

сѣданій, на которыхъ читались и обсуждались рефераты наиболѣе интересныхъ работъ специальной неврологической и психіатрической литературы.

Какъ тѣ, такъ и другія собранія, проходившія довольно оживленно, въ значительной мѣрѣ обязаны этимъ тому живому участию, которое принимали въ нихъ уважаемый проф. Л. О. Даркшевичъ и доктора его клиникъ и нѣкоторые ординаторы Военнаго Госпиталя вмѣстѣ съ бывшимъ главнымъ врачомъ его В. С. Бронниковымъ и другіе уважаемые гости нашихъ скромныхъ собраній.

Послѣ чтенія отчета д-ръ А. В. Фаворскій произнесъ рѣчь на тему: «*Прогрессъ въ ученіи объ анатоміи и патологіи нервной пластинки*».

Рѣчь была покрыта рукоплесканіями.

*Н. Топорковъ.*

## Научныя собранія врачей казанской клиники нервныхъ болѣзней.

Засѣданіе 9 января 1901 г.

I. Д-ръ М. М. М е р и н гъ: *Случай табической амиотрофіи.*

Больной В. В., 32 л., безъ тяжелой наследственности; въ дѣтствѣ перенесъ корь. Съ 17 лѣтъ началъ мостурбировать и пить водку. Съ 18 лѣтъ имѣетъ нормальный coitus и заражается гонорреей, влекущей за собою правосторонній орхитъ. На 19 году заражается сифилисомъ. По наступленіи розеолъ выдерживаетъ курсъ лѣченія hydrargyro (40 inject.); спустя 4 мѣсяца снова дѣлаетъ 28 inject. вслѣдствіе папулъ во рту и in ano. На слѣдующій годъ послѣ незначительной простуды наступаетъ полная афонія; дѣлается 36 фрикцій ung. neapolitani. Черезъ 4 года послѣ зараженія сифилисомъ больной женится, въ первые два года супружеской жизни abusus in Venere: ежесуточно по три раза въ теченіе ночи. Первый ребенокъ черезъ 4 года рождается въ срокъ, но на 4 мѣсяцѣ умираетъ отъ наследственнаго сифилиса. Черезъ годъ у жены на 2-мъ мѣсяцѣ беременности абортъ, еще черезъ годъ послѣдній ребенокъ, рожденный въ срокъ, который живъ и теперь.

Начало настоящаго заболѣванія больной относитъ къ 1895 г.: жестокія боли ноющаго характера съ разнообразной локализацией. Въ слѣдующемъ 1896 г. констатируется у больного общая мышечная слабость, преимущественно-же въ ногахъ, особенно при спусканіи съ лѣстницы и при подниманіи съ колѣнъ. Въ 1898 г. къ указаннымъ симптомамъ, усилившимся качественно и количественно, присоединяется retentio urinae и чувство онѣмѣнія въ кисти и предплечіи лѣвой

руки, мелкія движенія пальцевъ, особенно письмо, становятся невозможными. Весной 99 г. больной уже не можетъ ни ходить, ни стоять. Лѣтомъ того-же года больной получаетъ снова бо фрикцій *ung. neparol.* и въ это-же время отмѣчаетъ у себя ослабленіе *potentionis* и зрѣнія въ лѣвомъ глазу. Въ 1900 г. всѣ перечисленные симптомы продолжали усиливаться и достигли своего апогея.

Объективное изслѣдованіе больного въ казанской нервной клиникѣ, куда онъ поступилъ для лѣченія 4-го сент. 1900 г., дало слѣдующіе результаты.

