

Д-ръ Левчаткинъ. Случай интересенъ съ точки зрѣнія этиологіи, съ точки зрѣнія повышенія нервной возбудимости, своеобразной индивидуализаціи.

Проф. Осиповъ. Докладчикъ представлялъ больного съ точки зрѣнія этиологическаго момента. Выдвигаю значеніе предрасположенія. Конечно случай наводитъ на размышленія, высказанныя д-ромъ Веселитскимъ. Хотя и рѣдко, но встрѣчается диссоціація разстройствъ чувствительности при периферическихъ страданіяхъ. Это указываетъ, что для различныхъ видовъ чувствительности есть свои проводники. Слѣдуетъ отбѣнить значеніе воспринимающаго аппарата периферическаго. Если производить раздраженіе кожной поверхности тупой иглой въ различныхъ частяхъ, можно получить термическія ощущенія различнаго характера. Центръ случая въ своеобразной этиологіи. Благодарить докладчика за интересное сообщеніе.

2) Дѣйствительный членъ В. И. Левчаткинъ: Нѣкоторыя данныя по осмотру судебно-психіатрическихъ заведеній Западной Европы—въ Берлинѣ и Парижѣ.

За позднимъ временемъ окончаніе доклада подъ заглавіемъ: Обь устройствѣ судебно-психіатрическаго отдѣленія при Казанской Окружной лечебницѣ—краткое сообщеніе, а также и пренія по этому докладу отложены до слѣдующаго засѣданія.

Въ административной части засѣданія закрытой баллотировкой въ секретари Общества единогласно избранъ И. Д. Баклушинскій. Присутствовало 10 членовъ.

Предсѣдатель Общества В. Осиповъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Протоколъ III-го засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 6 апрѣля 1911 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф. Осиповъ, Симилейская, Фаворскій, Первушинъ, Опокинъ, Чалусовъ, Баклушинскій, Архангельская, Горяевъ, Мокинъ, Болбергъ, Протопоповъ, Дворковичъ, Осиповъ, Ципкинъ, Вишневскій, Надель-Пружанская, Клячкинъ, Воскресенскій, Левчаткинъ, Веселитскій, Н. А. Донсковъ, Долговъ, Ивановъ и человекъ 10 студентовъ.

1. Посѣтитель Общества Е. Н. Архангельская: Демонстрація больныхъ, оперированныхъ по поводу парціальной эпилепсіи.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Первущинъ (ауторефератъ). Позволю себѣ сказать нѣсколько словъ въ качествѣ очевидца операций у демонстрированныхъ больныхъ и послѣоперационнаго течения. Прежде всего отмѣчу, что на этихъ больныхъ, оперированныхъ въ нашей клиникѣ, мы впервые могли прослѣдить все послѣоперационное теченіе со всѣми его особенностями, измѣненіями въ состояніи больныхъ, наблюдая ихъ ежедневно; а это очень важно для ознакомленія со всѣми деталями хирургическаго вмѣшательства въ дѣятельность нервной системы. Прежде мы могли лишь урывками и не такъ обстоятельно это производить, наблюдая нервно-больныхъ въ другихъ клиническихъ или больничныхъ учрежденіяхъ. Далѣе, пока что, мы должны привѣтствовать успѣшность произведеннаго вмѣшательства у обоихъ больныхъ, хотя, конечно, преждевременно дѣлать какія-либо окончательныя заключенія, зная съ какими неожиданностями въ подобныхъ случаяхъ можно сталкиваться. У обоихъ больныхъ при операциіи подтвердился—до извѣстной степени—предполагавшійся клинической діагнозъ основнаго страданія—грубаго, замѣтнаго макроскопическаго фокуса не оказалось; гистологическое изслѣдованіе покажетъ, съ чѣмъ имѣлось дѣло.—Во время операциіи у 2-го больного намъ не удалось отыскать корковаго центра п. facialis, почему пришлось итти внизъ отъ предполагаемаго центра лѣвой руки—и предположительно удалить центръ лицевого нерва; токъ брался обычной силы до 86 mm. разстоянія между катушками; болѣе сильнаго тока брать опасались, желая избѣжать травматизма мозга.

