

передняго корешка и раздражать задній корешокъ, — токъ дѣйствія; если же отводить отъ задняго, а раздражать передній, — никакого тока дѣйствія нѣтъ.

Проф. Даркшевичъ. Ваше изслѣдованіе является капитальнымъ изслѣдованіемъ въ ходѣ симпатическихъ волоконъ черезъ верхній шейный узелъ. Методика разработана очень хорошо. Если Вы будете получать такіе результаты, очень прошу Васъ дѣлиться съ Обществомъ.

Благодарить докладчика за интересное сообщеніе.

Секретаремъ Ворошиловымъ прочтены протоколы засѣданій 30 апрѣля и 18 мая 1912 года. Протоколы утверждены.

Предсѣдатель Общества Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Протоколъ очереднаго VII-го засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ 31 октября 1912 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ Баклушинскомъ. Присутствовали: проф. В. П. Осиповъ, д-ра В. И. Левчаткинъ, П. С. Скуридинъ, А. В. Фаворскій, В. П. Первушинъ, Н. А. Донсковъ, Е. Н. Архангельская, В. К. Ворошиловъ, Ципкинъ, Протопоповъ, Г. А. Клячкинъ и др., человекъ 30 студ. Университета.

1. Дѣйствительный членъ А. В. Фаворскій: **Демонстрація карликовъ (achondroplasia).**

## П Р Е Н І Я.

Д-ръ Яхонтовъ. Обращаетъ вниманіе на деформацию костей на рисункахъ, демонстрированныхъ докладчикомъ. Въ данномъ же случаѣ мы имѣемъ дѣло съ слабымъ развитіемъ костей плеча, голени и бедра. Остальныя кости всѣ нормальны. У демонстрируемыхъ субъектовъ кости голени имѣютъ саблеобразный видъ, что характерно для рахит. измѣненія кости.

Д-ръ Шоломовичъ обращаетъ вниманіе на исключительный аппетитъ у подобныхъ субъектовъ: съ такими явленіями мы встрѣчаемся и въ жизни, и видѣлъ указаніе на это въ литературѣ.

Д-ръ Клячкинъ интересуется узнать, не имѣется ли у демонстр. женщины разстройство функций половой сферы напр. яичниковъ и др.

Д-ръ Чебоксаровъ высказываетъ предположеніе, что подобное заболѣваніе костей бываетъ на почвѣ разстройства функ-

шій железн. секреціи. Всѣ разстройства роста костей зависятъ отъ разстройства функцій гипофизиса; щитовидной, половыхъ и др. железъ. Вотъ и интересно знъть, не удалось-ли докладчику подмѣтить этого въ данномъ случаѣ. Въ случаѣ, который былъ подъ моимъ наблюденіемъ, отмѣчалось только вторичное разстройство половыхъ органовъ, которое давало право предполагать разстройство одного изъ органовъ внутренней секреціи. Въ данномъ случаѣ отмѣчается излишнее отложеніе жира въ тазовомъ поясѣ, что бывастъ при заболѣваніяхъ придатка. Вотъ нѣтъ ли здѣсь такого заболѣванія?

Д-ръ Шоломовичъ. Въ смыслѣ патогенеза заболѣванія надо отмѣчать два явленія: антропологическое, это недоразвитіе роста костей, но сами кости развиваются симметрично, это то, что у насъ называется карликомъ. Въ данномъ случаѣ мы очевидно имѣемъ явленіе патологическое, гдѣ одна часть костей развита нормально, другая же недоразвита и патол. измѣнена.

Проф. В. П. Осиповъ. Докладчикъ не исключаетъ въ данномъ случаѣ наслѣдственности, но хотя и нѣтъ указаній на наслѣдственность по прямой линіи отъ родителей, но она можетъ быть со стороны боковыхъ линій. Въ данномъ случаѣ надо еще отмѣтить особенность развитія средняго пальца, который равенъ указательному, и усиленное отложеніе жира на ягодицахъ, бедрахъ и др. мѣстностяхъ, которыя очень значительны. Это послѣднее обстоятельство не указываетъ ли, какъ это было уже указано, на измѣненія секреціи к. и. железы

Д-ръ В. П. Первушинъ. Чѣмъ вы объясните явленія разстройства со стороны рефлексовъ, страбизмъ: есть-ли это явленія случайныя, или послѣдствія какого либо заболѣванія? И какъ относиться къ этимъ субъектамъ и вообще къ подобнаго рода субъектамъ съ юридической стороны, въ судахъ, какъ судить объ ихъ правоспособности?

