

моновской больницы и постройка въ Новознаменской дачѣ новой больницы для 150 психическихъ больныхъ дѣтей. Предполагается также постройка новой большой психіатрической больницы по типу Новознаменской, но вопросъ о мѣстѣ ея постройки пока оставленъ открытымъ. (Врачебная газета 1914, № 11).

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ,

Протоколъ VIII засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ
18 декабря 1913 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф. Осиповъ, проф. Ми-славскій, проф. Самойловъ, Первушинъ, Фаворскій, Донсковъ Н. А., Архангельская, Кочергинъ, Бондаревъ, Болбергъ, Ивановъ, Штейнбергъ, Лапухинъ, Михайловъ, Баклушинскій, Эмдинъ.

1. Посѣтитель Общества Н. И. Бондаревъ: **Къ казуистикѣ кликушества** (съ демонстраціей больного).

П Р Е Н І Я:

Проф. Осиповъ: Органическій геминарезъ. Мысля, почувствовалъ слабость. Сознанія не потерялъ. Окружающіе дали объясненіе. Парестезіи, испытанныя имъ, послужили ему, какъ чловѣку некультурному для объясненія способа происхожденія заболѣванія входженіемъ нечистой силы. Отмѣчаетъ внушаемость, повышенную эмотивность, 66 лѣтъ—возрастъ необычный для развитія кликушества.

Фаворскій. Почему не смотрѣть на данный случай, какъ на неврозъ навязчивыхъ идей. Что тутъ говорить за истерію.

Проф. Осиповъ. Дѣло идетъ объ идеяхъ бредового характера, а не навязчивыхъ. Внушаемость—истерическое явленіе.

Фаворскій. Тогда можно сдѣлать контрвнушеніе.

Проф. Осиповъ. Можетъ быть и можно, но въ данномъ случаѣ не удалось.

Проф. Даркшевичъ. Если принять истерическое происхожденіе, то форма, въ которую выливается случай, можетъ быть самой разнообразной. Приводитъ нѣсколько примѣровъ изъ своей практики. Благодаритъ докладчика.

2. Дѣйствительный членъ А. В. Оаворскій: Демонстрація большой съ *poliomyelitis anterior acuta infantum* съ локализацией въ *epiconus medullaris*.

Атрофія голени лѣвой ноги, синюха, холодъ. Полный параличъ сгибательныхъ и разгибательныхъ движеній лѣвой стопы и движеній пальцевъ. Въ колѣнѣ движенія возможны. Лошадиная походка. Колѣнн. рефл. справа живѣе, чѣмъ слѣва. Ахилловъ слѣва отсутствуетъ, справа есть. Чувствительность нормальная, нѣтъ болѣзненности. Сфинктеры нормальны. Электрич. возбудимость нарушена въ области мышцъ голени: въ *peroneus* реакц. перерожденія, въ другихъ—полная невозбудимость. Групповое пораженіе мышцъ лѣвой голени и стопы. 1 годъ тому назадъ инфекціонный процессъ, во время котораго обѣ ноги отнялись. Мочеиспусканіе было не разстроено. Правая ножка выправилась, въ лѣвой остались параличныя явленія. Банальный случай *poliomyelitis anterior acuta infantum* въ стадіи закончившагося процесса. Локализация въ *epiconus medullaris* (4 L—2—3 S).

Лапухинъ. Симптомы не ограничиваются указанной областью: фибриллярныя подергиванія наблюдаются въ мышцахъ 2-го поясничнаго сегмента.

Проф. Даркшевичъ. Такіе случаи, гдѣ діагностируется заболѣваніе *epiconus*, въ нашей клиникѣ встрѣчаются не часто. Есть какая-то фізіологическая причина для пораженія того или другого отдѣла спинного мозга. Такимъ, особенно охотно поражаемымъ отдѣломъ является *epiconus medullaris*. Благодарить докладчика.

3. Дѣйствительный членъ В. П. Первущинъ: Къ патогенезу прогрессивной спинальной мышечной атрофіи. Позднія мышечныя атрофіи у лицъ, перенесшихъ острый передній полиомиелитъ (съ демонстраціей двухъ больныхъ изъ клиники нервныхъ болѣзней). Авторефератъ.

