

пациенток был обнаружен также недостаток витамина Д, что было скорректировано соответственной диетой. Токсению беременности он считает одним из проявлений авитаминоза.

В. Дембская.

Friedrich H. *Редкие формы расстройств мочеиспускания у женщин (склероз сфинктера, стеноз мочеиспускательного канала)* (Zbl. Gyn. 1936. 4. 212—217). Целью работы а. является стремление заставить врача при трудно объяснимых расстройствах мочеиспускания у женщин подумать о возможности наличия в данном случае одного из заболеваний, наблюдавшихся им у двух больных. Клинические явления, обнаруженные во время операции, и результаты гистологического исследования показали, что дело шло о настоящем склерозе сфинктера, т.е. о заболевании, клиническая картина которого, поскольку дело касается женщины, описана лишь в самое последнее время. Во втором случае препятствие для мочеиспускания помещалось не в шейке мочевого пузыря, а в мочеиспускательном канале; имелся стеноз уретры, также почти неизвестный у женщин. В первом случае после иссечения клиновидного куска из передней губы сфинктера наступило выздоровление, а во втором—расстройства исчезли после расширения уретры.

В. Иванов.

## г) Невропатология.

Pitha M. *Мышечные атрофии при поражениях париетальной доли* (Rev. Neurologique, № 4, 1936). Автор сообщает о 4 случаях своих наблюдений. *Первый случай* касается 6-ного 48 лет, с судорогами правой половины туловища, по типу джексоновских, наблюдавшихся в течение 10 лет; на операции установлена глиома левой париетальной доли величиной с куриное яйцо, которая и была удалена. Через 3 месяца после операции, при наличии легкого гемипареза, отмечаются диффузные мышечные атрофии в правой половине туловища, преобладающие в мелких мышцах руки; гипотония и понижение мышечной силы. *2 случай* Мужчина, 48 лет, в течение 6 месяцев общие судороги с нарастающей общей слабостью. За последний месяц ежедневные головные боли, временами ажитированы, иногда сонлив. Объективно: легкий левосторонний гемипарез с атрофиями мышц левой руки и расстройством глубокой чувствительности на левой половине туловища. Расширение вен глазного дна, левосторонняя гомонимная гемианопсия. На операции удалена опухоль правой теменной доли: глиобластома. Спустя два м-ца после оперативного вмешательства—расстройство глубокой чувствительности и мышечная слабость исчезают, гемианопсия и атрофия только мелких мышц левой руки остаются.

*3 случай.* Больной, 37 лет. В течение 2 м-цев сильные головные боли в затылочной области, периодические расстройства речи по типу афазии Wernicke. Объективно: резкая асинергия, при походе—отклонение туловища влево, рефлекторная, двигательная, чувствительная сферы не изменены. Застойные соски зрительных нервов с многочисленными кровоизлияниями. Оперативным путем удаляется опухоль левой париетальной доли. 4 месяца спустя отмечается правосторонний гемипарез с легким понижением тонуса мышц правых конечностей, расстройством глубокой чувствительности и астереогноз, диффузная мышечная атрофия правых конечностей, но преобладают атрофии мелких мышц кисти и предплечья.

*4 случай.* Больной, 26 лет, в течение года страдает приступами судорог в левой половине лица. Объективно: никаких изменений со стороны двигательной и чувствительной сферы, но наблюдается резкая атрофия левой половины языка (без реакции перерождения), подергивания правой половины языка; понижение левого роговичного рефлекса. Застойные соски зрительных нервов с обеих сторон. Декомпрессивная трепанация дала только незначительное улучшение. При вторичном хирургическом вмешательстве определяется туберкулома с гнойным содержимым в обл. Роланд. борозды. Центральная атрофия языка—чрезвычайно редка, всего 2 случая (Joffroy, Бехтерев).

Говоря о симптоматологии описываемых мышечных атрофий, автор подчеркивает их преобладающее расположение в мелких мышцах кисти и постоянно предшествующую и сопутствующую гипотонию и медленный постепенный рост атрофий. Электровозбудимость поражения мышц понижена, без признаков перерождения мышц. Степень выраженности атрофий идет параллельно парезу мышц, но в расстройствах чувствительности такой пропорциональности нет; во многих случаях чувствительность была сохранена. По мнению автора, мышечные атрофии при поражении париетальной доли бывают значительно чаще, чем думают о них.

