимому, послѣдній процессъ и предѣлы его неизвѣстны. Что касается діагностики, то не всѣ авторы признаютъ непремѣнную связь артропатіи съ заболѣваніемъ спинного мозга; не сближается ли этотъ случай съ arthritis deformans.

Проф. В. П. Осиповъ. Мнѣ представляется, что если что и можно для этой больной сдѣлать,—то только не хирургическимъ путемъ; надо принять во вниманіе, что процессъ не законченъ и весьма вѣроятно образованіе плохой костной мозоли; кромѣ того, для больной невыгоденъ и анкилозъ, п. ч. ей тогда придется съ помощью плеча поднимать все тѣло; раціональнѣй можетъ быть протезъ. Вообще надо замѣтить, что случай этотъ очень рѣдкій, и представляетъ большой интересъ.

Н. Е. Осокинъ. Мнѣ привелось видѣть въ Саратовѣ слѣдующій случай. Пожилая вдова, мужъ которой умеръ отъ прогрессивнаго паралича, перенесла до 9 переломовъ конечностей и ключицъ. При изслѣдованіи нервной системы оказалось пониженіе кожной чувствительности на груди; рефлексы вызывались

съ трудомъ; было retentio urinae, и подкашиваніе ногъ—до переломовъ. Я предположилъ tabes.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Случай, описанный А. Г. Шулеръ, является первымъ за время моего завѣдыванія Казанской клиникой. Здѣсь наблюдается одновременно и гипереплязія, и разрушеніе сочленений; помочь здѣсь врядъ ли можно, тѣмъ болѣе, что рентгенограмма указываетъ ненормальность и въ другой кости; при анкилозѣ же возможны, конечно, переломы.

II. Посѣтитель докторъ С. А. Болбергъ демонстрировалъ больного съ Кожевниковской эпилепсіей.

(Ауторефератъ) Больной П. 30 л., крестьянинъ, занимается хлѣбопашествомъ, женатъ, имѣетъ 2 дѣтей; поступилъ въ клинику съ жалобами на трясеніе въ лѣвой рукѣ и появляющіеся по временамъ припадки. 5 лѣтъ пробылъ на военной службѣ. Спиртные напитки употреблялъ съ 12 лѣтъ, иногда и злоупотреблялъ ими; съ 12 до 15 лѣтъ по зимамъ во время ѣзды страдалъ головокруженіемъ, иногда съ тошнотой и даже рвотой. Лѣтъ 14 или 15 лѣтомъ хворалъ лихорадочнымъ заболѣваніемъ мѣсяца 2. До военной службы получилъ ударъ по головѣ уздечкой лошади, послѣ чего была головная боль, но продолжалась недолго. Кромѣ этого никакихъ травмъ не было. Головными болями не страдалъ. Въ послѣдній годъ пребыванія на военной службѣ лѣтомъ 1904 г. хворалъ брюшнымъ тифомъ. Родители здоровы. Среди родственниковъ нѣтъ нервныхъ заболѣваній. Въ маѣ мѣсяцѣ 1908 года простудился: съ братомъ возилъ навозъ и потный напился холоднаго пива; послѣ чего поѣхалъ на мельницу, погода была вѣтряная и больного продуло. Къ вечеру того же дня появился сильный жаръ и боли во всемъ тѣлѣ, головная боль. На другой день былъ помѣщенъ въ земскую больницу, гдѣ въ первый день t была $40{,}5^0$.

Повышенная температура держалась съ недѣлю, въ больницѣ пробылъ недѣли 2; головныя боли продолжались и по выпискѣ изъ больницы около 2 недѣль, постепенно ослабѣвая. Въ концѣ іюля началось трясеніе въ лѣвой рукѣ постепенно и незамѣтно, такъ что вначалѣ на него не обращалъ вниманія, но недѣли черезъ 2 трясеніе настолько усилилось, что лѣвую руку стало поднимать кверху и приводить къ грудной клѣткѣ, голову стало поворачивать въ лѣвую сторону; при этомъ не могъ говорить. Такой припадокъ продолжался минуты 2—3, повторяясь 2—3 раза въ день, ночью рѣже; затѣмъ такія подергиванія лѣвой руки стали учащаться, доходя до 10—15 разъ въ день. Въ сентябрѣ 1908 г. лечился въ земской больницѣ отъ упомянутыхъ судорожныхъ явленій, пролежавъ тамъ 17 дней; подергиванія стали слабѣе и рѣже, доходя до 2—3 разъ въ сутки. По выпи-

