

Выводы.

1) Применение CO_2 представляет собою новый способ борьбы с асфиксией, дающий в опытных руках положительные результаты, даже там, где другие способы не помогают.

2. В борьбе с асфиксией (asphyxia livida) его можно рекомендовать как самостоятельный способ или в комбинации с другими способами оживления (способом Сильвестра, проф. Крупского), благодаря которым CO_2 попадает в альвеолы.

3. Дозировка и давление CO_2 , применяемые для оживления, требуют дальнейшего изучения чисто экспериментального порядка.

О диагностическом значении хватательного рефлекса стопы.

Д-р И. Б. Галант (Ленинград).

Хватательный рефлекс стопы (Fusssohlengreifreflex) описан мною¹⁾ как рудиментарный рефлекс человека, встречающийся физиологически у новорожденных и у грудных детей. Состоит этот рефлекс в том, что, при легком прикладывании экспериментатором пальца руки или другого, лучше всего тонкого, круглого, длинного предмета (карандаш, палочка и т. д.) к подошве младенца, последний быстро и интенсивно сгибает пальцы ноги и самую ногу, как если бы он хотел обхватить ногой палец экспериментатора, все равно что тот же младенец обхватывает крепко и тннчески держит палец, вложенный ему в ладонь. Итак, мы здесь имеем два идентичных явления, почему мы и назвали описанный рефлекс стопы хватательным рефлексом, хотя человек, в том числе и грудной ребенок, ничего стопой не хватает. Хватательный рефлекс стопы (ХРС) человека есть именно рудимент выраженного хватательного рефлекса стопы у животных, главным образом обезьян.

ХРС представляет полную противоположность рефлексу Бабинского, состоящему не в сгибании, а в тыльном разгибании большого пальца ноги, сопровождающимся у младенцев очень часто и почти всегда веерообразным растопыриванием остальных пальцев ноги. Между тем рефлексы Бабинского и ХРС не представляют собой по своей сущности противоположностей, а являются двумя фазами одного и того же акта хватания.

Для того чтобы это нам сделалось ясным, остановимся на одном специальном случае хватания. Представим себе человека, желающего ухватиться за ветку дерева, чтобы взлезть на него, причем самая низкая ветвь этого дерева, за которую нужно ухватиться, все же довольно высоко растет и ее просто рукой не схватить. Тогда он проделывает следующее. Он протягивает высоко руки, держит при этом пальцы вытянутыми, растопыренными и в некотором тыльном разгибании (главным образом большого пальца), для того, чтобы потом, подпрыгнув, тем крепче согнуть пальцы и, схвативши желанную ветку в кулак, крепко за ней держаться. То же самое проделывал, очевидно, первобытный человек и пальцами ног, когда эти последние ему служили для хватания веток при лазании

¹⁾ Галант. Der Fusssohlengreifreflex des Säuglings ein rudimentärer Affenreflex beim Menschen. Zeitschrift f. Nervenheilkunde. Bd. 120. 1931.

по деревьям. Теперь же из этого акта хватания ногами первобытного обезьяноподобного человека остались у новорожденного и младенца культурного человечества одни только рудименты в форме рефлекса Бабинского и ХРС

РБ (рефлекс Бабинского) и ХРС встречаются у человека, как физиологические рефлексы, лишь в самом раннем детском возрасте. Они потом теряются и появляются у взрослого как патологические рефлексы при органических поражениях ЦНС, а именно первый, как Babinski en extension (тыльный Б), а второй—как патологическая гиперфлексия пальцев стопы, которую французы назвали Babinski en flexion или гиббательный Бабинский. Оба эти рефлекса являются признаком поражения пирамидных путей, причем дифференциально-диагностически эти феномены важны, поскольку ХРС свидетельствует о поражении пирамид в самой верхней, кортико-капсулярной части, т. е. о поражении головного мозга.

Патологическая гиперфлексия пальцев ноги у взрослых есть, вне всякого сомнения, тот же ХРС грудных детей. К сожалению, невропатологи, не зная до сих пор о наличии у грудных детей ХРС и о модусе его вызывания, вызывали т. наз. Babinski en flexion так же, как и Babinski en extension, т. е. не прикладыванием пальца или другого предмета к стопе, а штриховыми раздражениями. Трудно поэтому было с абсолютной убежденностью сказать, что ХРС грудных детей и патологическая гиперфлексия пальцев стопы взрослых вполне идентичное явление. Но вот дальнейшие мои наблюдения и исследования показали, что ХРС в патологических случаях вызывается таким же манером, как физиологический ХРС новорожденных и грудных детей. Я установил это впервые у 9-летней девочки, страдающей семейным прогрессирующим спастическим параличом.

Девочка эта, Тамара Ч., находилась на излечении в психоневрологической клинике и-та ОЗД и П в Ленинграде с 14.IV по 21.V 1931 г. Впервые признаки ее болезни обнаружили на 4-м году жизни и тогда, в 1926 г. она находилась на излечении в нервном отделении б-цы им. Раухфуса (зав. д-р М. И. Иогихес), поступила она в б-цу им. Раухфуса 25.III 1926 г.