1) Д., 30 л., прикащикъ изъ имѣнья Уфим. губ., женатъ, венер. болѣзней не имѣлъ. Въ концѣ іюня 1011 г. явленія острого инфекціоннаго заболѣванія: жаръ, сильная головная боль, рвота; лежалъ въ постели дней 7, на 4-й день съ утра слабость всей лѣвой руки и невозможность поднимать ее въ плеч. суставѣ, и двигать пальцами болѣе въ рукѣ не было. Затѣмъ улучшение.

11/ѵн 1911 г. констатировано докладчикомъ: парезъ лѣвой руки, въ особенности движеній плеча и надплечья, легкое похуданіе ея мышцъ (пониженія фарад. электровозбудимости въ *m. deltoid. s.*). Болѣзненности частей надплечья и плеча справа; гиперестезія кожи надплечья.—Улучшеніе продолжалось.

26/ix: рука уже поднималась въ плечѣ, хотя движенія плеча и предплечья были весьма слабы. Въ правой рукѣ стала обнаруживаться слабость движеній въ плечевомъ суставѣ. Въ дальнейшемъ улучшение продолжалось, такъ что зимой лѣвая рука могла уже дѣйствовать порядочно и выполнять «постарому» всевозможныя движенія.

Въ январѣ 1912 г. во время поѣздки на лошадаяхъ за боверсть въ холодную погоду больной сильно прозябъ; на другой день въ лѣвой рукѣ съ утра появилось сильное ухудшеніе—рѣзкая слабость движеній въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ, безъ всякихъ болевыхъ ощущеній. Это ухудшеніе движеній руки продолжалась и дальше.

20/iv 1912 г.: движенія въ локтѣ утрачены, остальные движенія лѣв. руки ослаблены и нѣсколько ограничены; похуданіе мышцъ, въ особенности лопаточныхъ и плечевыхъ (отсутствіе фарод. электровозбудимости) отсутствіе сух. рефлексовъ на лѣв. рукѣ.

Къ 26/vi 1912 г. движеніе еще ухудшилось въ обѣихъ рукахъ: въ правой—въ области локтевого и плечевого сустава, въ лѣвой—въ пальцахъ. Рефлексы на правой рукѣ вызываются, на правой—лишь съ разгибателей пальцевъ. Чувствительность нормальна, болѣе нѣтъ, болѣзненно давленіе надъ и подъ лѣв. ключицей и на *m. deltoideus, infraspinatus sm.* похуданіе мышцъ обѣихъ рукъ, фибриллярныя сокращенія въ нѣкоторыхъ мышцахъ рукъ. *M. delt. d.* въ средней порціи не реагируетъ на фарад. токъ; на лѣвой рукѣ не реагируютъ *mm. delt., biceps, сгибатели кисти и пальцевъ.*

Въ настоящее время имѣется.

Правая рука. Движенія въ плечевомъ суставѣ и сгибаніе предплечья отсутствуют; пронація и супинація крайне ограничены, разгибаніе предплечья возможно, но ослаблено, движен. пальцевъ нѣсколько ограничены.

Лѣвая рука. Движенія въ плечевомъ суставѣ нѣсколько органичены; сильно ослаблены движенія въ локтевомъ суставѣ всѣ отсутствуют, также какъ и движеніе кисти и пальцевъ. Нечастыя фибриллярныя сокращенія въ мышцахъ надплечья лѣвой стороны. Колѣнные рефлексы оживлены, особенно правый, ахилловы оживлены; лопаточный справа ослабленъ, слѣва живой; рефлексы съ *m. triceps* и лучевые обѣихъ рукъ отсутствуют; съ *m. triceps* живой рефлексъ справа, отсутствуетъ слѣва. Рефлексы брюшной, на *m. eremaster* и подошвенный нормальны, зрачки живо реагируютъ на свѣтъ, правый нѣсколько шире. Тазовыя органы нормальны.

Тонусъ поролизованныхъ мышцъ рукъ пониженъ.

Чувствительность болевая и термическая слегка ослаблена на лѣвой рукѣ.