Незначительное отклоненіе лѣваго глазного яблока кверху и кнаружи; сильный, равномерно на обѣихъ сторонахъ выраженный миозъ; горизонтальный нистагмъ, при вращеніи глазъ въ стороны. Легкое уплощеніе правой носогубной складки. Нѣсколько сильнѣе отгѣнокъ голоса, въ зависимости отъ пареза правой голосовой связки, доказаннаго ларингоскопически. Отставаніе праваго плеча отъ лѣваго при поднятіи ихъ кверху. Легкое отклоненіе языка вправо. Периферическій типъ ослабленія силъ сокращенія мышцъ на обѣихъ верхнихъ конечностяхъ. Рѣзкая атаксія во всѣхъ конечностяхъ. Отсутствие кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ за исключеніемъ рефлексовъ съ *extens. et flexor. рукъ; retentio et incontinentia urinae*, иногда *incontinentia alvi* и *impotentia coeundi*. Симптомъ *Argyll-Robertson'a*. Легкій *tremor* въ пальцахъ рукъ. *Hypotonia*. Пониженіе остроты зрѣнія въ лѣвомъ глазу до  $\frac{1}{10}$  нормъ и сѣрая атрофія п. *optici*; въ правомъ глазу начальная стадія тѣхъ же измѣненій (по изслѣдованію А. Г. Агабабова). Отчасти периферическій, отчасти корешковый (*th<sub>2</sub>, L<sub>3</sub>, S<sub>3</sub>*), характеръ анальгезіи и тактильной анестезіи, слабо выраженный; еще менѣе рѣзкая термоанестезія; значительное разстройство мышечнаго чувства и чувства давленія. Парестезіи (чувство пояса на груди, войлока подъ подошвами, ползанія мурашекъ и замедленіе проводимости въ ногахъ). Гиперестезіи на ладоняхъ. Боли ноющего характера. Рубецъ послѣ пролежня въ области крестца. Ломкость и схождение ногтей и окраска ихъ въ грязно-желтый цвѣтъ. Явленія гриффа и обезьянной лапы въ мышцахъ верхнихъ конечностей и общія явленія ихъ похуданія на всемъ протяженіи. Полная реакція перерожденія въ *m. digiti minimi dext. orponeus* и частичныя въ остальныхъ мышцахъ *hypothenaris*, въ мышцахъ *thenaris, interossei et lumbricales manus utriusque*; въ *m. palmaris brevis sin.* полное отсутствіе реакціи на гальванической токъ и значительное пониженіе ея на фарадической; количественное пониженіе электровозбудимости въ мелкихъ мышцахъ стопъ.

Демонстрируемый больной принадлежитъ къ числу особенно рѣдкихъ случаевъ амиотрофіи при *tabes dors.* во 1) благодаря локализациі пораженія на верхнихъ, а не на нижнихъ конечностяхъ и во 2) благодаря замѣчательно быстрому развитію процесса.

Въ настоящее время существуетъ двѣ теоріи, объясняющія появленія такихъ амиотрофій: одна центральная, высказанная впервые *Charcot* и поддерживаемая те-

перъ Schaffer'омъ и Raymond'омъ: теорія эта объясняетъ амиотрофію дегенеративными измѣненіями въ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга; другая—периферическая, высказанная Déjérine'омъ, по которой сущность заболѣванія сводится къ полиневрическому процессу. Возврѣніе Déjérine'а представляютъ особенную цѣнность благодаря детальному патолого-гистологическому изслѣдованію, какъ периферической, такъ и центральной нервной системы, причемъ послѣдняя въ смслѣ полученія измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ постоянно давала отрицательный результатъ, между тѣмъ какъ периферическая представляла рѣзкія измѣненія, постепенно убывающія по направленію къ центру. Взглядъ Déjérine'а несомнѣнно нуждается въ исправленіи, согласно съ новѣйшими указаніями Schaffer'a и др., доказавшихъ помощью изслѣдованія по Nissl'ю существованіе измѣненій (хроматализъ) и въ центральныхъ клѣткахъ. При всемъ томъ минимальный характеръ этихъ измѣненій, по сравненію съ измѣненіями периферической нервной системы не допускаетъ возможности связывать съ ними столь рѣзкаго похуданія мышцъ, какое мы наблюдаемъ въ клиникѣ и подтверждаемъ подъ микроскопомъ. Измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ должны считаться за явленія вторичныя, вызванныя полиневрическимъ процессомъ.

Демонстрируемый больной тоже долженъ считаться полиневритикомъ.

Начало измѣненій съ мелкихъ мышцъ кистей, постепенно распространившихся по верхнимъ конечностямъ въ центральномъ направленіи, исключаетъ мысль о *Polomyelitis anterior*; симметричность этихъ измѣненій тоже скорѣе говоритъ за периферическую ихъ натуру, а быстрое развитіе болѣзни не даетъ права предположить существованіе прогрессивной мышечной атрофіи Aran-Duchenne'овскаго типа съ центральной локализацией. Такое быстрое развитіе амиотрофіи не совсѣмъ обычно и для полиневрита, но при простомъ поражении клѣтокъ переднихъ роговъ оно не наблюдается никогда. Быстрота развитія амиотрофіи въ данномъ случаѣ легче всего объясняется общей слабостью больного, недостаточной его сопротивляемостью къ болѣзнетворному агенту.

