

ста!), такъ какъ этимъ нарушаются интересы читателей, желающихъ видѣть въ сжатомъ изложеніи возможно больше матеріала: поэтому было бы желательнo ограничить размѣръ статей извѣстнымъ предѣльнымъ количествомъ листовъ,—разумѣется, при условіи, если это не отзовется вредно на изданіи журнала.

Редакторъ журнала проф. Осиповъ сообщилъ, что печатающіяся въ журналѣ диссертациі оплачиваются авторами по 15 руб. съ листа, кромѣ первыхъ 5-ти листовъ, принимаемыхъ редакціей на счетъ О—ва. Измѣненіе подобнаго порядка въ настоящее время нежелательно, такъ какъ иногда журналъ можетъ оставаться безъ матеріала; къ тому же въ Россіи «Неврол. Вѣстн.» единственный органъ, гдѣ можно авторамъ помѣщать свои крупныя произведенія. За послѣднее время диссертациі однако не отнимають отъ журнала много мѣста.

Общество постановило придерживаться указаннаго порядка.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Первушинъ.

Протоколъ засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 22 апрѣля 1909 г.

Присутствовали: предсѣдатель проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ А. С. Шоломовичѣ; Дѣйствительные члены: профф. Н. А. Миславскій, В. П. Осиповъ, В. Н. Тонковъ, Д. А. Тимоеевъ, д-ра. А. В. Фаворскій, В. И. Левчаткинъ, П. С. Скуридинъ, Н. А. Донсковъ, В. П. Первушинъ, І. А. Веселитскій, М. А. Чалусовъ, Н. А. Глушковъ, Е. М. Идельсонъ; гости: д-ра Шибковъ, Глушковъ, Богатыревъ, Головинъ, Тупицынъ, Михайловъ и около 20 студентовъ медиковъ.

Дѣйств. членъ д-ръ В. П. Первушинъ сдѣлалъ сообщеніе: „Къ казуистикѣ функциональныхъ расстройствъ нервной системы“.

(Ауторефератъ). Коснувшись общей характеристики функциональныхъ нервныхъ расстройствъ д. полагаетъ, что вопросъ о ихъ патогенезѣ далеко еще не разрѣшенъ; во всякомъ случаѣ эти состоянія—психическаго происхожденія. Остановившись подробно на общихъ основаніяхъ для распознаванія этого рола расстройствъ, д. иллюстрируетъ свои положенія слѣдующими двумя случаями.

I. Р.—овъ II. 27 л., булочникъ, женатъ, бездѣтный; венер. болѣзней не имѣлъ; съ 16 лѣтъ usus, иногда abusus sp̄ig; 1½ г., пьетъ меньше; послѣдній разъ пилъ 1/IV 909. Раньше всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ, былъ хорошимъ работникомъ; семейная жизнь сложилась хорошо. Съ осени 1908 г., со времени отдѣленія отъ отца, временами разстраивался; думалъ о томъ, что у нихъ съ женою ничего нѣтъ, сомнѣвался, какъ прожить они при его небольшомъ заработкѣ, подумывалъ, какъ бы ему не захворать. Заболѣлъ въ 3 ч. дня 9/IV 1909, возвращаясь домой, вдругъ почувствовалъ, что-то вступило въ задъ, сразу весь ослабѣлъ, сдѣлалъ нѣсколько шаговъ, а потомъ не могъ итти и до дому добѣжалъ; тамъ онъ слегъ, его ворочали съ боку на бокъ, ноги одеревенѣли, плохо двигались, но болѣе нигдѣ не было. За весь вечеръ его нѣсколько разъ прослабило жидко, нѣкоторое время моча не удерживалась. 10/IV явился въ клинику; сегодня уже лучше: моча выдѣляется свободно (бѣлка и сахара не содержитъ); ходитъ, хотя медленно, съ трудомъ; аппетитъ плохъ; болѣе нигдѣ не чувствуетъ; сосредоточенъ, опасается, не серьезно ли захворалъ.

