

Ко второй группе авторы отнесли такие заболевания, где рентгеновское освещение является не главным, а весьма ценным вспомогательным средством. При карбункулах в самом начале есть основание добиваться abortивного исхода применением большой дозы лучей. При уже глубоко зашедшем процессе лучше действуют повторяемые через короткие промежутки малые дозы нефльтрованных лучей. Скучный водянистый экссудат под влиянием облучения становится обильным серопурулентным, плотная индурация смягчается, мелкие сецернирующие синусы сливаются в обширную гнойную полость, которая очищается в течение 3—6 дней, в результате получается рубец, в косметическом отношении гораздо более благоприятный, чем при других методах лечения. При бластомикозе и споротрихозе дается 500 — 700 „г“ фильтрованных лучей. Опыты на лабораторных животных показали, что при начальных стадиях деструктивных процессов рентгеновские облучение ускоряет дезинтеграцию тканей, обуславливает более совершенный дренаж и ускоряет заживление. Эффект радиации основывается главным образом на чувствительности, которую обнаруживают по отношению к ней белые кровяные тельца, в особенности лимфоциты.

Опыты показали, что рентгеновы лучи не оказывают действия на культуры микробов в лабораторной обстановке, в живом же организме их гибель обуславливается косвенным влиянием вследствие воздействия X лучей на лейко-и лимфоциты. Различные заболевания и даже разные стадии одного и того же процесса требуют различной дозировки. Те патологические процессы, которые сопровождаются большой инвезией лимфоидных элементов, поддаются воздействию значительно быстрее и легче, чем те, где имеется большое разрастание соединительной ткани при малом количестве лимфоцитов.

В тех случаях, где рентгеновское освещение приходится сочетать с тепловыми процедурами, надо обратить внимание на то, чтобы компрессы и припарки строго ограничивались заболевшей областью и не заходили за ее пределы, так как в противном случае развивается совершенно нежелательный отек тканей.

В. Дембская.

г) Нервные болезни.

Guillain, Bertrand, Messynty. *Случай сужения Сильвиева водопровода на почве опухоли* (Revue Neurologique, т. 63, № 5, 1936).

Женщина 26 лет поступила в клинику Сальпетриер в декабре 1935 г. За два года до поступления стала жаловаться на сильную головную боль, перемежающегося характера, особенно в лобной области, увеличивающуюся при наклонении головы вперед, назад и при ходьбе. Два раза в месяц эта боль сопровождалась сильной рвотой с желчью, особенно по утрам. Одновременно с появлением головной боли стала замечать и понижение зрения, особенно левого глаза; все видела как-бы «в тумане». Несколько позже стала отмечать головокружение с моментальной потерей сознания, легкую слабость правой половины туловища, особенно ночами, когда больная в течение нескольких часов с трудом двигала своими правыми конечностями. Наследственность не отягощена. При исследовании в клинике больная заторможена, мало подвижна, лицо не выразительно. При походе наблюдается lateropulsio вправо, влево иногда retro-pulsio. Рефлекс с trice s справа выше, чем слева, коленный и тибιο-фemorальный справа ниже, чем слева. Остальные рефлексы и чувствительная сфера без всяких изменений.

Острота зрения правого глаза 0,4, слева—счет пальцев на расстоянии 0,75 метра. Вялые светлые реакции. Концентрическое сужение поля зрения—слева. Застойные соки с обеих сторон с переходом в атрофию.

Острота слуха N. Повышение вестибулярной возбудимости при калорической пробе. Остальные черепно мозговые нервы в N. RW с кровью отрицательная. Ввиду выраженных признаков резко повышенного внутричерепного давления и подозрения на опухоль 4-го желудочка, спинномозговая пункция у больной была противопоказана. Взамен ее произвели вентрикулярную пункцию, при помощи которой установили ненормальное расширение боковых желудков. Через 23 часа, при резко выраженной dyspnoe больная погибла. При патолого-анатомическом исследовании обнаружено значительное расширение бокового и третьего желудочков. Отверстие Монрое резко расширено. Сильвиев водопровод на большом протяжении облитерирован. Вокруг Сильвиева водопровода—опухоль, величиною с горошину, сдавливавшая водопровод. По гистологическому строению спонгиобластома. Развитие опухоли с очень бедной клинической симптоматикой помешало авторам правильно локализовать ее при жизни. Ш. Геллер.

Alajouanine et Hornet. *Сифилитическая атрофия мозжечка и сифилис мозга* (Revue neurologique, т. 66, № 5).

Больной, 60 лет, за год до поступления в клинику стал жаловаться на расстройство походки, головную боль и головокружение. На основании положительной Вассермановской реакции с кровью, ему провели курс специфического лечения, после которого головная боль исчезла, но нарушения походки стали еще выраженнее, особенно в левой ноге. В клинике при первом исследовании отмечен ряд мозжечковых признаков: истинная астазия—абазия, широко расставленные ноги, с невозможностью правильно повернуться в поворот, с постоянным отклонением туловища в сторону, асинергия нижних конечностей, интенционное дрожание в руках. При закрытых глазах статические расстройства не усиливаются. Гипотонии нет. Нерезко выраженные пирамидные признаки справа, с нерезкой асимметрией п. VII с той же стороны. Зрачковые реакции без изменений. Двусторонний нистагм. Легкая дизартрия. Ослабление памяти и дезориентация во времени. Эйфория. В спинномозговой жидкости белок, положительные реакции Вассермана и Кана. Антисифилитическое лечение осталось без влияния на мозжечковые симптомы, и спустя три месяца больной умер от интеркуррентного заболевания. На гистологических препаратах, кроме обычной для мозжечковых атрофий картины (истончение коры, исчезновение клеток Цуркинье, уменьшение зернистых), авторами были найдены характерные для данного случая особенности. В мозговых оболочках и мелких сосудах воспалительные изменения с лимфоцитарной инфильтрацией в них, и пролиферацией микроглии, что безусловно указывало на инфекционный характер заболевания. Диффузность поражения, не свойственная простым атрофиям мозжечка, и положительные серологические реакции с кровью подтверждают сифилитическую природу заболевания. Ш. Геллер.

д) Хирургия.

Novák, E. *Газовая флегмона* (Surg., Gynec. and Obst., Nov. 1936, № 5).

Автор отмечает, что течение газовой флегмоны зависит от внешних и внутренних факторов. Внешние факторы: время года, погода, характер