скѣ изъ больницы дома они снова усилились и дней черезъ 10, приблизительно 10—12 октября, наступилъ эпилептическій припадокъ при слѣдующихъ обстоятельствахъ. Послѣ обѣда больной сѣлъ на лавку качать мальчика въ люлькѣ и вскорѣ его лѣвую руку стало дергать, отбрасывать въ сторону и кнаружи отъ туловища, рука вытянулась и въ ней появились судороги. Почувствовавъ въ головѣ шумъ и головокруженіе, больной упалъ на лавку и потерялъ сознаніе. Окружающіе сообщили ему, что у него была пѣна у рта, были судороги во всемъ тѣлѣ, языкомъ что-то лепеталъ; послѣ припадка чувствовалъ себя тяжело, ходилъ какъ будто шальной. Съ тѣхъ поръ непроизвольныя движенія сгибанія лѣвой руки въ локтѣ и приведенія ея къ туловищу прекратились, а судорожныя движенія приняли характеръ отведенія и разгибанія въ локтевомъ суставѣ, происходили часто и продолжались съ часъ времени съ промежутками до 2 часовъ. Сонъ сталъ плохой вслѣдствіе подергиваній. Ночью снова произошелъ припадокъ, начался съ подергиваній лѣвой руки и протекалъ такъ же, какъ и первый. Вскорѣ послѣ этого появились непроизвольныя движенія въ пальцахъ лѣвой руки, которыя наблюдаются и теперь въ видѣ хореическихъ движеній. Эпилептическіе повторялись до поступленія въ клинику приблизительно разъ въ недѣлю и начинались съ судорогъ пальцевъ лѣвой руки, постепенно захватывая вышележащіе отдѣлы руки, и дѣлались общими.

Stat. praes. Больной высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія. Главное болѣзненное явленіе—почти постоянныя непроизвольныя движенія пальцевъ лѣвой руки: послѣ весьма короткаго покоя въ нѣсколько минутъ, указательный палецъ лѣвой руки отводится, затѣмъ тотчасъ отводится мизинецъ и одинъ за другимъ остальные пальцы; къ отведенію присоединяется сгибаніе и разгибаніе пальцевъ, такъ что получается впечатлѣніе перебиранія пальцами клавишъ рояля и такія сокращенія носятъ характеръ какъ бы хореическихъ, мѣшая больному производить мелкія работы.

Къ хореиформнымъ движеніямъ пальцевъ присоединяются судорожныя сокращенія мышцъ вышележащихъ отдѣловъ руки (предплечья, плеча и плечевого пояса) (продолжаясь отъ $^1/_2$ часа до 1 часу съ промежутками отъ $^1/_2$—6 часовъ); лѣвая рука толчками отводится отъ туловища и находится въ полусогнутомъ состояніи, лѣвое плечо приподнимается и лопатка отходитъ отъ позвоночника; больной при появленіи такихъ судорогъ старается принимать мѣры, чтобы нѣсколько уменьшить такія, мучительныя для него, подергиванія. Такъ онъ почти постоянно правой рукой сжимаетъ лѣвую ладонь, задерживая этимъ непроизвольныя

движенія пальцевъ, усиленіе которыхъ обусловливаетъ судороги вышележащихъ мышцъ; при появленіи послѣднихъ лѣвую ладонь сжимаетъ подъ правой подмышкой; во время обѣда онъ кладетъ подъ сидѣніе лѣвую руку, если въ ней появятся подергиванія.

Прикосновеніе посторонняго лица къ лѣвой рукѣ больного усиливаетъ сокращенія или вызываетъ ихъ, если рука находилась въ покоѣ. Сонъ прерывистый вслѣдствіе частыхъ подергиваній руки. Первый эпилептическій припадокъ въ клиникѣ былъ 7 января 1909 года, начался въ 6-омъ часу утра; передъ этимъ всю ночь были сильныя подергиванія руки, которыя не давали заснуть больному; все время онъ ходилъ, сжавши лѣвую руку подъ правой подмышкой и передъ началомъ припадка сталъ пошатываться, языкомъ едва могъ владѣть, почувствовалъ головокруженіе и шумъ въ ушахъ и потерялъ сознаніе. Наблюдались общія судороги, начавшись съ лѣвой руки, ротъ скосило въ лѣвую сторону, послѣ судорогъ было храпящее дыханіе.

