

ционная доза которого для *Mus mus* равнялась 0,01 см³ 5% взвеси спинного мозга (при введении в брюшную полость). Заражение молодых кроликов, морских свинок, крыс, мышей и цыплят проводилось интрацеребрально, внутривенно, внутрибрюшно и интраназально. Особый интерес представляли опыты на кроликах, так как этих животных, как известно, удается заразить некоторыми вирусами; отношение же их к вирусу полиомиелита ранее не изучалось.

Опыты показали, что кролики не чувствительны к вирусу полиомиелита, каким бы способом животные ни заражались. Облучение кроликов X-лучами не изменило результатов опыта. Хорьги оказались чувствительными к вирусу полиомиелита только при интрацеребральном введении его во время или после воздействия X-лучей. Молодые морские свинки, белые мыши, крысы и цыплята резистентны к изучаемому вирусу при интрацеребральном и внутрибрюшном введении его. Однако часть кроликов при неравносном заражении, а часть мышей при повторных интратитонеальных инъекциях вируса, погибали при клинических явлениях полиомиелита, а иногда давали и характерные изменения в спинном мозгу.

Вгоdie, M. *Попытка обнаружения вирусов хориоменингита и энцефалита из Сан-Луи в сыворотке больных полиомиелитом (без явлений паралича). (Нью-Йорк, 1935). The Journal of Infectious Diseases, vol. 61 (September—October) № 2, 1937).*

Вспышка эпидемии, имевшая место в Нью Йорке в 1935 г., характеризуется автором, как полиомиелит, так как наличие вялых параличей имело место приблизительно в половине случаев. Вирус полиомиелита был выделен из смывов носа и в одном случае из *bulbus olfactorius*. Заболевание это удалось вызвать у обезьян при прививке последним спинного мозга из двух летально окончившихся случаев. Как и при других эпидемиях, диагноз случаев, не сопровождавшихся параличами, основывался на комплексе других симптомов. Однако в острых стадиях болезни иногда невозможно дифференцировать полиомиелит, протекающий без параличей, от других вирусных инфекций центральной нервной системы, в частности от хориоменингита из Сан-Луи. Поэтому автор изучил наличие у реконвалесцентов наблюдаемой вспышки антител, нейтрализующих эти вирусы.

Отсутствие нейтрализующих веществ в сыворотке выздоравливающих, не парализованных, указывает, по мнению автора, что причиной описанной эпидемии были вирусы неасептического хориоменингита, или энцефалита из Сан-Луи.

П. Р.

б) Хирургия.

H. Hattung. "Хроническое воспаление межпозвоночного ганглия под картиной экстрадуральной опухоли. (Zbl. f. Chir. № 32, 1937).

А. сообщает об одном случае экстрадурального хронического воспалительного процесса межпозвоночного ганглия на уровне D XII и L I. Больной страдал сильными болями, иррадирующими в левую половину ягодицы и бедра. Исследование рентгеном позвоночника и грудных органов никаких изменений не обнаружило.

RW с кровью и ликвором—отрицательная. Исследование ликвора дало давление 270 Н₂O, белок положительный, р. Pandy—положительная, р. Nonne-Apelt—отрицательная.

Болевая точка слева на уровне D XII и L I. Под диагнозом „экстрадуральный тумор“ больной был оперирован. Удалена мозолисто-рубцовая ткань без наличия какой-нибудь опухоли. Гистологически: хроническое воспаление межпозвоночного ганглия. Боли после операции исчезли. Выздоровление. А. наблюдал больного в течение 10 лет.

Юров.

V. Reiser. *Заживление больших дефектов мозга и замещение их трансплантированным жиром.* (Vg. Beitr. zur klin. Chir., Bd. 165, H. 3, стр. 439—469).

Автор исследовал на собаках результаты заживления больших дефектов мозга. Последние, предоставленные сами себе, заживают с образованием внутренней или наружной водянки, кист, сморщиванием мозговой ткани, отеком мозга. Если не происходит закрытия кости, то в выполнении дефекта участвуют мягкие ткани. Пересаженная в дефект мозга жировая ткань всегда погибает через более или менее продолжительный срок. Образующийся на ее месте

соединительнотканый рубец не нежнее рубца, образующегося без пересадок жира. Исходящая из твердой мозговой оболочки и сосудов соединительная ткань проникает глубоко в вещество мозга и ведет к плотным сращениям. На основании своих экспериментов а. приходит к выводу, что пересадка жира не должна применяться при дефекте мозга как бесцельная операция. В. Маят.