Болѣзненность мышцъ надплечья и плеча обѣихъ сторонъ, сильное похуданіе парализованной мускулатуры верхнихъ конечностей и надплечій, съ утратой фарадической электровозбудимости, мѣстами и гальванической; мѣстами $K > A < A = A$.

Люмбальная пункция: давленіе нормально, р.р. *Nonne* и *Wassermann*'а отрицательны, содержаніе форменныхъ элементовъ не повышено.

2) *Онашинъ Л.*, 19 л., кр-нъ Казан. губ. Въ 1910 г., болѣлъ «лихорадкой» втеченіе нѣсколькихъ недѣль. Всѣ ночи 1913 г. (апрѣль—май) сильно выраженное острое инфекціонное заболѣваніе: ознобъ, жаръ, сильная головная боль, сонливость; сознаніе ясное, болевыхъ ощущеній въ конечностяхъ не было. Въ постели пролежалъ недѣль 5. Оправившись, чувствовалъ себя вполне здоровымъ и занимался прежнимъ крестьянскимъ дѣломъ. Недѣли 3 спустя (начало іюня), безъ видимыхъ поводовъ, стала развиваться слабость правой руки, постепенно усиливавшаяся; съ конца іюня похуданіе праваго плеча, съ половины іюля рука уже плохо поднималась, движенія въ плечевомъ суставѣ были сильно ограничены; съ половины августа движенія въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ отсутствовали и атрофія мышцъ усилилась. Болевыхъ ощущеній нигдѣ не испытывалъ.

Въ клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета О. находился съ 6/xi по 19/xii 1913 г. Status praesens въ началѣ былъ таковъ. Черепные нервы въ порядкѣ (лѣвая глазная щель немного шире правой). Движенія лѣвой руки въ предѣлахъ нормы, приподниманіе руки вверхъ нѣсколько затруднено и замѣтно ослаблено; сила пальцевъ 18 kilo. Движенія правой руки отсутствуютъ въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ, нѣсколько ограничены въ лучезапястномъ и пальцахъ, особенно 4 и 5; сила—О. Движенія ногъ удовлетворительны, атаксіи нѣтъ.

Рефлексы: на правой рукѣ вызывается вяло лучевой, остальные отсутствуютъ, на лѣвой рукѣ всѣ рефлексы вызываются живо; коленные и ахилловы оживлены. Рефлексы кожные, со слизистыхъ оболочекъ, газовые органы нормал. Зрачковъ и глазная щель справа сужены; реакція зрачковъ удовлетворительна. Тонусъ мышцъ правой руки пониженъ, гиперэкстензія въ правомъ локтевомъ суставѣ. Незначительный сколіозъ выпуклостью вправо.

Сильное похуданіе мышцъ правой руки и надплечья, мышць шеи слѣва; на лѣвой рукѣ слабое похуданіе мышць надплечья и плеча. На токъ фарадическій реагируютъ всѣ мышць лѣвой руки, нѣсколько вяло въ плечѣ и надплечьи, на правой рукѣ—

не реагируетъ мышцы плеча, лопатки, средняя порція *m. scapularis*; остальныя—очень вяло и слабо. ER. въ мускулатурѣ правой руки. Болѣзненность мышцъ правой руки (надплечья плеча). Болевое чувствіе нѣсколько ослаблено въ правой рукѣ на наружной поверхности плеча. R. *Wassermann*'а отрицательна въ крови и въ люмбальной жидкости. Въ люмбальной жидкости р. *Nonne* отриц., лимфоцитозъ 9,3; давленіе нормально.

За время пребыванія больного въ клиникѣ произошли значительныя измѣненія въ лѣвой рукѣ. Уже съ первыхъ дней подниманіе ея вверхъ стало затруднительно; 11/xi рука поднималась съ трудомъ, при чемъ лопатки отдѣлялись отъ грудной клѣтки (*scapula alata*). 14/xi движенія въ плечевомъ суставѣ вверхъ сильно ограничены, поднятіе руки возможно лишь до горизонта. 28/xi разгибаніе пальцевъ правой руки хуже. 5/xii похуданіе мышцъ лѣваго надплечья сильнѣе, движенія въ плечѣ хуже; 11/xii поднятіе лѣвой руки вверхъ возможно на 15, заведеніе взадъ ограничено, сильное сгибаніе предплечья невозможно, разгибаніе возможно, ослаблено. Сильное похуданіе мышцъ лопатки, электровозбудимость ихъ сильно понижена. Сила правой руки 0, лѣвой 12 kilo.