Habitus bonus. P. 90; внутр. органы уклоненій не представляютъ; физическихъ явленій дегенеративныхъ нѣтъ. Легкій tremor dd. Становится на ноги съ затрудненіемъ, но затѣмъ стоитъ свободно; даже съ закрытыми глазами; движенія ногъ медлительны, явно ослаблены въ центр. отдѣлахъ и ограничены по объему; ходитъ съ поддержкой, медленно, но явленій атаксіи не обнаруживается. Рефлексы сух. ногъ и рукъ живые, глоточный не вызывается, конъюнктивальные ослаблены, полошвенные слабы, на m. cremaster—удовл., брюшной верхней слабъ, нижней—не вызывается; зрачки норм; тонусъ мышцъ неизмѣненъ; умѣренный дермографизмъ. Нигдѣ нѣтъ болѣзненности; рѣчь и глотаніе не разстроены.

Ниже циркулярной, идущей нѣсколько зигзагообразно линіи, расположенной сзади на уровнѣ cristae oss. ilei, а сзади—на 8—10 cnt. выше корня члена,—т. е. на самой нижней части туловища и нижнихъ конечностяхъ утрата всѣхъ видовъ чувствительности; но на penis et scrotum всѣ виды чув—ти; сохранены; на лѣвой ягодицѣ подлѣ срединной складки анестезія менѣе глубока.

Распознано функциональное нервное разстройство съ характеромъ истеріи—на основаніи всѣхъ клинич. особенностей случая и на основаніи отсутствія должнаго ансамбля симптомовъ, присущихъ органическому страданію нерв. системы.—Болному заявлено, что у него болѣзнь временная, скоро пройдетъ,

что ему беспокоится нечего; sulfonal и n. brom., et valer aeth. et liq. amm. anis. Дальнѣйшее теченіе болѣзни подтвердило правильность діагноза.

13/IV. Больной заявляетъ, что съ утра 12/IV у него ноги „отошли“ и теперь чувствуютъ. Ходить и даже бѣгаетъ; тазовые органы норм.; чувствительность возстановилась (осталась незначительная гипестезія въ прежнихъ границахъ). Глоточный и конъюнктивальный рефлексъ норм. Самочувствіе отличное.

II. Случай касается дѣвочки Д. 12 л., находившейся въ въ клиникѣ въ мартѣ—апрѣлѣ 1909 г. у отца былъ lues и paral. progress. al, у матери истерія; ея сестры—болѣзненны. Сама она росла хилой, слабой; въ послѣднее время учится въ гимназіи.—Осенью 1907 г. перенесла заболѣваніе съ повышенной t° , принятое сначала за „тифъ“; этому, однако, противорѣчило хорошее самочувствіе и видъ 6-ой, удовлетворительное состояніе сердца и кишечника. Существованіе haeminaesthesiae окончательно склонило къ дѣгнозу истеріи. Лѣтомъ 1908 г. больная купалась и оправилась, окрѣпла. Съ конца октября 1908 г. слегла при явленіяхъ съ характеромъ „менингита“ (высокая t° , сильныя головныя боли, ригидность затылка, боль позвоночника; t° доходила до $46,0^{\circ}\text{C}$ и болѣе; въ началѣ была рвота, судороги въ конечностяхъ и т. д.); такъ длилось недѣли двѣ. Съ этимъ предположеніемъ снова стояли въ противорѣчьи—чистый языкъ, норм. стулъ нормальная дѣятельность сердца, Р. 88. отсутствіе параличей, нормальное сознаніе.—Въ заключеніе всего „отнялись“ ноги: наканунѣ могла стоять, а утромъ ноги „свело“ въ колѣняхъ, они не разгибались и больная не могла ходить.

Часто и давно страдаетъ головными болями, иногда съ тошнотой и рвотой (мигрень—справа, такъ что закрывается иногда и пр. глазъ); запоры давніе; зрѣніе слабавато (очки); съ осени 1908 г. была и болѣзненность въ позвоночникѣ (при движ., давленіи и самостоятельно, — особенно въ нижнемъ груд. отдѣлѣ). Мочиспусканіе нормальное. Дѣвочка съ хорошимъ ровнымъ характеромъ внимательная, интеллигентная, не капризная. Анэмичная блѣдная. Со стороны внутр. органовъ уклоненій нѣтъ, часто головныя боли, аппетитъ слабый; кашля и насморки нѣтъ; дѣвочка все лежитъ, сидѣть не позволяютъ боли въ спинѣ; спать дов. хорошо.

