

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

почвы, одежды, кожи и транспорта. Внутренние факторы: общее состояние больного, шок, состояние поврежденной части ткани, свойства и предрасположения организма к инфекции. Последние 2 факта играют главную роль. Сила инфекции зависит от количества внедрившихся бактерий, вирулентности и их взаимоотношений. Смесь анаэробной с аэробной инфекцией поражает организм весьма сильно. Анаэробную инфекцию делают на 1) *bacillus perfringens*, 2) *vibrio septique*, 3) *bacillus cedematicus*, 4) *bacillus histolyticus*

Согласно военной статистике газовая флегмона после ранения появляется: в 1-й день—в 21% всех случаев; во 2-й день—в 33%, в 3-й день—в 15%, с 4 до 6-го дня—в 6%; с 11 до 18-го дня в 3%, с 19 по 20-й день—в 1% случаев. Газовая флегмона поражает, главным образом, мускулатуру. Смертность зависит еще и от локализации раны. В случаях ранений бедра и туловища смертность наблюдается от 50 до 62%; при повреждении руки и бедра—от 21 до 28% и при повреждении предплечья—в 15%.

Первый симптом развивающейся газовой флегмоны—боль. Когда же анаэробные бактерии попадают в кровяное русло в большом количестве, тогда наступает так называемый «анаэробный сепсис» со смертельным исходом от паралича дыхательного центра. Причиной паралича дыхательного центра—распад кровяных телец, видимым признаком чего является *icterus*. В некоторых тяжелых случаях газ может достигнуть сердца и центральной нервной системы.

Весьма важную роль играет профилактическая серотерапия, при развившейся газовой гангрене—хирургическое лечение и дополнительно—бактерицидные вещества. Особенно необходимо заботиться о том, чтобы больной ни в коем случае не соприкасался с кишечным содержимым. При вприскивании солевых растворов под кожу тщательно избегать введения иглы под фасцию. В исключительных случаях сепсиса нужно применять большие количества сыворотки. В серьезных случаях сыворотка может быть вприскиваема вокруг раны. В тяжелых случаях хорошие результаты получены после вприскивания 200—300 см³ сыворотки. Автор рекомендует иметь всегда в запасе анаэробную сыворотку.

В. П. Горбатов.

Chevallier et Colin. Излечение крапивницы аппендэктомией (La Presse Med, 1936, № 9).

Аа. сообщают о 4 случаях крапивницы, излеченных аппендэктомией. Три из них имели явную связь с приемами определенного рода пищи (мясо, рыба, яйца), а четвертый случай не зависел от пищи.

1-й случай авторов. Б-ая, 18 лет, страдала крапивницей 6 лет. Острого приступа аппендицита не было, но в правой подвздошной области имелась болезненность. При пальпации болезненна точка *Mac-Vigneu Appendectomia* 14. IX-1935 г. *Appendix* длинный, застойный. С тех пор крапивница исчезла.

2-й случай проф. *Legisch'a*. Б-ая, 37 лет, страдала крапивницей 2 года. В марте 1924 г. оперировалась по поводу острого аппендицита. *Appendix* заполнен гноем. После операции крапивница не появлялась.

3-й случай проф. *Legisch'a*. Б-ая, 25 лет, болела крапивницей 6 месяцев. В 1926 году срочно оперировалась по поводу острого аппендицита. *Appendix* сильно воспален и имел немного гноя. С тех пор крапивница исчезла.

4-й случай авторов. У 40-летней женщины крапивница появлялась ежедневно утром и вечером в течение 3 месяцев. При гастроскопии обнаружили крапивноподобный отек на слизистой желудка. В прошлом приступов ап-