M. biceps sin. имѣетъ хоршій внѣшній видъ, похудѣлъ очень незначительно; но его электровозбудимость уже понижена на фарад. токъ, при $K < A$.

Болѣзненность мышцъ плеча и надплечья правой и лѣвой стороны; нервные стволы неболѣзненны (*plex. brachialis sin.* болѣзнен.), фибриллярныхъ сокращеній нѣтъ.

Разсматривая свои оба случая какъ проявленіе *остраго полиомієлита взрослыхъ* (у 1-го больного въ типичной, у 2-го въ атипичной—абортивной формѣ), докладчикъ видитъ въ нихъ подтвержденіе установленнаго уже въ литературѣ любопытнаго клиническаго факта—развитія явленій прогрессивной спинальной мышечной атрофіи у лицъ перенесшихъ острый передній полиомієлитъ передъ тѣмъ за нѣсколько недѣль, мѣсяцевъ, лѣтъ и даже десятковъ лѣтъ. Дѣйствительно, у обоихъ больныхъ, постепенно нараставшія явленія мышечной атрофіи и пареза, охватывавшія все новыя и новыя мышечныя группы и обладавшія свойствами мієлопатическаго пораженія, вполне подходили подъ общее понятіе «прогрессивной спинальной мышечной атрофіи».

Лишь немногіе авторы признаютъ въ настоящее время эту форму за самостоятельную; большинство отождествляетъ ее съ *хроническимъ полиомієлитомъ*. Эту анатомическую форму слѣдуетъ принять и въ обѣихъ демонстрируемыхъ случаяхъ: въ 2-мъ случаѣ напр., парезъ *m. bicipitis s.* развился довольно быстро въ нѣсколько дней, какъ это бываетъ при полиомієлитѣ, и мышцы

теперь, не взирая на ея хорошій внѣшній видъ и объемы обнаруживаетъ уже явныя дегенеративныя измѣненія т. е., здѣсь паралитичъ предшествовалъ развитію атрофіи.

Въ отношеніи *патогенеза* этихъ весьма интересныхъ формъ, могущихъ пролить свѣтъ и на патогенезъ хроническаго и подостраго полиоміелита можно придерживаться двухъ толкованій: или первичная инфекція остраго полиоміелита, утративъ свою первоначальную силу, осталась *in situ* и затѣмъ начала, при благоприятныхъ условіяхъ, свою дѣятельность, но уже не въ томъ видѣ, какъ въ остромъ періодѣ, или—что передніе рога спинного мозга послѣ прошедшаго остраго полиоміелита остались нѣсколько дефективными и въ этомъ пунктѣ (*locus minoris resistentiae*) могли проявить свое вліяніе различные моменты, возникающіе въ организмѣ при его сложной жизни (случайныя интоксикаціи, новыя инфекціи, аутоинтоксикаціи) и вызвать въ данномъ пунктѣ вялый хроническій воспалительный процессъ. Докладчику представляется болѣе вѣроятнымъ второе предположеніе. Способъ развитія картины прогрессивной спинальной мышечной атрофіи у 2-го больного, гдѣ острый полиоміелитъ проявился лишь въ формѣ abortивной за нѣсколько недѣль до первыхъ признаковъ пареза и похуданія руки, представляетъ особенную важность для патогенеза подобныхъ формъ: близость перваго и втораго момента болѣзни позволяютъ здѣсь легко установить между ними причинную зависимость. Однако, подобную же зависимость нѣтъ никакого основанія отрицать и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ между проявленіемъ остраго полиоміелитическаго процесса или, вѣрнѣе *Heime-Medin'sкой* болѣзни (даже и въ abortивной формѣ) и наступленіемъ картины прогрессивной спинальной мышечной атрофіи пройдутъ не недѣли, а мѣсяцы и года, какъ это наблюдалось въ рядѣ случаевъ типичнаго остраго передняго полиоміелита и какъ это проявилось у нашего перваго больного. Поэтому въ основѣ цѣлаго ряда случаевъ прогрессивной спинальной мышечной атрофіи или хроническаго полиоміелита можно съ полнымъ правомъ видѣть протекшій задолго (за нѣсколько мѣсяцевъ или лѣтъ) передъ тѣмъ острый полиоміелитическій процессъ въ abortивной формѣ, во время не распознанный за такую и потому не принятый въ вниманіе при истолкованіи происхожденія явленій хроническаго спинальнаго процесса.