При объективномъ изслѣдованіи были констатированы слѣдующія уклоненія со стороны нервной системы:

Парезъ n. facialis sin. нижнихъ вѣтвей, слабо выраженый парезъ n. hypogloss. sinistr. Нѣсколько ограничены подниманіе лѣваго плеча, пронація лѣвой руки, сгибаніе и разгибаніе въ лѣвомъ лучезапястномъ суставѣ и приведеніе пальцевъ лѣвой руки; остальныя движенія лѣвой руки совершаются по объему въ предѣлахъ нормы, но ослаблены. По динамометру сила лѣвой руки 22 klgr, правой 44 klgr. Легкій tremor digitorum, сухожильный рефлексъ съ triceps brach. sin. выраженъ живѣе праваго. Колѣнные оба живые, при чемъ лѣвый чуть сильнѣе праваго Люмбальная пункція, произведенная А. В. Ѳаворскимъ, обнаружила слѣдующ.: удѣльный вѣсъ 1008, давлен. нормально, реакція слегка щелочная. Лимфоцитозъ 47 въ 1 кб. мил. Реакція Nonne и Apelt на бѣлокъ въ 1 фазѣ опалесценціи нѣтъ, въ 2 фазѣ опалесценція. Количество бѣлка по Nissl-Esbac'hy 0,75. Бактеріологическое изслѣдованіе дало отрицательный результатъ.

Вся картина имѣющагося здѣсь заболѣванія соотвѣтствуетъ той клинической формѣ, которую описалъ проф. Кожевниковъ подъ названіемъ epilepsia partialts s. corticalis continua. У больного тоже наблюдались вполнѣ типичные эпилептическіе припадки, а именно той формы эпилепсіи, которая носитъ названіе Jackson'овской (парціальной эпилепсіи), такъ какъ судороги каждый разъ начинались съ однихъ и тѣхъ же мышцъ, затѣмъ переходили на другія части тѣла соотвѣтственно анатомическому положенію кортикальныхъ центровъ. Кромѣ того въ пальцахъ лѣвой руки у больного существовали постоянныя хореиформныя судороги, чѣмъ этотъ случай и отличается нѣсколько отъ фор-

мы, описанной проф. Кожевниковымъ, который у своихъ больныхъ въ свободные промежутки отъ припадковъ наблюдалъ въ строго опредѣленныхъ частяхъ тѣла лишь эпилептоидныя судороги.

Въ основѣ этого заболѣванія лежитъ по всей вѣроятности воспалительный процессъ (энцефалитъ), развившійся повидимому подъ вліяніемъ перенесенной больнымъ инфекціи въ маѣ 1908 года.

Пренія.

Проф. В. П. Осиповъ. Не бываетъ ли у больного головныхъ болей, мѣстной, и, особенно, въ теменной области?

Докл. Нѣтъ.

Проф. В. П. Осиповъ. Операція, которую предлагаетъ сдѣлать докладчикъ, производится двояко: по опредѣленіи энцефалометромъ центра конечности и по вскрытіи черепа производятъ или частичную эксцизію центра, или полное удаленіе всего центра данной конечности. На мой взглядъ для больного выгоднѣй второй изъ указанныхъ способовъ—вычерпываніе обширной области центра.

Б. П. Енохинъ. Проф. В. И. Разумовскій въ двухъ случаяхъ вычерпывалъ весь центръ; въ результатѣ получились парезы, но припадковъ падучей не было.

М. А. Чалусовъ. У одного изъ 2 больныхъ проф. Разумовскаго (Мартынова) черезъ 2 года повторили операцію.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Вопросъ о предполагаемой операціи было бы интересно освѣтить подробнѣе; что касается клинической картины, то здѣсь надо отмѣтить нѣкоторыя особенности, сравнительно съ строго типичными случаями Кожевниковской эпилепсіи. Первая особенность—обычные случаи—давніе, этотъ свѣжій; вторая особенность—этіологическій моментъ: инфекція, вслѣдъ за которой и развиваются припадки; съ прежнимъ ушибомъ врядъ ли можно связать это заболѣваніе. Третья особенность: въ давнихъ случаяхъ наблюдаются вынужденныя положенія, судороги носятъ эпилептиформный характеръ; здѣсь судороги скорѣе хореатическія. Относительно леченія и операціи я совершенно согласенъ съ проф. В. П. Осиповымъ: вычерпывать надо какъ можно больше. Одинъ изъ наиболѣе компетентныхъ въ данной области хирурговъ проф. Краузе тоже рекомендуетъ широкую операцію. И, дѣйствительно, для больного выгоднѣе парезъ руки, чѣмъ судороги; тѣмъ болѣе, что даже при полномъ удаленіи центра руки можно не опасаться полнаго паралича. Что касается самой техники операціи, надо сказать, что выгоднѣе двухмоментный способъ; очень много времени отнимаетъ опредѣленіе центра; поэтому въ первый разъ дѣлаетъ лос-

кутъ и закрываютъ на 2 недѣли; черезъ 2 недѣли операцію заканчиваютъ.