Д-ръ Фаворскій: Отмѣчаетъ, что прижизненный діагнозъ 1-го изъ представленныхъ докладчикомъ случая—не строго энцефалитъ, а то, что прежде считалось энцефалитомъ. При бѣгломъ осмотрѣ препаратовъ подъ микроскопомъ можно констатировать, что клѣтки адвентиціальныя наполнены большими каплями жира, масса клѣтокъ невроглии.

Затѣмъ, при процессѣ воспалительномъ трудно было бы ждать такого успѣха отъ операциіи. Въ частяхъ подкорковыхъ констатируется измѣненіе сосудовъ и разрастаніе невроглии.

Проф. Осиповъ: Я хотѣлъ предложить докладчику нѣсколько вопросовъ. По поводу 1-ой больной: препаратовъ Вы не показываете; поэтому я на гистологической сторонѣ останавливаться не буду. Почему Вы считаете, что судорожныя явленія объясняются общимъ неврозомъ. Это осталось неяснымъ, слѣдуетъ это доказать. Быть можетъ дѣлать такія заключенія преждевременно.

Видя большую послѣ операциі, я присоединяюсь къ Вашему мнѣнію, что операциа несомнѣнно имѣла хорошей успѣхъ. Окончательное мнѣніе еще рано высказывать. Интересно посмотреть, что будетъ черезъ болѣе продолжительный срокъ.

Д-ръ Архангельская. Припадки были двухъ родовъ послѣ операциі: были припадки, какъ и до операциі, выражавшіеся тоническими судорогами, продолжавшимися по нѣскольکو минутъ и быстро проходившими; но, бывали припадки и другого характера, продолжительностью съ $\frac{1}{2}$ часа, не имѣвшіе никакой послѣдовательности: припадокъ начинался съ лѣвой руки, иногда переходилъ на правую ногу, и припадокъ становился общимъ, въ немъ принимало участіе и туловище. Припадки возникали иногда подъ вліяніемъ, напр., испуга. Назначеніе успокаивающихъ средствъ оказывало вліяніе. Припадки можно было остановить давленіемъ на область съ которой припадки начинались.

Проф. Даркшевичъ. Меня очень интересуеъ случай первый. А. В. Фаворскій совершенно правильно отмѣнилъ нашу діагностику. Въ послѣднее время мы охотно діагностируемъ заблѣвание мозга, называемое неврогліальнымъ склерозомъ (название не вполне установлено). Эту гистологическую картину мы отмѣчали на своихъ больныхъ. Въ случаѣ, описанномъ въ Саратовѣ, эти измѣненія также были найдены. Въ послѣдней работѣ Alzheimer'a тоже констатированы эти измѣненія.

Прогрессирующій характеръ процесса насъ особенно пугалъ. Былъ моментъ, когда наблюдались припадки парціальной эпилепсіи и только. Постепенно къ этому прибавилось недоразвитіе конечности, параличъ, контрактура, измѣненіе рѣчи. Такимъ образомъ интересъ этого случая въ томъ, что впервые мы констатируемъ постепенно прогрессирующую форму. Были и постоянно тяготившія больную явленія: параличъ, контрактура частью активная, частью пассивнаго характера, боль при этомъ очень сильная, постоянное ожиданіе припадковъ; очень тяжелое состояніе. Теперь ея состояніе очень улучшилось. Остановилось ухудшеніе рѣчи, она говоритъ даже лучше, легче подыскиваетъ слова, быстрее.

Послѣ операциі впервые стали наблюдаться судороги, которые совершенно были непохожи на прежнія; однажды такіа судороги появились отъ испуга: это какъ бы подтвердило нашъ взглядъ на эти судорожныя явленія, какъ на истерическія.