Во всех опубликованных случаях одновременно наблюдались и поражения пирамидных путей, почему и мышечные атрофии автор считает симптомом, не обязательным для парietальной доли, а признаком отдаленного действия патологического процесса на пирамидный пучок; большую частоту поражения мелких мышц кисти автор объясняет преимущественным расположением патологических очагов вблизи центров этих мышц и особенностями филогенетического процесса развития пучка волокон пирамидного пути, иннервирующих мелкие мышцы кисти. III. Геллер.

### д) Рентгенология.

Chinay M., Benda R. et Mollard H. *Границы рентгеновского метода в патологии легких* (Fresse Medic. 1935, № 39). Всякий новый метод до поры до времени подвергается обычно скептической критике одних, а другими принимается с энтузиазмом, не менее необоснованным. Только с течением времени каждый метод занимает заслуженное им место.

Нужно ли доказывать, что рентгеновский метод исследования легких совершенно необходим в каждом случае. И вместе с тем нельзя не сказать, что этот метод один самодовлеющего значения не имеет. Бывают врачи, которые при расхождении р-на с данными клиники всегда отдают предпочтение р-ну.

1. Рентг. метод—сам по себе—не позволяет диагностировать патологию или норму.

а) Возможно существование патологического в рентген. смысле рисунка легких—в виде, напр., пятен, узелков, плотных сеток у людей, клинически совершенно здоровых. Такие „рентгенологические болезни“ легких аа. отрицают и поэтому вполне последовательно отрицают значение поголовных рентген. исследований определенных групп населения. Такой метод привел бы к выявлению большого числа мнимо-туберкулезных людей и к повторению тех ошибок, которые были следствием диагностирования тбк только на основании выслушивания,—патологических аускультат. данных в верхушках. Следует различать не только тбк в смысле инфекции и тбк в смысле клиническом, но необходимо помнить, что возможна и третья категория—тбк рентгенологический. Название болезни заслуживает однако только тбк, клинически выраженный.

Тбк чисто рентгенологический есть тбк латентный, неактивный и аа. присоединяются к мнению Бюрнана, который еще в 1918 г. писал, что во избежание насаждения туберкулофобии, людей с латентными формами не следует трактовать как больных (что огромное число латентных форм излечивается самопроизвольно, это не подлежит никакому сомнению, но выводы и Бюрнана и авторов в этой формулировке явно слишком обобщены и упрощены. Д. К.). Особенно энергично аа. атакуют учение о патологическом гиллосе, которое привело к неверным патогенетическим схемам. Гиллосы и все тени, в них содержащиеся, суть разветвления легочной артерии. „Гиллосов, в которых ничего нет, быть не может“. Так же энергично аа. оспаривают значение теней между верхушками и гиллосом верхнего парамедиастинального отдела. В этой области находятся сосуды, мускулы, плеуральные листки, и их перекрещивание дает всевозможные индивидуальные тени, но эти тени—норма. И многие так называемые плеуриты, медиастиниты и очаги уплотнения этого порядка неосновательно причисляются к патологии. То же следует сказать о многих сплессюритах чисто рентгеновского порядка.

б) Было время, когда думали, что болезни легких делятся на две категории: „видимые“ (рентгенологические) и „невидимые“. „Видимые“ были хронические болезни легких—тбк, сифилис, рак, бронхоэктазии; „невидимые“—банальные бронхопневмонии и т. п. А теперь мы знаем, что и бронхиты и гриппозные легочные вспышки (poussées) и банальные бр.-пневмонии могут давать и оставлять надолго тени. И наоборот, мы узнали, что иногда хронические болезни не дают рентгеновских изменений (напр., базальные бронхоэктазы среди эмфизематозной ткани). Бывают и тбк очаги в местах, р-ну недоступных (глубокие медиастинальные мешки, ретрокардиальное пространство, край базального заднего отдела легких). Но, что важнее, бывают изменения, не достигающие порога рентгеновской досягаемости. „Дело выглядит так, как если бы существовал такой стадий болезни, при котором изменения бронхоальвеолита еще до того, как они сгруппируются в компактные массы, бывают доступны слуху ранее, чем зрению“. Если эти изменения рассосутся в этом стадий, то они могут остаться рентгеноотрицательными навсегда. (Это утверждение мы считаем принципиально самым важным тезисом интересной статьи авторов. Д. К.).