Движенія позвоночника ограничены (вслѣд. болей въ нижнемъ его отдѣлѣ); движенія ногъ въ общемъ удовлетворительны—за исключеніемъ рѣзкаго ограниченія разгибанія голени (до 90°)—вслѣдствіе сведенія, сгибателей ихъ (до извѣст-

наго предѣла пассивныя движенія вполне свободны, а дальше — невозможны вслѣд. напряженія сгибателей голеней). Рефлексы сухожильные, кожные, глоточные, зрачковые, конъюнктивальные, тазовые органы, — нормальны; амиотрофій нѣтъ; органы высшихъ чувствъ норм. Чувств. — тѣ болевая, т^о понижена на кистяхъ рукъ и на ногахъ — до верх. части бедеръ (заходитъ анестезія сзади выше, чѣмъ спереди); чув. т^о-ное и вибраціонное понижено на периферіи ногъ. Больная или лежитъ, или полудежитъ; при попыткахъ поставить ее, ноги не выдерживаютъ, подгибаются. — Указаній на lues и туберкулезъ нѣтъ.

Распознано функц. нервное страданіе съ характеромъ истеріи; подъ влияніемъ леченія (легкій массажъ, ванны, пассив. движ., электротерапія, goburantia, бесѣды, внушеніе на яву) и покоя состояніе больной постепенно улучшалось, уменьшалось сведеніе ногъ; исчезли боли въ спинѣ; больная стала сидѣть, потомъ вставать, похаживать, при ходьбѣ ноги заплетались одна за другую. Б-ая выписалась изъ клиники въ удовлетвор. состояніи.

Выводы. 1) При истолкованіи клиническихъ проявленій каждаго случая необходимо имѣть въ виду и симптомы въ отдѣльности, и всю совокупность въ цѣломъ; при органич. заболѣваніяхъ нервной системы обыкновенно существуетъ извѣстный ансамбль симптомовъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо длительное наблюденіе.

2) Для развитія функц. нерв. разстройствъ имѣетъ большое значеніе предшествующее состояніе нарушеннаго равновѣсія нерв. системы; при такихъ условіяхъ достаточно бываетъ и маловажныхъ поводовъ для проявленія невроза (въ особенности если этотъ поводъ по своему содержанію соотвѣтствуетъ настроенію субъекта).

3) Если производящій моментъ былъ ничтоженъ не вызвалъ физич. нарушеній въ организмѣ, то при общемъ удовлетворит. состояніи организма и проявленія невроза могутъ быть кратковременны и нестойки (и обратно).

4) Съ этой точки зрѣнія вполне понятно развитіе и теченіе травматическаго невроза: при подготовленной почвѣ достаточно незначительной травмы (физич. и психич.) для вызова невроза; онъ будетъ тѣмъ болѣе упорнымъ, чѣмъ глубже подготовлена почва, сильнѣе производящій моментъ и грубѣе, матеріальнѣе вызванныя травмой поврежденія (кожи, суставовъ, мышцъ, нерв. системы). Поэтому съ вопросомъ о симуляціи нужно быть болѣе осторожнымъ.

5) При истеріи можетъ наблюдаться неодинаковая степень пораженія различныхъ видовъ чувствительности.

б) При полной утратѣ всѣхъ видовъ чувствительности атаксіи движеній въ соотвѣтствующей конечности при истеріи можетъ и не быть.

Пренія.

А. С. Шомомовичъ. Въ описанномъ Вами первомъ случаѣ имѣлись на лицо такъ наз. объективныя явленія истеріи, на которыя мы обычно опираемся при установкѣ діагноза истеріи; явленія эти таковы: отсутствіе глоточнаго рефлекса и рефлекса конъюнктивы, анестезіи, суженіе поля зрѣнія и др. Относите ли Вы эти явленія къ числу феноменовъ быстро исчезающихъ, летучихъ или болѣе или менѣе стойкихъ?

Докладчикъ. Обычно явленія эти довольно стойки.

А. С. Шоломовичъ. Въ такомъ случаѣ не будетъ ли допустимо предположеніе о томъ, что на быстрое исчезновеніе этихъ явленій какъ описано Вами, вліялъ хроническій, а можетъ быть и острый алкоголизмъ; въ анамнезѣ больного алкоголизмъ играетъ извѣстную роль.

Докладчикъ. Больной пилъ въ посл. разъ за 10 дней до заболѣванія и явленій остраго опьяненія не было.