Относительно 2-го случая преждевременно высказывать окончательное заключеніе.

Обычно наблюдается, что, чѣмъ дальше отъ операциі, тѣмъ дальше замѣчается улучшеніе. Напримѣръ: больной Платоновъ, Демонстрированный въ нашемъ Обществѣ въ прошломъ году

В. П. Первушинъ, въ послѣднемъ письмѣ сообщаетъ, что съ 7-го ноября ни одного припадка у него не было. Я припоминаю аналогичный случай, сперированный В. И. Разумовскимъ,—такое же послѣоперационное теченіе.

Д-ръ Первушинъ (ауторефератъ). Мнѣ пришлось видѣть довольно большое количество серьезныхъ мозговыхъ операций; всѣ онѣ дѣлались за одинъ разъ; въ нашей клиникѣ я впервые въ этомъ году былъ свидѣтелемъ раздѣльнаго введенія операций на два момента, и думаю, что, если обстоятельства позволяютъ, дѣйствительно выгодноѣе, безопасноѣе пользоваться именно такимъ пріемомъ, какъ менѣе утомляющимъ больного.

Я долженъ обратить еще вниманіе на появленіе у 2-го больного своеобразныхъ парестезій (чув. холода) въ периферич. отдѣлахъ лѣв. руки—въ той области, гдѣ и параличныя явленія выражены всего больше. Эти парестезіи точно такого же характера, какъ и у больного Платонова, демонстрировавшаго мной въ нашемъ Обществѣ въ 1910 г. послѣ операци, произведенной ему д-ромъ Б. П. Енохинымъ. Эти парестезіи—тягостны, но если ими дѣло и ограничится и припадковъ не будетъ, то съ ихъ появленіемъ, конечно, можно помириться.

Проф. Даркшевичъ. Выражаетъ благодарность А. В. Вишневному, любезно взявшему на себя трудъ производить операци въ клиникѣ нервныхъ болѣзней. Благодаритъ Е. Н. Архангельскую за ея сообщеніе, въ которомъ она подѣлилась съ Обществомъ своими наблюденіями надъ оперированными больными.

2) Дѣйствительный членъ В. П. Первушинъ: Демонстрація больного, страдающаго миопатіей съ контрактурами.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Оаворскій. Согласенъ съ тѣми особенностями, которыя подчеркнул докладчикъ. Чаше встрѣчается типъ контрактуръ, гдѣ наблюдается контрактура сгибателей. Здѣсь типъ, смѣшанный—сгибателей и разгибателей. Имѣется утиная походка описанная Marinesco. Мышцы обладаютъ большой истощаемостью, послѣ 4-5 разъ неспособны сопротивляться пассивнымъ движеніямъ. Диагностика внѣ всякаго сомнѣнія подтверждается данными биопси, которыя составятъ предметъ особаго доклада. Полигональность потеряна, волокна представляются меньше по объему, поперечная исчерченность очень неясна. Фиброзная ткань не бросается въ глаза. Интересъ представляетъ состояніе ядеръ: количество ядеръ не увеличено, контуры ядеръ и протоплазма ихъ измѣнены.