Въ преніяхъ принимали участіе: д-ра Г. А. Клячкинъ, В. И. Левчаткинъ, А. В. Фаворскій, Л. А. Сергѣевъ и проф. Л. О. Даркшевичъ.

Г. А. Клячкинъ. Какъ Вы объясняете своеобразную электровозбудимость пораженныхъ мышцъ?

М. М. Мерингъ. Въ первый разъ такое явленіе мнѣ пришлось видѣть у больного, страдавшаго полиневритомъ и Кожевниковской формой эпилепсии — именно на *mus. gluteus dext.* фарадическая возбудимость была при 40 mm; а гальванической не было совсѣмъ. Отчего зависитъ такой фактъ, сказать затрудняюсь.

Г. А. Клячкинъ. Подобная электровозбудимость наблюдается такъ-же и при *pseudohypertrophia muse.* Можетъ быть она зависитъ отъ того, что фарадическій

токъ въ мѣстахъ съ развитой жировой тканью проникаеть глубже, чѣмъ токъ гальванической.

А. В. Фаворскій, соглашаясь съ докладчикомъ во взглядѣ на причину амиотрофій при *tabes dorsalis*, какъ результатъ заболѣванія периферической нервной системы, пожелалъ узнать, какъ часто наблюдаются эти атрофій.

М. М. Мерингъ. По статистикѣ *Déjerine*'а эти атрофій встрѣчаются въ 20% всѣхъ случаевъ спинной сухотки.

Л. А. Сергѣевъ спросилъ докладчика, часто-ли встрѣчаются такія измѣненія ногтей у сухоточныхъ больныхъ, какъ въ данномъ случаѣ.

М. М. Мерингъ. Я нашелъ ихъ только въ одномъ случаѣ *Leiden*'а, но у него измѣненія эти касались только ногтей рукъ.

Л. О. Даркшевичъ. Амиотрофій при *tabes dors.* попадаютъ не часто; я лично видѣлъ 3—4 случая. По моему, ученіе о происхожденіи табическихъ амиотрофій должно покоиться на изслѣдованіяхъ *Dejerine*'а; попытка *Schaffer*'а вернуться къ ученію *Charcot* несправедлива. При тѣхъ измѣненіяхъ въ мышцахъ и периферической нервной системы, которыя были констатированы *Déjerine*'омъ, нѣтъ ничего удивительнаго, если клѣтки спинного мозга были измѣнены, но измѣненія эти вторичныя.

П. Д-ръ М. П. Романовъ: *Случай энцефаліи съ своеобразной висцеральной аурой (La faim valle Féré).*

Больной—мальчикъ 10 лѣтъ, съ наследственнымъ сифилисомъ въ анамнезѣ, никакими инфекціонными болѣзнями, кромѣ легкой кори, въ дѣтствѣ не страдалъ, травмы головы не было.

Настоящее заболѣваніе началось съ 4-хъ лѣтняго возраста и стало проявляться усиленнымъ аппетитомъ, приступы котораго съ каждымъ годомъ становились все чаще и чаще. Это чувство голода должно было быть всякій разъ непременно удовлетворяемо, въ противномъ же случаѣ у мальчика наступалъ эпилептический припадокъ. Такіе приступы аппетита за послѣднее время бывають ежедневно черезъ 1—2 часа и проходятъ отъ самаго незначительнаго количества чего-либо съѣдобнаго, напр. маленькаго кусочка французской булки, и не стоятъ ни въ какой зависимости съ общими пріемами пищи.

Объективное изслѣдованіе больного, кромѣ нѣкоторыхъ явленій наследственнаго сифилиса, никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружило.