Докладчикъ. Что касается діагностики даннаго заболѣванія, то я основывался на тѣхъ пунктахъ, на которыхъ опирались авторы, разбиравшіе и представлявшіе такого рода заболѣванія. Рахита здѣсь не можетъ быть, такъ какъ при немъ имѣются фрактуры, что въ данномъ случаѣ нѣтъ. Относительно аппетита, долженъ сказать, что больные прожорливостью не стлчаются. Насколько мнѣ пришлось ознакомиться съ литературой даннаго вопроса, то это явленіе не отмѣчается въ литературѣ по данному заболѣванію.

Со стороны яичниковъ грубыхъ измѣненій нѣтъ. Правда, изслѣдованіе производилось очень осторожно и поверхностно. Что касается измѣненій въ железахъ съ внутренней секреціей, то возможно, что они и имѣются, но у насъ не было способовъ изслѣдовать эту сторону. У авторовъ есть указанія, что при такихъ

измѣненіяхъ наблюдается малорослость, съ правильнымъ развитіемъ отдѣльныхъ частей скелета, но мы такъ мало знакомы съ функцией железъ внутренней секреціи, что отрицать значенія ихъ и въ данномъ случаѣ не можемъ. Примѣръ указаній на какое-либо измѣненіе гипофизиса въ данномъ случаѣ нѣтъ, на сколько можно объ этомъ судить по картинѣ глазнаго дна: въ смыслѣ объема онъ не измѣненъ, о качественной сторонѣ—судить нельзя.

Относительно наслѣдственности, насколько это можно было выяснитъ отъ нихъ, и сопровождающихъ ихъ родственниковъ, то родители ихъ были люди нормальные, точно также и другіе родственники.

Что касается нервной системы, то возможно думать, что здѣсь есть недоразвитіе тѣхъ аппаратовъ, которые принимаютъ участіе въ рефлекторной дугѣ. Въ данномъ случаѣ, когда на лицо столь обширныя измѣненія, возможно предполагать измѣненія и нервной системы.

Относительно юридической правоспособности этихъ лицъ данныя псих. анализа даютъ намъ нѣкоторыя данныя. По описанію жены и сестры онъ—слабоумень. Она—не представляетъ съ этой стороны замѣтныхъ измѣненій.

Относительно патогенеза заболѣванія можно дѣлать много предположеній. Нужно принять во вниманіе, что больные—татары, живущіе вообще въ плохихъ гигиеническихъ условіяхъ, женщины—въ особенности. Самые ужасные случаи измѣненія таза среди татаръ встрѣчаются сравнительно чаще, часты случаи маляціи костей, искривленій таза и др. Нѣтъ ничего невѣроятнаго предположить здѣсь и внутриутробный процессъ, но всего вѣроятнѣе относить данное заболѣваніе къ оспенной инфекціи, такъ какъ до этого они были здоровыми, правильно развивающимися дѣтьми.

Предсѣдатель, резюмируя пренія, отмѣчаетъ рѣдкость этого заболѣванія. Благодарить докладчика.

II. Дѣйствительный членъ Е. Н. Архангельская: Демонстрація больного съ сухоткой спиннаго мозга и прогрессивной невротической мышечной атрофіей.

## П Р Е Н І Я.

А. В. Фаворскій. Весь интересъ случая въ амиотрофіяхъ. Диагностика ихъ въ данномъ случаѣ далеко нелегкая. Обычно онѣ дѣлятся на два класса. Къ первому относятся тѣ, которыя являются на высотѣ табическаго процесса, текутъ онѣ очень медленно, и при нихъ никогда не бываетъ фибриллярныхъ подергиваній.

2-ой классъ имѣетъ очень быстрое теченіе; здѣсь наблюдаются фибриллы подергиванія.

Демонстр. случай нельзя подвести подъ эти типы. Для первого случая не хватаетъ давности, для 2-го—фибриллярныхъ подергиваній. Данная атрофія стоитъ между двумя указанными классами. Здѣсь вѣроятнѣе всего мы имѣемъ дѣло съ поражениемъ клѣтокъ переднихъ роговъ въ смыслѣ дегенерации или хр. полимиелита. Въ этомъ нѣтъ ничего необычнаго, разъ процессъ охватилъ не только задніе корешки, но развился гораздо глубже и могъ повести къ поражению переднихъ роговъ.