Такимъ образомъ, хроническій полиоміелитъ въ рядѣ случаевъ приходится разсматривать какъ послѣдствіе остраго полиоміелита, какъ въ сто классической формѣ такъ и въ его разновидностяхъ, включая сюда и abortивную форму.

Проф. Д а р к ш е в и ч ѣ. Вопросъ очень спеціальный. Докладчикъ неразъ демонстрировалъ формы прогрессивной

мышечной атрофіи. Этотъ вопросъ занимаетъ выдающееся значеніе въ современной европейской литературѣ. Исторія вопроса: до 70-хъ годовъ диагностировался poliomyelitis. Въ 80—90 хъ годахъ стали диагностировать полиневритъ. Съ начала этого столѣтія реакція—стали диагностировать полиоміэлитъ острый. Хроническій полиоміэлитъ въ 80 хъ годахъ совсѣмъ не диагностировался (вліяніе увлеченія).

Теперь мы должны диагностировать не только острый и хроническій полиоміэлитъ, но и переходныя формы. По аналогіи съ другими заболѣваніями (epilepsia partialis) мы можемъ диагностировать остро развившійся полиоміэлитъ, въ дальнѣйшемъ принимающій хроническое теченіе. Имѣя въ виду инфекціонное происхожденіе этой болѣзни, и возможность перехода остраго полиоміэлита въ хроническую форму, можно думать, что современемъ будетъ найдена соотвѣтствующая серотерапія. Благодаритъ докладчика за постоянныя демонстраціи по данному вопросу.

Өаворскій. Можно признать тутъ инфекцію, которая вызываетъ и острый полиоміэлитъ. Съ другой стороны, въ cerebro-спинальной оси создаются locus minoris resistentiae, гдѣ могутъ селиться и др. инфекціи.

4. Почетный членъ Н. А. Миславскій: **О тонахъ дѣятельности нервовъ.**

При помощи струннаго гальванометра отмѣчаются два фазиса тока, отведеннаго отъ точекъ А и В нерва или мышцы. Въ покойномъ состояніи разницы потенциаловъ нѣтъ или почти нѣтъ,—тока нѣтъ. Иногда маленькія отклоненія наблюдаются, т. к. по пути электродовъ попадаютъ перерѣзанныя вѣточки. Если приложить раздраженіе въ какой-ниб. точкѣ нерва (resp. мышцы), дѣятельное состояніе распространяется съ извѣстной скоростью, зависящей отъ температуры. Пришедшія въ дѣятельное состояніе части электроотрицательны по отношенію къ находящимся въ покоѣ (такъ принимаютъ). Эта терминологія не совсѣмъ правильна (цинкъ въ элементѣ электроположительенъ). Внѣ нерва токъ идетъ по направленію къ раздражаемому концу. Часть, пришедшая въ дѣятельное состояніе является какъ бы отрицательнымъ полюсомъ. Процессъ возбужденія распространяется отъ поперечника къ поперечнику. Въ пунктѣ, до котораго дошла волна возбужденія, послѣ приложенія раздраженія происходитъ возрастаніе потенциала, въ пунктахъ, пройденныхъ волной возбужденія угасаніе. Когда волна дойдетъ до точки В, дальше отстоящей отъ пункта приложенія раздраженія, въ точкѣ А (раньше пройденной волной возбужденія), уже будетъ паденіе

