

этого материала въ дальнѣйшемъ изложеніи онъ представляетъ симптоматологію, теченіе, исходы и діагностику этой формы спинно-мозгового сифилиса. Резюмируя вкратцѣ эту часть работы мы имѣемъ слѣдующее: Болѣзнь можетъ развиваться въ острой, подострой и хронической формѣ, при чемъ во всѣхъ этихъ случаяхъ симптоматическій комплексъ бываетъ совершенно одинаковъ, но въ однихъ случаяхъ онъ развивается чрезвычайно быстро, въ другихъ болѣе или менѣе медленно. Въ острыхъ случаяхъ сначала наблюдается параличъ съ расслабленіемъ мышцъ и отсутствіемъ или пониженіемъ колѣнныхъ рефлексовъ; въ хроническихъ случаяхъ такого стадія не бываетъ и дѣло, повидимому, начинается прямо съ медленнаго повышенія рефлексовъ и спастическихъ явленій. При этомъ часто наблюдается картина Brown—Sequard'овскаго паралича. Острые случаи съ теченіемъ времени переходятъ въ хроническія и оканчиваются повышеніемъ рефлексовъ и явленіями двигательнаго раздраженія въ нижнихъ конечностяхъ. Разстройство vesicæ и recti всегда наблюдаются и иногда предшествуютъ параличу. Термическое и болевое чувство или совершенно исчезаютъ или притупляются въ сильной степени. Тактильная чувствительность остается или въ предѣлахъ нормы или разстраивается очень мало. Всѣ случаи подобнаго рода, по мнѣнію автора, одного и того же происхожденія, зависятъ отъ пораженія арт. spinalis ant., съ характеромъ тромбоза. Въ діагностическомъ отношеніи нужно считаться съ возможностью травмы, самопроизвольнаго кровоизліянія въ спинной мозгъ, эмболии или тромбоза арт. spinalis ant. на почвѣ атероматоза а также другими заболѣваніями, которыя могутъ дать подобную картину, какъ то міэлитами, интрамедуллярными опухолями, гуммами и сирингоміэліей нижней части спинного мозга.

Если эти процессы исключены, то разбираемая картина должна быть отнесена къ сифилису. Авторъ, между прочимъ, справедливо замѣчаетъ, что при діагностикѣ спинномозгового сифилиса должно руководиться главнымъ образомъ клинической картиной болѣзни, а не анамнезомъ больныхъ, какъ это дѣлается нѣкоторыми невропатологами, потому что многіе больные могутъ совершенно не знать о томъ перенесли они сифилисъ или нѣтъ. Полное выздоровленіе является рѣдко, гораздо чаще съ дефектами, а также можетъ наступить и и летальный исходъ отъ піэміи (вслѣдствіе пролежня, цистита, піэлита и т. п.) или отъ уреміи (восходящій нефритъ). При этихъ формахъ авторъ назначаетъ комбинированное леченіе: ртутное съ іодистымъ.

Проф. Заблудовскій И. В. *Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ и музыкой.* „Русскій Врачъ“ №№ 19 и 20.

Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ и музыкой, въ легкой степени извѣстное многимъ изъ личнаго опыта, по чувству усталости

и болямъ въ рукахъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ пріобрѣтаетъ патологическое значеніе и ведетъ къ опредѣленнымъ (параличнымъ или судорожнымъ) формамъ заболѣваній руки. Не всегда это переутомленіе зависитъ отъ чрезмѣрныхъ занятій письмомъ или игрою. Оно можетъ наступить еще при цѣломъ рядѣ условій, нарушающихъ нормальные предѣлы жизненныхъ функцій. Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ наблюдается, конечно, чаще, чѣмъ переутомленіе игрою. Лишь страдающихъ этимъ переутомленіемъ авторъ раздѣляетъ на нѣсколько группъ, приводя для каждой болѣе или менѣе характерные примѣры.

Мѣры въ цѣляхъ предупрежденія или предотвращенія переутомленія при письмѣ заключаются въ подходящемъ положеніи сидящаго за письмомъ, въ правильной установкѣ его тѣла и руки, въ подходящемъ выборѣ письменныхъ принадлежностей (для нѣкоторыхъ случаевъ рекомендуются специально устроенныя ручки), далѣе въ примѣненіи стенографіи и письма на пишущей машинѣ и наконецъ въ обращеніи особаго вниманія со стороны учителей на почеркъ учениковъ въ отношеніи его четкости и красоты.

Говоря о переутомленіи при занятіяхъ музыкой авторъ имѣлъ въ виду, главнымъ образомъ, пианистовъ и предлагаетъ слѣдующія средства для борьбы съ частными случаями этого страданія: ограниченіе выставленія на первый планъ техники игры; болѣе гуманное отношеніе композиторовъ, которые должны бы меньше имѣть въ виду музыкальнаго сверхъ-человѣка; наконецъ тщательное приспособленіе учителей къ даннымъ средствамъ играющаго: къ дарованію его, возрасту, общему физическому развитію и анатомическому соотношенію частей рукъ, т. е. длины и ширины пальцевъ и кисти.

Ханутина М. Д. *Къ казуистикѣ сирингоміэліи.* „Русскій Врачъ“ №№ 19 и 20.

Собственнымъ 4-мъ наблюденіямъ авторъ предпосылаетъ достаточно полный очеркъ работъ посвященныхъ вопросу о сущности и клинической діагностикѣ даннаго страданія.

1 сл. Больная 20 л., съ годъ назадъ замѣтила слабость въ правой рукѣ, безъ болей. Сила этой руки—5 клгрм., тогда какъ лѣвой—25 клгрм. На кожѣ этой руки нѣсколько рубцовъ послѣ ожоговъ. Конечность на видъ представлялась достаточно полной, но на фарадическій токъ мышцы ея реагировали вяло; гальванической тскъ обнаруживалъ реакцію перерожденія. Сухожильные рефлексy этой руки понижены. Коленные рефлексy повышены. Полная анальгезія и термоанестезія правой руки, отчасти плечевого пояса и туловища. На протяженіи анестезированныхъ областей имѣлись мѣста, гдѣ больная способна различать холодъ при прикосновеніи пробирки со льдомъ. Это заставляло предполагать, что чувствительность къ холоду есть