Д-ръ Н. Е. Осокинъ. Мнѣ пришлось изслѣдовать одинъ случай, оперированный проф. В. И. Разумовскимъ. Макроскопическихъ измѣненій не было найдено: микроскопически оказалось: въ клѣткахъ коры, окрашенныхъ по Nissl'ю, хроматолизъ, смѣщеніе ядра, фагоцитозъ; въ послѣднее время д-ръ Хорошко предполагаетъ въ основѣ Кожевниковской эпилепсіи заболѣваніе подкорковыхъ ганглій; съ этимъ трудно согласиться, такъ какъ въ описанномъ имъ случаѣ имѣлись и дегенеративныя атрофіи, чего не отмѣчалъ авторъ этой формы.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Проф. Кожевниковъ указывалъ на грубо-анатомическія измѣненія коры, которыхъ мы, однако, въ нашихъ 2 случаяхъ не имѣли; по методу Nissl'я найдены мелкія измѣненія клѣточныхъ элементовъ.

III. Дѣйств. членъ В. П. Первушинъ демонстрировалъ больную, леченную вспрыскиваніями раствора хлористаго натра по поводу воспаленія сѣдалищнаго нерва.

(Ауторефератъ) І. Е. Г—на, 38 л., монашенка, вдова, бездѣтная; нѣтъ указаній на венерич., гинекологическія, ревматическія заболѣванія, а также травматическія поврежденія ноги въ прошломъ. Въ началѣ іюля 1908 г. появились боли въ наруж. задней части лѣв. голени сначала несильныя, потомъ все усиливающіяся и распространившіяся на нижнюю часть голени, тылъ стопы, область по обѣ стороны t. Achillis, потомъ подколѣнную ямку, а черезъ недѣли 4—5 на сѣдалище и выше—сбоку крестца и на поясницу той же стороны, а также на заднюю поверхность л. бедра. Боли въ началѣ были не велики, появлялись лишь послѣ стоянія, ходьбы, а затѣмъ дошли до того, что съ августа стояніе и ходьба сдѣлались весьма затруднительны; въ концѣ сентября ходьба стала почти невозможна; нерѣдко бывали боли въ ногѣ при лежаніи и мѣшали спать.

Status praesens. Анэмична и худощава, со стороны внутр. органовъ и половой сферы замѣтныхъ уклоненій нѣтъ. Tremor degitorum. Активныя движенія лѣвой ноги, кромѣ пальцевъ, всѣ ограничены и затруднены вслѣдствіе возникающихъ при этомъ болевыхъ ощущеній по ходу сѣдалищнаго нерва. Сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей нормальны, колѣнные и ахилловы оживлены (справа колѣнный чуть выше); подошвенный правый слабъ, лѣвый почти не вызывается. Общая чувствительность (болевая главнымъ образомъ, тактильная) понижена немного слѣва на ягодицѣ и верхнихъ двухъ третяхъ задней поверхности бедра, на голени (задне-наружной поверх.), и осо-

бенно на стопѣ (глав. образомъ наружныя 3/4 стопы съ подошвы и тыла, гдѣ понижено и чувство вибраціонное, и t^0-ное). Незначительное похуданіе мышцъ лѣваго бедра, бо́льшее—лѣвой голени, при нормальной электровозбудимости. Болѣзненность сильная по всему ходу n. ischiadici sin., n. peronei, по сторонамъ tendo Achillis, поясницы (справа поясница болѣзненна немного).

Признакъ Lasegue'a рѣзкій. Спитъ и лежитъ лишь на правомъ боку, сидѣнье затруднительно, стоять не можетъ; съ трудомъ и сильно прихрамывая дѣлаетъ 3—5 шаговъ. Моча безъ измѣненій.