потенціала. Тогда токъ пойдетъ уже въ другомъ направленіи. На мышцахъ, гдѣ скорость меньше, можно рѣзко получить обѣ эти фазы, гдѣ вторая будетъ нѣсколько меньше: это зависитъ отъ того, что не совсѣмъ еще кончится возбужденіе въ точкѣ А. Въ нервѣ вторая фаза можетъ быть едва выражена, т. к. скорость проведенія очень велика. Уже Негманнъ, далъ вполне ясное объясненіе явленію: два тока суммируются; вторая фаза, являясь алгебраической суммой двухъ кривыхъ, не можетъ быть такъ рѣзко выражена. Цѣль демонстраціи: я нашелъ этимъ инструментомъ то, что нашелъ Негманнъ. Какъ измѣняется волна возбужденія при поляризаціи въ нервѣ. Раздраженіе прикладывалось на одномъ концѣ нерва; къ противоположному концу прикладывались два электрода, по которымъ можно было пропускать токъ. Токъ нерва отводился въ пунктѣ, лежащемъ между пунктомъ приложенія съ одной стороны и поляризующими электродами съ другой. При такихъ условіяхъ наблюдаются измѣненіе волны возбужденія и явленія деполяризаціи.

При анэлектротонѣ усиливается 2-ая фаза, въ катэлектротонѣ происходитъ ослабленіе 2-й фазы и непостоянныя измѣненія 1-ой фазы, чаще усиленіе. Положительная фаза не только увеличивается, но растягивается очень во времени (законъ инкремента).

Другой вопросъ менѣе разработанъ: что дѣлается съ волнами возбужденія въ нервѣ, если встрѣчаются 2 волны, идущія навстрѣчу другъ другу (раздраженіе нерва въ симметричныхъ пунктахъ по обѣ стороны отъ мѣста отведенія тока нерва, 2 одинаковыхъ калиброванныхъ аппарата, размыкательные индукціонные удары). При раздраженіи обоихъ концовъ одновременно происходитъ интерференція волнъ возбужденія; если точно поставить опытъ, можно получить полное ихъ аннулированіе. Если волны возникаютъ въ разное время (черезъ 0,002 сек.), наблюдается увеличеніе второй фазы.

Проф. Самойловъ. Я былъ осведомленъ объ опытахъ Н. А. Миславскаго. Какъ человѣкъ, занимавшійся много этимъ вопросомъ, хотѣлъ сказать о техникѣ. Н. А. считаетъ достойнымъ удивленія, какъ съ прежними методами могли старые ученые получать такіе результаты. Конечно, прозорливость ихъ необычайна. Но, съ другой стороны, занятія съ употребляемыми въ настоящее время инструментами гораздо труднѣе; изслѣдованія при помощи струннаго гальванометра требуютъ подготовки физической, требуютъ всего человѣка, влюбленнаго въ свое дѣло. Подтверженіе закона Негманна является большимъ вкладомъ. Доказать, затѣмъ, встрѣчу въ нервѣ волнъ возбужденій въ виду большой скорости въ высшей степени цѣнно.

Проф. Даркшевичъ. Благодаритъ докладчика, взявшаго на себя трудъ познакомить Общество съ послѣднимъ словомъ физиологической науки.

Проф. Миславскій. Благодаритъ А. Ф. Самойлова за совѣстную работу и указанія.

5. Дѣйствительный членъ П. И. Эмдинъ: **Атрофія мышцы послѣ перерѣзки нерва и Waller'овкое перерожденіе нерва при свѣтѣ прижизненной окраски помощью Pyrrulblau.** Демонстрація гистологическихъ препаратовъ. Авторефератъ.