Д-ръ Первушинъ (ауторефератъ). Случаевъ детальнаго изслѣдованія труповъ миопатиковъ съ контрактурами ихъ мышцъ—немного. Въ Nowell. Iconographi de la Salpêtrier за 1904 г. помѣщена Ceston et Lejonne'омъ подробное изслѣдованіе мускулатуры и нервной системы одного такого миопатика (описанъ авторами въ 1902 г. въ томъ же журналѣ). Тамъ были обнаружены незначительныя лишь измѣненія со стороны нервной системы; миотатическая клѣтка переднихъ роговъ и ихъ гиперпигментация; мѣстами легкое утолщеніе интерстиція. Въ нервахъ периферическихъ—утонченіе волоконъ за счетъ миелиновой обкладки, мѣстами легкое зернисто-жировое перерожденіе волоконъ. Миелиновая обкладка мѣстами имѣетъ четкообразный видъ, замѣтна легкая пролиферация эндоневрія и периневрія; стѣнки сосудовъ (мышцъ) утолщены, безъ признаковъ воспалительнаго процесса. Въ мышцахъ волокна атрофированы, иногда гипертрофированы или нормальны; поперечная исчерченность большею частью сохранена, количество ядеръ увеличено сильно, мѣстами—дѣленіе волоконъ; мѣстами зернисто-жировое перерожденіе, утрата поперечной полосатости, присутствіе глыбокъ гомогенныхъ въ волокнѣ. Ткань между пучками сильно разрыхлена; мѣстами адипозна, мѣстами фиброзна. Мышечная волкна, повидимому, мѣстами замѣщаются фиброзной тканью, какъ бы превращаются въ нее.

Д-ръ Левчаткинъ. Слѣдуетъ смотрѣть на миопатію, какъ на органическое страданіе всего организма? Съ точки зрѣнія этиологии ничего, не приходится указать?. У меня получается такое впечатлѣніе, какъ будто все развитіе болѣзни совпадаетъ съ опредѣленнымъ возрастомъ. Напрашивается аналогія съ случаями психическихъ заболѣваній, тѣмъ болѣе, что братъ больного—психически больной.

Д-ръ Первушинъ (ауторефератъ). Различныя типы первичной мышечной сухотки объединяются въ одну общую группу (*dystrophia muscul. progress*)—общностью характера основнаго процесса, теченія, клиническаго проявленія страданія и т. п. Имѣется тенденція соединить эти формы съ амиотрофіями неврогическими, а также и съ иными страданіями нервной системы въ одну общую большую группу генеритарныхъ страданій—на основаніи существеннаго ихъ свойства—наслѣдственности и фамильности. Возникновеніе этихъ формъ происходитъ въ различные періоды жизни до павленія половой зрѣлости и послѣ нея; субъекты какъ будто, роковымъ образомъ предрасположены раньше или позже обнаружить свою дефективность; на этотъ вопросъ о вліяніи *hereditatis* не играетъ существеннаго значенія.

Д-ръ Левчаткинъ. Начало заболѣванія все-таки совпадаетъ съ указаннымъ мною періодомъ.

Д-ръ Первушинъ. Встрѣчаются другіе случаи, не совпадающіе по времени съ періодомъ *pubertatis*.

Проф. Даркшевичъ. Благодаря демонстраціи 3-хъ больныхъ я припоминаю аналогичный случай, видѣнный мною лѣтъ 8 тому назадъ; тамъ не было точнаго діагноза; сохранились фотографическія снимки съ того больного, на основаніи которыхъ можно сказать, что была та-же форма. Интересенъ одинъ признакъ— несоотвѣтствіе между прямой возбудимостью мышцъ, ослабленной рѣзко въ данномъ случаѣ и электрической возбудимостью ихъ, хорошо сохраненной въ данномъ случаѣ. Благодарить докладчика.

