

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Протоколь очередного засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 19 мая 1910 года.

Предсѣдательствовалъ проф. В. П. Осиповъ, при секретарѣ д-рѣ В. К. Ворошиловѣ. Присутствовали дѣйствительные члены: проф. Н. А. Миславскій, д-ра В. П. Первушинъ, І. А. Веселитскій, Н. А. Донсковъ, М. А. Чалусовъ; гости д-ра Н. К. Горяевъ, И. Д. Баклушинскій, Бѣлицкій и 3 студента медика старшихъ курсовъ.

І. Посѣтитель д-ръ И. Д. Баклушинскій сдѣлалъ сообщеніе: «Къ казуистикѣ состоянія одержимости съ демонстраціей больного».

П Р Е Н І Я.

Проф. Миславскій вспоминаетъ аналогичный случай. Мнѣ приводилось нѣсколько разъ видѣть обыкновенныхъ ипохондриковъ, которые жаловались, что на сѣнокося во время сна съ открытымъ ртомъ въ ротъ заползла змѣя. Одинъ изъ этихъ случаевъ интересенъ въ смыслѣ терапіи: къ моему отцу явился очень богатый и здоровенный киргизъ съ просьбой разрѣзать ему животъ.—«Почему?»—«Твердо!» ударяетъ при этомъ по животу; ничего прощупать не удастся, такъ сильно напряженъ. Подъ хлороформомъ ничего не выяснилось. Пробовали разубѣждать,—не дѣйствуетъ, настаиваетъ на операціи. Попробовали индукціонный токъ; больному очень понравилось; на другой день лучше; черезъ недѣлю уѣхалъ облегченнымъ.

Проф. Осиповъ. Если бы этотъ случай не представлялъ особенностей,—не стоило бы демонстрировать. Такіе случаи часты, особенно въ средѣ простонародья. Во первыхъ заболѣваніе повторное. Интересно указаніе больного на то, что у другого 3 раза повторялось.

Интересно само леченіе спиртомъ. Эти особенности случая останавливаютъ вниманіе и выясняютъ его происхожденіе. Мнѣнія раздѣлились. Одни находили, что это параноическій бредъ, другіе считали за истерическій психоневрозъ. Сначала мы думали объ алкогольномъ психозѣ. Наличие истерическихъ стигматъ говорить за истерію. Измѣчивость самаго состоянія и внушаемость—также. Это внушаемость возможна по отношенію къ такимъ лицамъ, которыя страдаютъ истеріей. Я возставаъ бы

только противъ того, что только то считается истеріей, что исчезаетъ подъ вліяніемъ внушенія.

Д-ръ Первушинъ. Что въ данномъ случаѣ является элементомъ психоза.

Проф. Осиповъ. Цѣлый рядъ симптомовъ являются элементами психоза; депрессія, одностороннее направленіе вниманія—это элементы разстроеннаго психическаго здоровья.

2. Посѣтителъ д-ръ Н. К. Горяевъ: «Къ вопросу о движеніяхъ и иннерваціи селезенки: а) рефлексъ съ блуждающаго нерва; б) ритмическія движенія селезенки.

П Р Е Н І Я.

Проф. Миславскій даетъ разъясненіе по поводу постановки опыта при раздраженіи *splanchnici* послѣ смерти. Паденіе возбудимости идетъ неодинаково: возбудимость сѣуживателей падаетъ раньше, чѣмъ возбудимость расширителей. На короткомъ протяженіи послѣ смерти можно поймать то, что при обычныхъ условіяхъ опыта ускользаетъ, именно, получить при раздраженіи *splanchnici* эффектъ расширенія селезенки.

Проф. Осиповъ отмѣчаетъ демонстративность кривыхъ и убѣдительность выводовъ. Изъ доклада ясно, что повышеніе давления усиливаетъ сокращенія селезенки. Когда-то я занимался изученіемъ сокращенія гладкихъ мышцъ внутреннихъ органовъ во время эпилептическаго приступа. Тогда я отмѣтилъ, что селезенка тоже представляетъ сокращенія.