Б. находилась въ клиникѣ съ 17/X 1908 по 8/I 1909 г.; лишь два дня немного повышалась t^0 (до 38^0)—29 и 30 декабря вслѣдствіе случайнаго заболѣванія. За все время принимала ванны лишь съ цѣлью гигіенической разъ въ 7—10 дней; приняла нѣсколько порошковъ phenacetin'a ради головной боли и нѣсколько порошковъ aspirini ради боли въ ногѣ.

Главное и единственное леченіе заключалось въ примѣненіи инъекцій простерилизованнаго охлажденнаго до $0{,}5^0$R раствора NaCl 0,6% (вмѣсто раствора 0,91% случайно готовился аптекой растворъ 0,6%), по ходу лѣваго сѣдалищнаго нерва; шприцемъ стекляннымъ, емкостью въ 20 сс., вводилось 20—15 сс. sol. NaCl въ непосредственное соприкосновеніе съ нервомъ, начиная сверху ноги; инъекціи дѣлались черезъ 3—5 дней, иногда по двѣ въ день (въ разныя мѣста ноги), всѣхъ ихъ сдѣлано 23. Переносились хорошо, безъ всякихъ слѣдовъ мѣстной реакціи; тотчасъ по введеніи жидкости—иногда довольно порядочная боль на мѣстѣ инъекціи, иногда иррадіировавшая по ходу нерва далеко; черезъ 1—5—15 минутъ боль проходила. Тотчасъ по введеніи жидкости почти всегда можно было отмѣтить изчезновеніе бывшей до того сильной болѣзненности нерва на мѣстѣ инъекціи и ниже—далѣе къ периферіи; почти всегда и боли утихали и проходили на нѣсколько часовъ и даже дней (1—6 и больше). Послѣ инъекціи явленій пареза или усиленія анэстезіи не замѣчалось.

Слѣдствіемъ такого леченія было то, что боли на ягодицѣ, поясницѣ и бедрѣ довольно быстро уменьшились и почти прошли черезъ 5—8 дней; тамъ же болѣзненность оставалась лишь незначительной. Дольше и упорнѣе боль и болѣзненность держалась въ fossa poplitea, нѣсколько выше ея и главнымъ образомъ по ходу n. peronei, но въ декабрѣ боли и тутъ стали незначительны и подъ конецъ вовсе изчезли. Ходьба стала лучше уже съ 25/X, но временами бывала затруднительна. Втеченіе 2-хъ недѣль (въ половинѣ ноября) боли по ходу

n. peronei обострились, но затѣмъ постепенно уменьшились и прошли. Признакъ Lasegue'a изчезъ, болѣзненность нерва изчезла, похуданіе мышцъ голени почти прошло; больная получила возможность стоять и ходить безъ боли $^1/_2$—1 час. Чувствительность также улучшилась. Послѣ клиники больная пробыла дома около 3-хъ недѣль.

Теперь (28/I 909) сѣдалищный нервъ совершенно неболѣзненъ, признака Lasegue'a нѣтъ, чувствительность понижена лишь на стопѣ; ходитъ и стоитъ свободно; атрофіи мышцъ голени почти незамѣтно. Недавно появились незначительныя боли и болѣзненность поясницы съ обѣихъ сторонъ. Такимъ образомъ въ данномъ тяжеломъ случаѣ neuritis n. ischiadici впрыскиванія NaCl принесли несомнѣнный, хотя и не скоро достигнутый эффектъ; вопросъ лишь въ томъ, насколько онъ будетъ продолжителенъ; теперь же признаковъ активнаго процесса въ нервѣ нѣтъ.

Примѣчаніе. Послѣ 3-хъ инъекцій sol. natr. chlorat. 0,91% въ область поясничныхъ мышцъ (29/I, 3/II, 4/II) боли въ поясницѣ почти изчезли.—Уѣхавъ домой, видимо, остудила свою ногу, съ половины февраля боли по ходу n. ischiad. возобновились, главнымъ образомъ по ходу n. peronei, стояніе стало затруднительно, но ходила сносно. 6/III (амбулаторно): боли по ходу нерва и болѣзненность его. Послѣ вновь примѣненнаго амбулаторно леченія (13 впр. NaCl съ 6/III—2/IV 909) боли въ ногѣ изчезли, осталась незначительная боль въ поясницѣ при ходьбѣ; болѣзненности нерва почти нѣтъ, больная свободно дѣлаетъ по нѣскольку верстъ въ день.