Изучая характеръ атрофическаго процесса въ денервированной мышцѣ докладчикъ пришелъ къ заключенію, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ простой, а не дегенеративной атрофіей мышцы, при чемъ мышечныя волокна, не теряя своихъ морфологическихъ свойствъ, исподволь худѣютъ, распада же въ нихъ не наблюдается, а всѣ ядра находяшіяся внутри сарколеммы, увеличенныя въ числѣ являются продуктомъ размноженія мышечныхъ же ядеръ даннаго волокна и отнюдь не могутъ разматриваться, какъ иммигрировавшіе въ мышечное волокно извнѣ клѣточные элементы (см. прот. засѣд. О-ва Невропат. и Псих. 10 апрѣля 1913 г.). Прижизненная окраска оперированныхъ (перерѣзка п. Ischiad.) животныхъ помощью Pyrrulblau, примѣннаго въ 1909 г. въ первые по предложенію проф. Ehrlich'a для гистологическихъ изслѣдованій—профессоромъ Goldmann'омъ¹⁾, дала докладчику дополнительные, очень важныя аргументы въ пользу приведеннаго выше толкованія атрофическаго процесса въ денервированной мышцѣ. Pyrrulblau въ норм. мышечной ткани краситъ по мнѣнію Goldmann'a лишь плязматокиты (Ranvier),—они же ruhende Wanderzellen Максимова, или попросту pyrrul'овыя клѣтки (Goldmann),—при чемъ окраска состоитъ въ явленіи набитыхъ въ плязму клѣтокъ синихъ гранулъ. Эти pyrrul'овыя клѣтки располагаются въ межуточной ткани, сами же мышечныя волокна остаются совершенно безцвѣтными. Гематогенные элементы, наблюдающіеся при извѣстныхъ условіяхъ въ соедин. ткани краски эти совершенно не усваиваютъ. Благодаря такой избирательности прижизненной окраски, на предъявляемыхъ препаратахъ съ мышцъ свинки, прижившей 3 недѣли послѣ перерѣзки нерва, мы можемъ убѣдиться въ томъ, что сильно исхудавшія мышечныя волокна оперированной стороны, какъ и волокна здоровой стороны не содержатъ внутри сарколеммы pyrrul'овыхъ клѣтокъ, а такъ какъ въ качествѣ иммигрантовъ могли появиться лишь эти ruhende Wanderzellen, преобразованные въ полибласты, то этимъ доказы-

¹⁾ Beiträge zur Klinische Chirurgie Bruns'a B. 64.

вается отсутствіе въ атрофирующемся денервированномъ мышечномъ волокнѣ экзогенныхъ клѣтокъ, которые могли бы свидѣтельствовать о распадѣ мыш. волокна. Лейкоцитовъ же въ мышечномъ волокнѣ послѣ перерѣзки нерва вообще никто не видалъ, если одновременно не возникало воспаленія въ силу мѣстной травмы, либо инфекціи. Въ межуточной ткани денервированной мышцы количество ругго'овыхъ клѣтокъ увеличено по сравненію съ нормальной.

Попутно ислѣдована гистологическая картина периф. отрѣзка нерва, причѣмъ на предъявляемыхъ препаратахъ обнаруживается, что не смотря на ярко выраженные здѣсь явленія Waller'овскаго перерожденія (дополнит. окраска осміемъ и друг.),— внутри Шванновскихъ оболочекъ нѣтъ ругго'овыхъ клѣтокъ. Въ энлонейріѣ (какъ межуточной ткани) ругго'овыя клѣтки наблюдаются и на сторонѣ оперированной въ большемъ противъ нормы количествѣ. По Goldmann'у нервное волокна съ его Шванновскими клѣтками вообще не окрашивается Pyrrulblau. Описываемый фактъ, требуетъ, конечно, дальнѣйшихъ наблюденій, и если онъ подтвердится, то споръ о происхожденіи клѣтокъ, наблюдаемыхъ внутри Шванновской оболочки при Waller'овскомъ перерожденіи долженъ быть рѣшенъ въ пользу тѣхъ, кто всѣ эти клѣтки производитъ отъ Шванновскихъ клѣтокъ (Strolbe). А гематогенныхъ клѣтокъ (лейкоцитовъ) при отсутствіи травмы in loco, либо инфекціи, никто вообще не видѣлъ внутри Шванновской оболочки при Waller'овскомъ перерожденіи нервного волокна.

— Заслушанъ и утвержденъ протоколъ VII засѣданія Общества 27 ноября 1913 года.

Произведена баллотировка въ дѣйствительные члены Общества д-ра Н. И. Бондарева. Избранъ единогласно.

Предсѣдатель В. П. Осиповъ.
Секретарь В. Ворошиловъ.