3) Посѣтитель Общества Н. К. Тимашевъ: Къ вопросу о центробѣжныхъ волокнахъ заднихъ корешковъ спинного мозга и трофическихъ центрахъ ихъ (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Оаворскій. Вопросъ о центрофугальныхъ волокнахъ въ заднихъ спинномозговыхъ корешкахъ—спорный. Ученики Миславскаго утверждаютъ, что таковыя имѣются, другіе говорятъ—нѣтъ. Докладчикъ подошелъ къ рѣшенію этого вопроса при помощи нѣсколькихъ методовъ. Это проливаетъ свѣтъ на противорѣчія. Гдѣ работаютъ съ ас. осmic—получается положительный результатъ. Что касается 2-ой части работы,—о трофическихъ центрахъ центробѣжныхъ волоконъ спинного, мозга, то это вопросъ спорный, труднѣе разрѣшимый потому, что, клѣтки спинного мозга относятся къ различнымъ отдѣламъ, даютъ начало различнымъ системамъ волоконъ. Какъ достоинство доклада долженъ отмѣтить, что подоидя къ вопросу о локализациі трофическихъ центровъ, авторъ разрушаетъ тенденціи строгой локализациі. На основаніи опытовъ докладчика нѣтъ такой строгой локализациі. Всѣ эти волокна принадлежатъ клѣткамъ, разбросаннымъ въ различныхъ отдѣлахъ сѣраго вещества спинного мозга. Для болѣе точнаго рѣшенія вопроса нужно бы перерѣзать комиссуру и продѣлать цѣлый рядъ другихъ опытовъ, трудно выполнимыхъ. Рѣшить этотъ вопросъ благодаря трудности техники невозможно.

Д-ръ Ципкинъ. Лично мнѣ приходилось заниматься счетомъ центробѣжныхъ волоконъ. Могу согласиться, что чрезвычайно затруднительно среди массы глыбъ найти неперерожденныя волокна. Счетъ волоконъ слѣдуетъ поризводить черезъ опредѣлен-

ныхъ промежутковъ времени послѣ операціи. Что касается окраски, съ осміемъ получится наибольшее количество положительныхъ результатовъ. Относительно техники операціи считаетъ болѣе удобнымъ широкое вскрытіе, хотя признаетъ за малымъ полемъ операціи свои преимущества. Отмѣчаетъ какъ заслугу докладчика перерѣзку переднихъ корешковъ.

Докладчикъ. Малаго поля операціи, узкаго вскрытія не было и у меня, такъ какъ это очень трудно.

Д-ръ Ципкинъ. Я работалъ съ молодыми животными, мнѣ приходилось шире вскрывать.

Проф. Осиповъ. Очень интересны Ваши опыты особенно потому, что они проходятъ черезъ двойной контроль. Первый—это многообразіе методовъ окраски, а второй—производство опыта контрольного, при которомъ Вы производите всю операцію полностью, не перерѣзая только корешка. Методъ Marchi оставляетъ желать многого. Способъ Vuch'a даетъ почти такіе же результаты, хотя жидкость легче проникаетъ въ ткани. Приводя результаты опытовъ авторовъ о локализациі трофическихъ центровъ, Вы не приводите результаты опытовъ Лапинскаго, а онъ работалъ по этому вопросу.

Проф. Даркшевичъ. Значеніе вашего доклада двойное: Вы расширяете наши свѣдѣнія и получаете нѣкоторую пользу отъ насъ. Я долженъ сказать, что наши любознательность очень удовлетворена. Важны слѣдующіе моменты. Техника окраски совершенна. Важно, что Вы работали по нѣсколькимъ методамъ. Относительно способа перерѣзки Вы избѣжали упрековъ. Количество опытовъ достаточно. Съ технической стороны опыты могутъ быть признаны удовлетворительными. Выводы вполне удовлетворительны. Мы должны признать, что вопросъ о существованіи центробѣжныхъ волоконъ не подлежитъ сомнѣнію. Вопросъ о трофическихъ центрахъ Вышими опытами выясняется. Очень важно, что Вы устанавливаете, отвергая схематичность, болѣе распространенную локализацию. Мы присоединяемся къ Вашимъ выводамъ. Благодарить докладчика отъ имени Общества.

4) Секретаремъ Общества прочтены протоколы засѣданій 26 января и 28 февраля 1911 года, которые и утверждены.

Въ административной части засѣданія проф. Даркшевичемъ, Осиповымъ и Первушинымъ предложена въ дѣйствительные члены Общества д-ръ Е. Н. Архангельская. Постановлено: подвергнуть баллотировкѣ въ слѣдующее засѣданіе Общества.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.