II. Приведена вкратцѣ исторія болѣзни офицера Д., 33 л., пробывшаго 8 дней въ клиникѣ (съ 17—25 января 1909 г.). 25/VI 905 переломъ костей голени лѣвой послѣ раненія пулей; послѣ того продолжительное хирургическое леченіе ноги, а также леченіе на грязяхъ и лиманѣ, съ тѣхъ поръ временами лѣвая ноги болѣла, но слабо. Съ 7/XII 908 появились внезапно очень сильныя боли поясницы, длившіяся 2 часа, и главнымъ образомъ лѣвой ноги сзади; больной слегъ въ постель, не спалъ нѣсколько недѣль; ванны, горчичники, мушки, инъекціи стрихнина и морфія—почти безрезультатны. Черезъ $2^1/_2$ недѣли улучшеніе, а потомъ вновь сильное ухудшеніе. 17/I 909. Болѣзненность небольшая n. ischiad., боли по ходу нерва; рѣзко выраженные признаки Lasegue'a, Bonnet, Бехтерева; ограниченіе активныхъ движеній ноги, чувствительность нормальна; рефлексы норм., ходить почти не можетъ, плохо спитъ отъ болей. Послѣ инъекціи sol. NaCl 0,91%—20 cc. между tuber isch. и trochanter major 18/II боли сразу уменьшились, черезъ 3 дня

больной могъ ходить свободно; послѣ 2-й инъекціи—21/I они окончательно прошли и больной выписался изъ клиники.

Примѣчаніе. Черезъ 3—4 недѣли послѣ поѣздки въ г. С. боли возобновились въ ногѣ, но слабѣе прежняго; послѣ нѣсколькихъ инъекцій NaCl они вновь, судя по письму больного, прошли).

III. Амбулаторное примѣненіе инъекцій s. NaCl у служителя Университета, страдавшаго обострѣніями ischias'a, окончилось послѣ 3-хъ разъ „выздоровленіемъ".

Цѣль доклада—представить на судъ товарищей первые опыты съ примѣненіемъ при воспаленіи сѣдалищнаго нерва впрыскиваній физіологическаго раствора NaCl; первые шаги довольно удачны, насколько продолжительно вліяніе инъекцій, покажетъ будущее—полліативное же значеніе метода велико.

Пренія.

Проф. В. Ф. Орловскій. По поводу интереснаго Вашего сообщенія я позволю себѣ высказать нѣсколько соображеній. Когда сталкиваешься съ предложеніемъ новаго терапевтическаго метода, приходится всегда задаваться двумя вопросами, именно, 1) представляется ли новый методъ дѣйствительнымъ, и 2) каково его положеніе среди другихъ уже существующихъ. Если для рѣшенія перваго вопроса можно еще считать достаточными наблюденія за результатами примѣненія метода на большомъ матеріалѣ, то изученіе относительной терапевтической цѣнности метода требуетъ не только особенно тщательнаго подбора клиническихъ случаевъ, но и сравненія лечебнаго эффекта въ подходящихъ случаяхъ отъ примѣненія новаго и прошлыхъ методовъ. Намъ хорошо вѣдь извѣстенъ цѣлый рядъ лекарственныхъ данныхъ, нарожденіе которыхъ сопровождалось отличными рекомендаціями, которыя однако не выдержали только что указанной серьезной научной критики и заслуженно скоро были забыты. Перенося эти соображенія на примѣнявшійся Вами методъ, я готовъ признать, что въ Вашемъ случаѣ онъ оказался вполнѣ дѣйствительнымъ, но въ Вашемъ сообщеніи я не вижу объектныхъ данныхъ для сужденія о сравнительной цѣнности метода въ терапевтическомъ отношеніи. Интересуясь этимъ вопросомъ, я просилъ бы Васъ сообщить, имѣются ли и насколько извѣстны въ этомъ направленіи указанія въ литературѣ.

Второе обстоятельство, на которое я позволю себѣ обратить Ваше вниманіе, сводится къ тому, что примѣнявшійся Вами растворъ (0,6%) поваренной соли отнюдь не является растворомъ физіологическимъ для человѣческаго организма; какъ установ-

лено цѣлымъ рядомъ изслѣдователей, таковымъ растворомъ для человѣческой кровяной сыворотки является 0,91% поваренной соли; растворъ же 0,6% NaCl представляется физіологическимъ лишь для лягушекъ. Такимъ образомъ, несомнѣнно, Вашъ растворъ, какъ неизотоничный, былъ не индифферентенъ для тканей, съ которыми онъ приходилъ въ соприкосновеніе