Остановившись подробно на описаніи самыхъ припадковъ больного, докладчикъ перешелъ далѣе къ дифференціальному діагнозу страданія и, исключивъ *diabetes mellitus et insipidus*, *helmenthiasis*, *hyperorexi*'ю и истерію, пришелъ къ заключенію, что онъ имѣлъ дѣло съ эпилепсіей, гдѣ ощущеніе голода, наступавшее передъ припадкомъ, нужно считать за своеобразную висцеральную эпилеп-

тическую ауру. Затѣмъ, сдѣлавъ обзоръ литературы вопроса, докладчикъ перешелъ къ объясненію нѣкоторыхъ симптомовъ даннаго случая. Такъ, аура есть ничто иное, какъ центральная парестезія, — проэкція раздраженія нервнаго центра на периферію. Это раздраженіе должно, повидимому, помѣщаться въ области блуждающаго нерва.

Заболѣваніе центра, выразившееся сначала въ видѣ мѣстнаго раздраженія, обнаружившагося только усиленнымъ аппетитомъ, затѣмъ постепенно шло впередъ, пока, наконецъ, путемъ рефлекса не вовлекло въ страданіе и двигательные центры, благодаря чему и появились эпилептическіе припадки. Предупрежденіе припадка сѣданиемъ небольшихъ кусочковъ хлѣба есть слѣдствіе противопоставленія одного, болѣе сильнаго, раздраженія другому, менѣе сильному. Причина болѣзни — сифились.

Курсъ специфическаго лѣченія оказалъ благотворное дѣйствіе — мальчикъ въ настоящее время совершенно здоровъ.

Въ преніяхъ принимали участіе: д-ра В. И. Левчаткинъ, В. П. Первушинъ, Н. Н. Топорковъ, проф. Л. О. Даркшевичъ, д-ра Г. А. Клячкинъ и А. В. Оаворскій.

В. И. Левчаткинъ. Этотъ случай, повидимому, нужно причислить скорѣе къ *petit mal*, чѣмъ къ *grand mal*.

Что касается отсутствія глистовъ въ экскрементахъ, то по этому нельзя еще судить о настоящемъ ихъ отсутствіи.

Мнѣ припоминается случай съ рахитической дѣвочкой, гдѣ были эпилептическіе припадки, сопровождавшіеся ощущеніемъ тошноты и голода; изслѣдованіе экскрементовъ на глисты дало отрицательные результаты; однако глистогонное лѣченіе обнаружило у дѣвочки присутствіе глистовъ, съ уничтоженіемъ которыхъ прошли и припадки.

М. П. Романовъ. Въ данномъ случаѣ результатъ ртутнаго лѣченія, при отсутствіи противоглистной терапіи, говоритъ противъ предположенія, что припадки здѣсь вызывались глистами.

В. П. Первушинъ и Г. А. Клячкинъ думаютъ, что нѣкоторое пониженіе удѣльнаго вѣса мочи у больного нисколько не противорѣчатъ чистотѣ случая, такъ какъ такое измѣненіе мочи нерѣдко встрѣчается и при эпилепсіи.

Н. Н. Топорковъ. При аурахъ въ другихъ случаяхъ эпилепсіи не всегда удается купировать припадокъ, между тѣмъ въ Вашемъ случаѣ удавалось это каждый разъ. Какъ Вы объясняете этотъ фактъ?

М. П. Романовъ. По моему мнѣнію возможность или невозможность купировать припадокъ зависитъ отъ интензивности раздраженія, вызывающаго эпилептическій припадокъ. Если бы и мой больной не лѣчился, болѣзненный процессъ усилился-бы въ концѣ концовъ и у него также нельзя-бы было купировать припадокъ периферическимъ противорадраженіемъ.

А. В. Оаворскій высказалъ предположеніе, что патолого-анатомическимъ субстратомъ въ данномъ случаѣ не является-ли разроженіе клѣтокъ невроглии, стѣсняющее правильную функцію нервныхъ клѣтокъ.

Л. О. Даркшевичъ. Такойъ случай эпилепсіи, какъ случай докладчика, я встрѣчаю въ первый разъ. Не подлежитъ, на мой взглядъ, сомнѣнію, что у больного были эпилептическіе припадки съ очень рѣдкой формой ауры, которую нужно признать за ауру центрального происхожденія. Что касается анатомическаго субстрата, то я бы думалъ, что здѣсь измѣненія въ корѣ были не грубо-анатомическія. Успѣхъ лѣченія въ данномъ случаѣ долженъ разсматриваться не какъ результатъ внушенія или клиническаго пребыванія, а исключительно какъ результатъ специфическаго дѣйствія ртути.

*М. Романовъ.*