Докладчикъ. Реакція на повышеніе давления и сокращенія селезенки идутъ параллельно.

3. Дѣйствительный членъ д-ръ В. П. Первушинъ: Къ вопросу о пораженіи мышцъ туловища при остромъ поліоміелитѣ.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Веселитскій. Относительно измѣненія конфигураціи позвоночника въ разбираемомъ случаѣ интересно было бы выяснить, чему, собственно, склоненъ приписывать докладчикъ двойной сколіозъ его у больного въ верхне-грудномъ и поясничномъ отдѣлѣ; все ли это, по его мнѣнію, представляетъ послѣдствіе пареза, атрофіи спинныхъ мышцъ и произошло ли по механизму выпаденія мышечной функціи въ разныхъ частяхъ или часть этой деформаціи зависитъ отъ компенсаторнаго искривленія. Нѣтъ сомнѣнія что мышцы туловища, какъ длинные спинные, такъ и брюшные имѣютъ громадное значеніе для статики и

динамики позвоночника и парезы этой мускулатуры сопровождаются искривленіями въ видѣ сколіоза и лордоза, замѣтно отличающагося и въ томъ и другомъ случаѣ, т. е. въ случаѣ пареза длинныхъ спинныхъ мышцъ и брюшныхъ мышцъ. Въ первомъ случаѣ измѣняется только конфигурація позвоночника,—получается сколіозъ и лордозъ безъ измѣненія положенія таза; во второмъ—измѣняется и положеніе таза. При нормальномъ состояніи брюшныхъ мышцъ, прямая мышца тянетъ переднюю часть его вверхъ, а ягодичная большая—заднюю внизъ, т. е. дѣйствуютъ согласно какъ агонисты въ противовѣсъ антагонистовъ сгибателей бедра. При парезахъ брюшныхъ мышцъ антагонисты берутъ перевѣсъ и тазъ наклоняется впередъ, а задняя часть выдается и поднимается. У разбираемаго больного положеніе таза тоже неправильно. Вы видите въ деформации позвоночника измѣненія въ костяхъ и сочлененіяхъ, по моему эти измѣненія отступаютъ на задній планъ передъ паретическими явленіями въ мышцахъ. Что касается упоминаемой докладчикомъ возможности пареза при полиоміелитахъ не только отдѣльныхъ мышцъ туловища, но отдѣльныхъ частей этихъ мышцъ, какъ напр. брюшныхъ, то это находитъ свое объясненіе въ послѣднихъ наблюденіяхъ, что иннервація брюшныхъ мышцъ сегментально-корешковая несомнѣнно совершенно отдѣльная, не только для отдѣльныхъ мышцъ, но даже для отдѣльныхъ частей ихъ, что по прежнимъ возрѣніямъ оспаривалось и оспаривается еще и теперь даже такимъ авторитетомъ, какъ Оппенгеймъ. Эта сегментально-корешковая иннервація по отношенію къ брюшнымъ мышцамъ распредѣляется приблизительно такъ, что наиболѣе высоко находятся сегменты для прямого брюшного и ниже для косыхъ наружной и внутренней, при чемъ средняя часть прямого брюшного соотвѣтствуетъ верхней части косыхъ, а нижняя прямого брюшного—средней части косыхъ, нижняя же часть косыхъ лежитъ въ области 12-го грудного сегмента и даже немного ниже.

Докладчикъ. Точное объясненіе сколіозу дать трудно. Трудно изслѣдовать токомъ фарадическимъ мышцы спины; можно думать, что данный сколіозъ можно объяснить не однимъ только компенсаторнымъ сколіозомъ; ноги были по силѣ достаточны. Поэтому рѣзкій сколіозъ нельзя объяснить вліяніемъ компенсаторіи. Въ отношеніи мышцъ грудныхъ есть указаніе въ литературѣ, что онѣ отчасти могутъ поражаться отдѣльно. Главная причина—атрофическій процессъ въ мускулатурѣ. Питаніе костяка также могло имѣть значеніе. Малѣйшаго уклоненія въ питаніи костяка достаточно для измѣненія конфигураціи позвоночника.