Докладчикъ. Въ докладѣ я уже оговорился, что пользовался 0,6% растворомъ NaCl (физіологич. растворомъ въ прежнемъ смыслѣ); при стерилизаціи его крѣпость повышалась, такъ что онъ приблизительно могъ доходить до 0,91°. Сравнительныхъ, т. е. параллельныхъ испытаній доложеннаго только-что метода леченія съ другими, прежде употреблявшимися, я не дѣлалъ—съ одной стороны по отсутствію достаточнаго матеріала, а съ другой и за неимѣніемъ въ томъ никакой надобности: у каждаго врача, имѣющаго часто дѣло съ невралгіями, мононевритами и т. д., слагается извѣстный клиническій опытъ, на основаніи котораго рѣшается вопросъ о степени тяжести даннаго случая; свой случай я причисляю къ тяжелымъ, терапію которыхъ неоднократно проводилъ прежде по другимъ способамъ, почему въ сравненіи здѣсь не представлялось нужды Въ сообщенномъ случаѣ намѣренно не было проведено никакой иной терапіи, кромѣ инъекцій раствора NaCl—именно съ цѣлью, чтобы опытъ былъ безупреченъ; опытъ удался вполнѣ, такъ какъ столь тяжелый случай neuritis n. ischiadici кончился удачно Что касается литературныхъ данныхъ, то ими нельзя быть вполнѣ удовлетвореннымъ: тамъ нѣтъ подбора матеріала—берутся случаи и тяжелые, длительные, и недавніе (нѣсколько дней); приводимыя наблюденія крайне нестройны. Но въ общемъ авторы очень довольны примѣненіемъ инъекцій Nacl, на что и было указано въ моемъ сообщеніи.

В. И. Левчаткинъ интересуется вопросомъ почему инъекціи велись въ нисходящемъ по ходу n. ischiadici направленіи, въ то время какъ боли начались въ периферической части нерва.

Докладчикъ. Отчасти это дѣлалось по тому, что хотѣлось выяснить, насколько инъекціи, дѣлаемыя у центральнаго отрѣзка нерва, могутъ отражаться на состояніи периф. отрѣзка (боли, болѣзненность), къ тому же и авторы обычно примѣняютъ инъекціи въ самомъ верхнемъ отрѣзкѣ нерва—между tuber ischii и trochanter major и рѣже вдоль по нерву. Притомъ хотѣлось поскорѣе сдѣлать болѣе свободной подвижность ноги въ тазобедр. суставѣ, гдѣ она была очень ограничена (въ силу болей).

Проф. В. П. Осиповъ. Литература по вопросу о терапіи невритовъ инъекціями даетъ лишь суммарное впечатлѣніе и потому чрезвычайно интересны и цѣнны живыя наблюденія, доказывающія полезность и цѣлесообразность того или иного метода.

Методъ инъекцій вообще пользуется въ послѣднее время популярностью. Такъ Ostwald'омъ, какъ извѣстно, предложены инъекціи алкоголя при невралгіяхъ n. trigemini. Но мнѣ думается, что такія инъекціи болѣе пригодны и цѣлесообразны при невритахъ тамъ, гдѣ временное пониженіе чувствительности, вызываемое алкоголемъ, не мѣшаетъ функціи организма. Въ послѣднее время я получилъ хорошій результатъ въ одномъ случаѣ межреберной нейральгіи послѣ инъекцій алкоголя къ мѣсту выхода 4-хъ межреберныхъ нервовъ.

Д-ръ В. В. Николаевъ. Интересно выяснить, какова этіологія неврита въ описанномъ Вами случаѣ, а также долго ли держались послѣ инъекціи боли?

Докладчикъ. Отъ нѣсколькихъ минутъ до $^1/_4$ часа.

Д-ръ В. В. Николаевъ. Анэстезію, о которой Вы говорите, давалъ, видимо, холодъ; раздраженіе могло быть и отъ холода, и отъ химическихъ перемѣнъ. Дѣйствіе инъекціи до разсасыванія жидкости можно сравнить съ дѣйствіемъ продолжительнаго массажа. Усиленное разсасываніе жидкости и увлекаетъ за собой болѣзненные продукты; такъ хлороформъ быстрѣе удаляется при одновременномъ введеніи Nacl; концентрацію раствора очень легко поддерживать на одномъ уровнѣ и во время стерилизаціи.