Status. Ребенок правильного сложения и хорошего питания. Со стороны внутренних органов—без особенностей.

Нервная система. Интеллект нормальный; своенравна; легко приходит в состояние аффекта. Временами заикается.

Черепномозговые нервы: Schwostek на обеих сторонах +; в остальных N.

Верхние конечности. Справа некоторое отставание при диадохокинезе и некоторая недостаточность клавиатурных движений. В остальном—N.

Брюшные рефлексы—N.

Нижние конечности. Походка спастическая; ходит мелкими шагами, плохо отделив подошвы от пола и иногда ступая на носки. Незначительная, но ясная циркумдукция правой ноги. При лежании длительная гиперэкстензия большого пальца правой ноги. При испытании пассивных движений небольшая гипертония справа. Пателлярные рефлексы живые, без заметной разницы на обеих сторонах. Рефлексы с ахиллова сухожилия живые. Клонуса нет. Патологических рефлексов нет. Выписана 8.IV. Осмотрена снова 4.XI. По рассказу матери—ухудшения нет, но походка продолжает оставаться ненормальной.

Status-quo ante, но имеется клонус стопы справа и Бабинский на обеих сторонах¹⁾.

¹⁾ Иогихес М. И. Органические заболевания нервной системы у детей. ГМИ. 1931 г., стр. 77—78.—О сестре Кларе и брате Иосифе нашей 6-ой, страдающих той же болезнью, что и Тамара, читать здесь же.—Мать детей эпилептика, дед со стороны матери и брат ее страдали какими-то нервными расстройствами.

В 1931 г. нервный статус 6-ой таков.

В интеллектуальном отношении—дебильна. Речь замедленная, невнятная, смазанная, многих звуков не выговаривает. Легко, без видимого к тому повода впадает в состояние аффекта. Начинает вдруг плакать и долго не успокаивается, т. к. скучает и хочет домой. А между тем, когда мать посещает ее, вовсе не просится домой.

Черепномозговые нервы. Асимметрия лица: правая бровь выше левой, правая глазная щель шире левой, правое глазное яблоко выпуклее левого. Движения глазных яблок не ограничены во все стороны, но отмечается некоторое затруднение при фиксации глаз в крайнем отведении и приведении. Веки с трудом смыкают и долго удержать сомкнутыми не может. Реакция зрачков на свет и аккомодацию +. Не может нахмурить лоб, плохо надувает щеки. Хвостек (2) с обеих сторон. Язык долго высунутым держать не может. Тремор языка и век.

Верхние конечности. Атрофий резких не отмечается. Движения в плечевых и локтевых суставах возможны, но замедлены. Движения кистей ограничены. Адиапокинез. Клавиатурные движения выполнить не удастся. Тонус перенный—временами повышен, временами гипотония.

Брюшные рефлексы живые.

Нижние конечности. Правое бедро тоньше левого. Поднятую ногу долго держать не может: нога падает вниз. В колене сгибает ногу, но долго удержать в этом положении не может. Движения стоп и пальцев резко ограничены. Тонус повышен. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Клонус. Бабинский + с обеих сторон. *Справа вызывается прикладыванием пальца попере к стопе выраженный хватательный рефлекс стопы.*

Походка спастическая и отчасти атактическая.

Итак, если сравнить статус 6-ой в 1926 и в 1931 гг., то мы видим, что болезнь за это время значительно прогрессировала. Б-ая по умственному своему развитию не подходит даже для вспомогательной школы, и школьная характеристика сводится к тому, что б-ая должна быть изъята из школы, т. к. она сама ничему научиться не может и вредно влияет на других ребят своей крайней беспомощностью. Нервно-соматические явления свидетельствуют о том, что процесс распространяется на головной мозг, о чем между прочим свидетельствует и наличие ХРС справа.

Этот патологический рефлекс свидетельствует в данном случае о поражении пирамидных путей в их кортико-капсулярной части слева, т. е. о поражении головного мозга в его высших частях. Т. о., диагностическое значение ХРС там, где он имеется безусловно, значительно и отыскание этого рефлекса в каждом случае органического заболевания ЦНС показано, тем более, что для его вызывания не требуется ничего другого как тот же молоточек, ручка которого прикладывается к стопе б-го, или просто палец экспериментатора, заменяющий всякий другой инструмент.

Из кожно-венерологической клиники Казанского медицинского института
(Директор проф. И. Н. Олесов).

Опыт применения анилиновых красок при лечении пиодермии.

Проф. И. Н. Олесов, Г. Г. Кондратьев, Е. Г. Хуснутдинова.

Результаты экспериментального исследования бактерицидного действия анилиновых красок (а. к.), полученные в нашей клинике (К он д р а т ь е в), поставили перед нами задачу—проверить терапевтическое значение некоторых а/к при лечении пиодермии. Для клинической проверки мы выбрали ряд а. к., обладающих *in vitro* различной бактерицидностью: генциан-