Д-ръ Веселитскій. Докладчикъ повидимому совершенно не склоненъ признать въ его случаѣ пареза длинныхъ спинныхъ мышцъ и наблюдаемый сколіозъ ставить въ зависимости отъ пареза короткихъ глубокихъ спинныхъ мышцъ. Такое объясненіе не вяжется съ функц. задачами, которыя выполняютъ тѣ и другія по отношенію къ подвижности большихъ или меньшихъ отдѣловъ позвоночника. Собственно только длинные мышцы спины *ileo-costales* и *longissimi* сгибаютъ отдѣльныя большія части позвоночника назадъ и въ свою сторону и потому нарушение изъ функций способно произвести замѣтное измѣненіе конфигураціи позвоночника. Короткія глубокія мышцы спины сравнительно съ первыми очень слабы, чтобы при цѣлости длинныхъ вызвать тотъ же эффектъ и кромѣ того выполняютъ нѣсколько иную задачу, измѣняя положеніе главнымъ образомъ между отдѣльными позвонками. Такимъ образомъ въ разбираемомъ случаѣ, если отрицать парезъ длинныхъ мышцъ, можетъ быть наблюдаемый сколіозъ вовсе и не мышечнаго (паретическаго) происхожденія.

Докладчикъ. Длинные мышцы—понятіе сложное; глубокія могутъ быть поражены, обнаружить этого Вы не можете. Для развитія сколіоза имѣетъ значеніе даже незначительное измѣненіе въ мускулатурѣ; получившіяся измѣненія въ положеніи поддерживаются контрактурой мышцъ стороны противоположной.

Проф. Осиповъ. Нельзя не согласится съ докладчикомъ, что въ литературѣ мало обследовано поврежденіе мышцъ позвоночника; обычно поражаются утолщенія; въ грудной части рога меньше снабжены сосудами,—оттого часто они падаютъ. Изслѣдованіе мышцъ спинныхъ трудно; поврежденіе ихъ находимъ мы, когда имѣется измѣненіе конфигураціи позвоночника. Нельзя пройти молчаніемъ иннервацію со стороны различныхъ сегментовъ. Исключить компенсаторное искривленіе трудно; но здѣсь дѣло идетъ не объ одномъ компенсаторномъ искривленіи: на снимкѣ видна атрофія мышцъ. Этотъ вопросъ можно выяснитъ изъ развитія болѣзни: компенсаторное искривленіе развивается не сразу. Надо принять во вниманіе, что поврежденіе не ограничивается однимъ только сегментомъ,—это трудно себѣ представить. Нѣкоторыя указанія можно было бы почерпнуть изъ дальнѣйшаго наблюденія за больнымъ.

Благодарить докладчика отъ имени Общества за интересное сообщеніе.

Предложенъ въ дѣйствительные члены Общества профессоромъ В. П. Осиповымъ, д-рами Н. А. Донсковымъ и В. К. Ворошиловымъ д-ръ И. Д. Баклушинскій.

Постановлено: подвергнуть баллотировкѣ въ ближайшемъ засѣданіи Общества.

Прочитанъ протоколъ засѣданія—7 апрѣля 1910 года.

Подпись этого протокола отложена до исправленія преній.

Заслушана смѣта на 1910 годъ, составленная казначеемъ Общества, д-ромъ Веселитскимъ.

Предсѣдатель Общества В. Осиповъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Не-врологическій Вѣстникъ.

1) Отчетъ о состояніи народнаго здравія и организации врачебной помощи въ Россіи за 1908 г. Управл. Главн. Врач. Инспектора М. В. Д.

2) Отчетъ по Психіатрич. отдѣлу Пензенской Земск. больницы за 1909 г.

3) Отчетъ по Убѣжищу для алкоголиковъ за 1909 г. Ярославль.

4) Николай Ивановичъ Пироговъ, какъ врачъ и общественный дѣятель. Саратовъ. 1910 г.

5) Отчетъ Психіатрической больницы Уфимскаго Губернскаго Земства за 1909 г.