Докладчикъ. Этіологическимъ моментомъ, какъ сообщено въ докладѣ, по всей вѣроятности является здѣсь т. наз. «простуда» т. е. какая либо инфекція. Пріятно отмѣтить, что фармакологъ объясняетъ себѣ вліяніе инъекцій Nacl приблизительно также, какъ авторы, т. е. (какъ указано въ докладѣ) химическимъ воздѣйствіемъ на ткань нерва, что можетъ содѣйствовать усиленію обмѣна въ больномъ нервѣ; низкая t^0 вводимой жидкости усиливаетъ подобный эффектъ. Я вполнѣ согласенъ, что для идеальной постановки опытовъ слѣдуетъ точно знать крѣпость раствора; въ моихъ опытахъ растворъ, какъ сказано, 0,6% Nacl; крѣпость его повышалась при стерилизаціи, производившейся каждый разъ однообразно.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Описанный докладчикомъ случай долженъ быть отнесенъ къ тяжелымъ формамъ неврита, въ которыхъ обычно безъ грязей излѣченія добиться не удается. Но и примѣненіе грязей не исключаетъ примѣненія палліативовъ. Внутреннія средства только утоляютъ боли; массажъ не всегда возможенъ, свѣтъ прекрасное средство, но тоже не всегда примѣнимо по техническимъ условіямъ; мушки, прижиганія и ненадежны, и тяжелы для больного; остаются инъекціи: если алкоголь оказался годнымъ при пораженіи n. trigemini, то отъ инъекцій Nacl при ишіасѣ мы получаемъ положительные резуль-

таты и разработку этого метода надо признать желательной; было бы очень важно сдѣлать его способомъ амбулаторнымъ. Данный методъ введенъ былъ докладчикомъ въ нашей клиникѣ по его личной иниціативѣ и оказался вполнѣ пригоднымъ. Д. продолжаетъ свои наблюденія; настоящимъ сообщеніемъ онъ хочетъ обратить вниманіе товарищей на новый пріемъ и дѣлится своими впечатлѣніями, за что я, какъ директоръ клиники и предсѣдатель О—ва и выражаю ему благодарность.

По окончаніи преній былъ прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія 17 декабря 1908 г. и секретаремъ Общества В. П. Первушинымъ доложенъ отчетъ о дѣятельности Общества за минувшій годъ. По утвержденіи отчета приступлено къ выборамъ бюро Общества, въ составъ котораго избраны шарами: Предсѣдатель проф. Л. О. Даркшевичъ, товарищъ предсѣдателя проф. В. П. Осиповъ. Мѣстными редакторами журнала Общества: профф. Н. А. Мислављкій и В. П. Осиповъ. Секретарями: В. П. Первушинъ, А. С. Шоломовичъ. Секретаремъ редакціи Н. А. Донсковъ. Членами Совѣта профф. К. А. Арнштейнъ, Д. А. Тимофеевъ, И. М. Догель. Казначеемъ д-ръ І. А. Веселитскій. Членами ревизіонной комиссіи: В. И. Левчаткинъ, Д. В. Полумордвиновъ, И. А. Чуевскій.

Въ члены Общества предложены: Ѳедоръ Яковлевичъ Чистовичъ профф. Даркшевичемъ, Осиповымъ и д-ромъ Первушинымъ, Д-ръ С. А. Болбергъ профф. Осиповымъ, Даркшевичемъ и В. В. Николаевымъ.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.
Секретарь А. Шоломовичъ.

Протоколъ II засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 25 февраля 1909 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ д-рѣ В. П. Первушинѣ. Присутствовали дѣйств. члены: профф. В. П. Осиповъ, Н. А. Мислављкій, И. М. Догель, В. Ф. Орловскій, И. А. Чуевскій; д-ра Н. А. Донсковъ, А. В. Ѳаворскій І. А. Веселитскій, А. С. Сегель, Ѳ. Я. Китаевъ, В. И. Николаевъ, М. А. Чалусовъ, Г. И Сороковиковъ, А. С. Шоломовичъ. Гости: д-ра Н. Е. Осокинъ, М. Н. Чебоксаровъ, Н. К. Горяевъ, В. К. Ворошиловъ, С. А. Болбергъ, И. И. Цыпкинъ, Шибковъ, Любенецкій, Никольская, Никифорова, Бронниковъ и до 100 человѣкъ преимущественно студентовъ-медиковъ.

І. Дѣйств. членъ А. В. Ѳаворскій сдѣлалъ докладъ: «Случай сирингобульбоміэліи (съ демонстраціей больной изъ клиники нервныхъ болѣзней И. К. У.)».