Van Meeteren. *Внутривенное введение угля.* (Nederland Tijdschr. v. gen., v. 81, 27/VII, 1937).

В литературе описывается, что уголь вводится в вену в виде 2% взвеси в физиологическом растворе соли. Уголь берется животный или растительный. Индивидуальная доза обычно колеблется между 4—6 куб. см. Число инъекций различно и достигает максимально 10. Автор описывает следующий случай. У женщины 28 лет развилась пневмококковая септицемия после родов. После того, как все лечебные методы, включая серо- и гемотерапию, оказались безрезультатными, автор решил прибегнуть к внутривенному введению 2% суспензии угля. После этого приступы озноба прекратились и больше не возобновлялись. Пациентке было сделано еще несколько инъекций угля. После того как у больной вновь значительно поднялась температура, можно было подумать, что угольная терапия тоже оказалась не эффективной. Однако клиническое исследование показало, что дело шло о развитии правосторонней лобарной пневмонии. После еще раз проделанной инъекции угля температура пошла на убыль и больная выздоровела.

В. Дембская.

б) невропатология.

Von Storch. *Синдром мигрени.* (New England J. of. Med. T. 217, 12/VIIi 1937

Автор отличает четыре кардинальных симптома мигрени: повторяющаяся головная боль, преимущественно с характером гемикрании; симптомы со стороны зрения (сцинтиллирующая скотома), явления со стороны желудочного кишечного канала (тошнота и рвота), наследственное предрасположение (диатез), в иных случаях соединенное с предрасположением к эпилепсии. Один какой-нибудь патологический процесс или механизм не может объяснить все явления мигрени. Разного рода аллергические, кишечные, эндокринные или психические факторы могут явиться ближайшим фактором, вызывающим появление мигрени. Патологический синдром, лежащий в основе мигрени, может быть разнообразным и множественным. Общим же для всех типов мигрени является расширение дуральных и возможно темпоральных артерий с одновременным возбуждением соответствующих периартериальных сплетений. Повидимому, это единственный механизм, непосредственно связанный с симптомом головной боли. Самым подходящим медикаментом при мигрени является эрготамин—тартарат. Он нередко действует абортивно на приступы головной боли. Предупреждение же этих приступов может основываться на точном определении причины в каждом индивидуальном случае. *В. Дембская.*

Lugien Gornil. *Новый периостальный рефлекс.* (Revue Neurologique, № 4, 1937 г).

Исследуемый укладывается на живот, голени сгибаются к бедру под прямым углом; мускулатуру ноги предлагается расслабить, одна рука исследователя фиксирует средину голени, а другая перкутирует молоточком по наружному краю пятки и верхнему краю наружной лодыжки. В ответ получается быстрое, рефлекторное приведение стопы вследствие сокращения musc. tibilis post, отчетливо определяемого при пальпации мышцы. Иногда это приведение сочетается с легкой дорзальной флексией, как при вызывании рефлекса Marie-Meige. Описываемый рефлекс исследовался автором у здоровых людей и у лиц с различными поражениями центральной и периферической нервной системы. Из 42 случаев легких гемипарезов, описываемый рефлекс был положительным в 27. Сопутствуя часто эластичности мышц конечностей при стертых формах гемипареза, положительный рефлекс, по автору, является ранним признаком поражения пирамидных путей. *Геллер.*

M. P. Weil et V. Oumansky. *Травматический паркинсонизм.* (Revue neurologique, № 4, 1937).

В своем сообщении авторы описали 2 случая. У первого больного после тяжелого огнестрельного ранения сразу появился периферический паралич лицевого нерва, а спустя несколько месяцев развились явления паркинсонизма (ригидность мышц, гипертония, нарушение автоматических движений, гиперкинез (сначала на одной половине туловища, а через некоторое время и на другой).

Во втором случае, после перелома костей черепа, быстро появились эпилептические припадки, и только спустя 4 года отмечены были первые проявления паркинсонизма.

В обоих случаях отсутствовали расстройства сна. Нормальная температура, отрицательные результаты исследований спинно-мозговой жидкости, отсутствие каких-либо указаний на предшествовавшую инфекцию, делают бесспорной травматическую этиологию паркинсонизма у обоих больных. *Геллер.*