В. П. Первушинъ (ауторефератъ). Случай осложненія спинной сухотки амиотрофіями, вопреки мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, слѣдуетъ считать рѣдкими, въ особенности же случаи присоединенія прогрессирующей формы мышечной атрофіи. Интересъ случая Е. И. Архангельской и заключается въ томъ, что втесненіе *tabes'a* у больного развивается явная картина прогрессирующей мышечной атрофіи несомнѣнно спинальнаго происхожденія. Это не слѣдствіе обычнаго периферическаго страданія—полиневрита (проксимальный типъ амиотрофій на верхнихъ конечностяхъ). Отсутствіе параллелизма между двигательными и чувствительными разстройствами, слабое участіе мускулатуры нижнихъ конечностей по сравнению съ поражениемъ ея въ области рукъ и плечевого пояса, частичное поражение нѣкоторыхъ мышцъ, напр. *m. tricipitis s. deltoides*); это не слѣдствіе и передняго радикулита (несоотвѣтствіе двигательныхъ разстройствъ корешковой локализации, частичное поражение мышцъ). Здѣсь—именно миэлитическая амиотрофія въ зависимости отъ поражения клѣтокъ переднихъ роговъ спинного и отчасти продолговатаго мозга: за это говоритъ самое распредѣленіе амиотрофій, ихъ прогрессирующее теченіе, поражение лишь одной части мышцы (напр., въ *m. triceps s.* поражена главнымъ образомъ верхняя и средняя треть, а нижняя сохранила еще порядочное количество мышечныхъ волоконъ), существованіе фибриллярныхъ сокращеній.

Что касается до *патогенеза* описываемыхъ амиотрофій, то слѣдуетъ думать, что лежащій въ ихъ основѣ хроническій полимиелитъ не имѣетъ прямого отношенія къ *tabes'u*, а развивается на одной съ нимъ почвѣ—на почвѣ сифилиса. Подобное развитіе хроническаго полимиелита могло произойти и помимо *tabes'a*, какъ указываютъ литературныя данныя (проф. *Преображенскій*) и небольшой опытъ нашей клиники. Поэтому демонстрируемый и аналогичные ему случаи слѣдуетъ разсматривать какъ случайную опредѣляемую основнымъ процессомъ комбинацію *tabes'a* съ миэлитическими явленіями: это амиотрофіи у *табика*, а не *табическія* амиотрофіи, какъ ихъ иногда называютъ. Слѣдуетъ отмѣтить у больного артерioskлерозъ периферическихъ сосудовъ, ослабленіе пульсаціи а. *brachialis sin.*, отеки и легкій цианозъ лѣвой кисти. Возможно, что и въ спинномъ мозгу состояніе со-

судистой системы также неполнѣ безусловно. Характеръ основного страданія не таковъ, чтобы можно было ожидать успѣха терапіи; замѣтно, что процессъ имѣетъ наклонность генерализироваться, т. е. замѣтно уже небольшое ослабленіе и нижнихъ конечностей и мускулатуры, иннервируемой нѣкоторыми бульбарными нервами.

Проф. В. П. Осиповъ. Мнѣ не совсѣмъ ясно, почему докладчикъ говоритъ здѣсь о нейротической мышечной атрофіи между тѣмъ какъ весь докладъ сводится къ тому, что этотъ процессъ основанъ на пораженіи клѣткъ переднихъ роговъ.

У больного существуетъ ограниченіе подвижности позвоночника и болѣзненность его верхняго отдѣла. Это подтверждаетъ ту мысль, что здѣсь заболѣваніе переднихъ роговъ стоитъ въ связи съ имѣющимся у больного Lues'омъ.

Предсѣдатель. Этотъ случай представляетъ большой интересъ, потому что заболѣваніе подобнаго рода встрѣчается очень рѣдко. Вопросъ сводится къ тому, можно ли здѣсь говорить о табическихъ атрофіяхъ, или о табесѣ осложненной мышечной атрофіей. Табесъ есть опредѣленная форма заболѣванія. Сущность его—пораженіе периферическаго нейрона и главнымъ образомъ чувствующаго, а если имѣется пораженіе ствола спинного мозга—это уже lues мозга. Табическая атрофія есть атрофія только невритическая. Здѣсь идетъ рѣчь о развитіи при tabes'ѣ самостоятельнаго заболѣванія: оно получило развитіе въ связи съ табесомъ и есть его рѣдкое осложненіе. Диагностика этого заболѣванія—полиомелитъ. Связанъ ли онъ съ tabes'омъ общею причиною—этотъ вопросъ сложный. Можно предположить и сифилитическій полиомелитъ. Что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ заболѣваніемъ передняго рога, это подтверждается явленіями бульбарнаго паралича. Благодарить докладчика за демонстрацію рѣдкаго случая.

III. Прочитанъ и утверждень протоколъ засѣданія О-ва 29 сент. 1912 г.

IV. Баллотированъ въ дѣйствительные члены О-ва д-ръ Борисъ Степановичъ Никольскій. Избранъ единогласно.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.

Секретарь Баклушинскій.

Протоколъ VIII-го засѣданія Общества Невропатологовъ и психіаторовъ  
2-го ноября 1912 года

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф. Миславскій, проф. Осиповъ, Левчаткинъ, Гервушинъ, Скуридинъ, Сороковиковъ