В. И. Левчаткинъ. Не было ли въ описанномъ Вами случаѣ явленій дегенераци?

Докладчикъ. Физическихъ явленій дегенераци изслѣдованіе не обнаружило.

В. И. Левчаткинъ. Оба Ваши случая взаимно другъ друга дополняютъ, такъ какъ на почвѣ дегенеративной, вслѣдствіе нарушенія самочувствія и могли явиться описанныя Вами функциональныя расстройства.

А. В. Фаворскій. Вашъ случай показываетъ, что истерія, вопреки старому мнѣнію, симулируетъ не все; симуляція мѣлится здѣсь не было; вообще же, было бы желательно подчеркнуть, что діагнозъ истеріи здѣсь ставится не потому, что картина болѣзни не укладывается въ другія рамки, а потому, что излеченіе получилось отъ внушенія; именно эта зависимость и считается въ новѣйшее время характерной для истеріи.

Д. Ходячее представленіе о томъ, что «истерія можетъ симулировать все», надо понимать, разумѣется, условно: это будетъ именно симуляція, подраженіе, но, конечно, не копія, не полное отображеніе органическихъ симптомовъ и симптомокомплексовъ; поэтому и должна быть возможность разобратъ въ клинической картинѣ каждый разъ.—Что касается до взгляда Babinsk'аго на дифференцированіе истеріи, то на практикѣ не всегда въ данный моментъ имъ можно воспользоваться, т. к.

далеко не во всѣхъ случаяхъ предлагаемый имъ пріемъ приложимъ, а между тѣмъ часто бываетъ нужда экстренно разрѣшить данный діагностическій вопросъ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Сообщение В. П. можетъ служить поводомъ для пересмотра нашихъ обычныхъ представлений объ истеріи; воззрѣнія эти со временъ Шарко подверглись кореннымъ измѣненіямъ; даже и въ его время (1885 г.) д-ръ Ротъ ставилъ уже сирингоміэлію, тамъ гдѣ Шарко ставилъ истерію. Еще недавно мы ставили требованіемъ наличность стигматъ, которыя мы теперь уже не считаемъ обязательными. В. П. понимаетъ истерію въ широкомъ смыслѣ слова; для большого важно различіе между функциональными и органическими признаками и насколько это важно показываетъ упоминающийся мнѣ случай: больная жена врача страдала боязнью сифилиса и испытывала нѣкоторыя болѣзненные ощущенія. Настойчивые разспросы мужа на консилиумѣ вынудили у него признаніе въ какомъ то бывшемъ у него заболѣваніи и послѣ этого у жены произошла полная параличь, длившійся 1½ года и послѣ этого излѣченный внушеніемъ.

Второй случай докладчика интересенъ съ бытовой стороны: при подозрѣніи на тифъ и менингитъ совершенно необыкновенная температура. Оба эти случая указываютъ, что необходимо подвергать пересмотру наши обычныя, усвоенныя представленія, нужно постоянно учиться. Отъ имени Общества выражаетъ благодарность докладчику за интересное сообщеніе.

П. Посѣтитель П. А. Глушковъ сдѣлалъ сообщеніе: «Объ иннервации тыла стопы».

Пренія.

В. И. Левчаткинъ: «Какой же типъ иннервации надо принять за обычный?».

Докладчикъ. Сѣти установить не удалось и въ виду разнообразія варіацій п. suralis, считать что либо строго опредѣленнымъ не удастся.

Проф. В. П. Осиповъ. Ваше сообщеніе является для насъ новостью въ томъ отношеніи, что измѣняетъ наши, казавшіяся установленными представленія о каждой иннервации; оказывается, мы должны дѣлать выводы о распредѣленіи нервовъ при параличахъ и парезахъ съ большей осторожностью; возможно, что и въ верхней конечности, по аналогіи, общепринятая воззрѣнія окажутся ошибочными.

Проф. В. Н. Тонковъ. Въ периф. нервной системѣ нѣкоторые отдѣлы придется, повидимому, переработать; съ этимъ

соглашается и Цандеръ. Что касается специально тыла стопы, то работъ вообще нѣтъ. При детальномъ изученіи получается калейдоскопъ: большинствомъ признается 1-ая схема, но докладчикъ получилъ данныя, изъ которыхъ ясно, что эта схема не обязательна: область распространенія n. suralis шире. Поэтому, является весьма желательнымъ дальнѣшее изученіе вопроса на большемъ матеріалѣ.