Менпенга. О судьбе больных, оперированных по поводу *spina bifida*. (Bruns Beitr. zur klin. Chir. Bd. 165. H. 3, стр. 434, апр. 1937).

Автор разбирает результаты оперативного лечения 44 больных с *Spina bifida*, оперированных в хирургической клинике Кенигсбергского университета. 20 больных умерло от операции, из них в 12 случаях причиной смерти явился менингит, а в остальных случаях общая слабость, расстройство питания, отек мозга. Остальные 24 были выписаны, как излеченные. Ответ на ризосланную анкету получен от 15 больных, из них только двое детей в физическом и умственном отношении идут наравне со своими сверстниками; у пяти отмечаются различные физические недостатки и одновременное понижение умственных способностей; у шести отмечалось резкое нарушение общего развития вследствие нарастающей водянки мозга и, наконец, в двух случаях наступила полная остановка в развитии, закончившаяся смертью. Автор считает возможным ставить правильное предсказание о будущем развитии ребенка при *meningocele* только с 4—5 лет, т. к. до этого времени, несмотря на благоприятное течение послеоперационного периода, может наступить еще остановка в развитии ребенка. В. Маят.

Низ. Операция большого прямокишечно-влагалищного свища (Zbl. f. Chir. № 34, 1937).

Автор указывает, что после радиолечения по поводу рака матки образуются влагалищно-прямокишечные свищи с мозолистыми краями. Закрывание таких свищей—трудное дело. Состояние же больных становится тяжелым. Рекомендуется кольпоклея 3—закрывание влагалища и создание стока отделяемого матки в прямую кишку. Этот способ 3) лет назад предложил Küstner. К существенным недостаткам относится нарушение половой функции. Автор рекомендует свой способ, который он проделал у одной 34-летней женщины с хорошим функциональным результатом. В случае автора большой свищ между влагалищем и прямой кишкой образовался в результате повторного рентген-радиолечения после экстирпации матки по поводу рака; ниже свища—стеноз прямой кишки. Стул неправильно выделялся через влагалище. Автор, сделав лапаротомию, мобилизовал флексуру сигмы. Затем через косой разрез над копчиком с резекцией V крестцового позвонка отделил прямую кишку от свища и ампутировал *testum* с сохранением сфинктера. Флексура низведена, и конец ее пришит к коже ануса. На слизистую влагалища—швы. Больная впоследствии хорошо поправилась и самостоятельно удерживала стул. Юров.

в) Дерматология.

Gougerot et Degos. Лечение эпидермомикозов (трихофитии, отрубевидного лишая) эозином. (Bull. de la S. fr. de Derm. et Syph. № 7, 1937 г.).

Эозин обладает хорошим терапевтическим действием при различных формах трихофитии гладкой кожи, при отрубевидном лишае. За 8—20 дней кожные поражения излечиваются. Употребляется 2% эозин в 80% спирту; смазывание кожи производится 1 или 2 раза в день. Ввиду того, что эозин пачкает белье, Lucien Pegin предлагает другой способ лечения эпидермомикозов—смазывание кожи в течение многих дней подряд 5% гипосульфитом а затем 3% раствором *Acidi tartarici*. М. Вексель.

Gougerot. Лечение розового лишая эозином. (Bull. de la S. fr. de Derm. et Syph. № 7—1937 г.).

Автор утверждает, что розовый лишай вызывается грибом (*Cryptococcus Diboisii*). Автор лечил 12 больных с розовым лишаем ежедневным смазыванием 2% раствором эозина в 80% спирту. Результаты хорошие: бляшки в 5—10 мм под влиянием лечения больше не увеличиваются; бляшки различной величины подвергаются обратному развитию, исчезают за 15—20 дней; при лечении другими методами розовый лишай исчезает лишь через 6—8 недель. Эозин кожу не раздражает, не экзематизирует ее, что имеет место при другом лечении. М. Вексель.