Проф. В. П. Осиповъ. Являлась ли иннервациі одинаковой на обѣихъ конечностяхъ у каждого изъ изслѣдованныхъ Вами труповъ.

Докладчикъ. Нѣтъ; чаще наблюдалась асимметріа.

Проф. В. Н. Тонковъ. Установленнымъ можно считать слѣдующее: вариациі многочисленны; но типы существуютъ; общепринятый типъ не является преобладающимъ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Ваши наблюденія указываютъ, что наши схемы подлежатъ дополненію; являются ли анастомозы настолько сильными, что можно ожидать сохраненія функціи при поврежденіи главнаго ствола?

Докладчикъ. До извѣстной степени—да.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Очень важно было бы пересмотрѣть данныя, которыми мы пользуемся относительно иннервациі верхнихъ конечностей; въ посл. время часто ставится вопросъ объ операціяхъ на спинномъ мозгѣ, гдѣ мы и руководствуемся топическими данными.

Докладчикъ. По этому вопросу существуетъ работа проф. Тенкова объ аналогіяхъ, другія работы, и, кажется, схема Hedon'a относит. тыла руки.

Проф. В. Н. Тонковъ. Hedon устанавливаетъ, что локтевому нерву надо дать большую область, чѣмъ это принято думать; относит. ладони онъ подтверждаетъ обычныя представленія.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Для цѣлей невропатологіи было бы очень цѣнно получить схему для руки и выяснить соотношеніе корешковъ и позвонковъ, т. к. теперь нѣтъ признаковъ для опредѣленія типа и главныхъ отъ него отступленій; для операцій же это очень важно.

Проф. Н. А. Миславскій. Какой получится выводъ, если общее количество В. наблюденій разсматривать вмѣстѣ съ другими; соединяли ли Вы для вывода данныя другихъ авторовъ?

Докладчикъ. Въ общихъ руководствахъ данныхъ нѣтъ и только у двухъ авторовъ имѣются цифры.

Проф. Н. А. Миславскій. Интересно каковъ будетъ выводъ, если отбросить всѣ данныя, гдѣ цифръ нѣтъ, сдѣлать заключеніе и приложить Ваши цифры?

Докладчикъ. Вывода объ общемъ типѣ все таки не получится.

Проф. Н. А. Миславскій. Важно отмѣтить, что оцѣнка анастомозовъ кожныхъ нервовъ только съ точки зрѣнія чувствительности является обобщеніемъ, не всегда оправдываемымъ. Въ анастомозъ могутъ войти и потоотдѣлители и вазомоторы, волокна центрофугальные и еще окажется вопросомъ изъ какихъ онѣ корешковъ. Ваше изслѣдованіе представляетъ большой интересъ.

Проф. В. Н. Тонковъ. Въ смыслѣ локализациі мы получаемъ препаровкой довольно ясные результаты. Что касается подсчета, то его можно бы сдѣлать такъ, какъ предлагаетъ проф. Миславскій; но надо принять во вниманіе расовыя особенности. Требуется большая осторожность при соединеніи разныхъ наблюденій; особенно показало это изслѣдованіе червеобразныхъ мышцъ, сдѣланное на нетщательно подобранномъ матеріалѣ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ. Какъ видите, Вашъ чисто анатомическій докладъ очень заинтересовалъ насъ; да это и понятно, т. к. для насъ клиницистовъ, онъ имѣетъ животрепещущій интересъ. Позвольте отъ имени Общества выразить Вамъ благодарность за сдѣланное сообщеніе.

III. Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

IV. Текція дѣла. 1) Доложено: Отъ организационнаго комитета по устройству III Съѣзда Отечеств. психіатровъ: о программныхъ вопросахъ съѣзда и о членахъ Общества, которые пожелали бы сдѣлать на съѣздѣ сообщенія.

Постновлено: Просить проф. В. П. Осипова и В. И. Левчаткина взять на себя формулировку отвѣта Орг. комитету отъ имени Общества.

2). Доложена казначеемъ Общества смѣта доходовъ и расходовъ на 1909 г.

Постановлено: Обсужденіе отложить до ближайшаго засѣданія.

Предсѣдатель В. Осиповъ.

Секрета А. Шоломовичъ.