

285. *К этиологии гриппозных заболеваний в детском возрасте.* А. Адам (Jahrb. f. Kindhl., 1926, Bd. 62) исследовал слизь носа и глотки у больных острыми и хроническими гриппозными заболеваниями, — в том числе у 140 детей на 1-м году жизни, у 84 детей в возрасте от 1 года до 14 лет и у 170 взрослых. У взрослых им всегда был обнаруживаем в слизи стафилококк, у детей в большинстве случаев пневмококк. По агглютинационным свойствам найденный пневмококк отличается от пневмококка, вызывающего крупозную пневмонию, и должен быть отнесен к IV группе пневмококков по американской номенклатуре. Найденный пневмококк, благодаря своим характерным биологическим особенностям (плоские колонии, сильная способность вызывать брожение), был назван *pneumococcus planus*. Опыты на мышах доказали, что взрослые являются бациллоносителями, а сами, благодаря иммунитету, не заболевают. Около 100 детей были вакцинированы убитой культурой *pp. plani*, причем большинство грудных детей и дети в возрасте 2-3 лет оказались реагирующими на вакцинацию слабее, нежели старшие дети. Иммуниста в детском возрасте эта вакцинация не давала, так как вакцинированные дети потом заболевали гриппом. *Левинсон.*

286. *Бронхоэктазии и тбс легких у детей.* С. А. Зайдман (Педиатрия, 1926, № 3—4), изучая материал, относящийся к 45 случаям бронхоэктазии, с целью выяснить главные характерные черты этого заболевания, для дифференциального отличия его от тбс, нашла, что хронический воспалительный фиброзный процесс, приводящий к образованию бронхоэктатических расширений, распространяется одновременно на стенки бронхов, на интерстициальную легочную ткань и на плевру, и что наиболее частой локализацией бронхоэктазий является нижняя доля. Что касается клинических симптомов, что самыми характерными здесь являются утолщение ногтевых фаланг (во всех случаях), гнилостный запах мокроты (в 20 случаях), кровохарканье (в 16 сл.) и деление мокроты на 3 слоя (в 7 случаях). Наиболее трудной для дифференциальной диагностики является та форма бронхоэктазии, которую американцы обозначили, как хронический диффузный интерстициальный фиброз. Для диагностики подобных случаев существенную помощь оказывает введение в трахею и бронхи липоидола с последующей рентгенографией. *Левинсон.*

287. *Физиотерапия при детских болезнях.* По Е. Т. Залькиндсону (Ж. для ус. вр., 1927, № 1) физическая терапия занимает в детской практике особенно почетное место, так как именно в детском возрасте физические агенты действуют исключительно хорошо и быстро. Физическая терапия заболеваний детского возраста отличается от таковой у взрослых своей методикой и дозировкой. Так, при применении гидротерапии необходимо тщательно следить за тепловым балансом маленьких пациентов, ни в коем случае не допуская применения слишком высокой или слишком низкой *t°*. Применение фототерапии требует индивидуальной дозировки, — лечение светом должно начинаться с малых доз, увеличение которых допустимо лишь под контролем общего состояния ребенка, состояния его кровообращения и дыхания, а также реакции кожи. Рентгенотерапия должна в раннем детском возрасте применяться с большой осторожностью, при учете не только местного, но и общего влияния x-лучей. Особенности применения электротерапии в детской практике сводятся к тому, что мы, вследствие меньшего сопротивления кожи и костей, должны применять значительно более слабые токи; кроме того, имеют большое значение повышенная электровозбудимость в раннем детском возрасте и относительное богатство кожи периферическими нервными окончаниями. Особенного внимания заслуживает применение у детей нонтофореза и диатермии; оба эти метода дают в детской практике значительные терапевтические результаты, стоящие безусловно в связи с особенностями детского организма. Большой контакт физиотерапевтов с педиатрами даст возможность предупреждать ряд заболеваний детского возраста и излечивать в более короткий срок уже существующие.

*Л. Н. Клячкин.*

#### *и) Невропатология и психиатрия.*

288. *Сифилис и метасифилис.* К разрешению проблемы о соотношении люэса и металюэса подходят с различных сторон в совместной работе К. Wilmanus и G. Steiner (Leit. f. d. ges. Neur. n. Psych., Bd. 101). Первый разработал данные статистики исторического движения сифилиса нервной системы в различных европейских странах и географического распространения его по различным странам, отчасти внеевропейским. Из этих данных вытекает, что, во-первых,

частота металюеса относительно люеса увеличивается в настоящее время по сравнению с прошлым, во-вторых, что в культурных странах она выше, чем в некультурных. Отбрасывая теории, пытающиеся объяснить этот факт влиянием расы, климата, условий жизни и т. д., W. приходит к заключению (к которому впрочем приходили и другие исследователи, не решавшиеся, однако, с определенностью высказывать его): «неоспоримое влияние цивилизации на изменение картины сифилиса и на возникновение метасифилиса основано на введении антилюетического лечения». Возможное объяснение этому автор видит в понижении иммунных сил организма при раннем медикаментозном лечении сифилиса. В то же время лечебные средства слабо проникают в центральную нервную систему, почему попавшим туда спирохетам предоставляется полная возможность развиваться в организме с ослабленными защитными силами. Подтверждение такого взгляда автор находит в уменьшении промежутка времени между инфекцией и первыми проявлениями металюеса у леченных сифилитиков по сравнению с нелеченными и в крайней редкости металюеса среди преступников, которые плохо лечили сифилис в ранней стадии. Steiner пытается дать этой теории экспериментальное обоснование, производя опыты с заражением крыс и мышей африканским *recurrens* om. При этом он получил положительные результаты, поскольку инфекцию сифилиса можно ставить в параллель с инфекцией рекурренса (спирохеты в обоих случаях), а именно, оказалось, что при слабых формах болезни (которые, между прочим, могут быть обусловлены применением хемотерапии) повышаются проникновение и задержка спирохет в центральной нервной системе.

М. Андреев.

289. *Путь через liquor*—так называет свою теорию металюеса А. Науртманн (Zeit. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 102). Анализируя клинические и экспериментальные данные различных авторов, Науртманн приходит к следующим выводам: металюетические заболевания не могут быть объяснены только наличием спирохет в мозгу; большую важность имеют здесь и обще-токсические влияния люетической инфекции; в то время, как иммунно-сильный организм уничтожает спирохет путем фагоцитоза (отсюда—сильные реакции вторичного периода), иммунно-слабый (будущие металюетики, без сильных кожных реакций) борется с ними экстрацеллюлярно, как со всяким чужеродным белком; эта слабость может зависеть от самого организма и от спирохет (напр., ослабленных специфическим лечением); освобождающиеся при втором роде борьбы эндотоксины поражают особенно сильно эндотелий сосудов и повышают проходимость «барьера между кровью и liquor'ом». Таким образом при металюесе происходит интоксикация центральной нервной системы. Рациональным лечением металюеса являются прививки малярии и *recurrens* a, которые в случаях успеха дают понижение проницаемости барьера. Задача будущего—предупредить с самого начала повышение его проницаемости таким лечением самого сифилиса, которое не вредило-бы нормальным защитным средствам организма.

М. Андреев.

290. *Трипаноцидия, фагоцитоз и активная иммунизация при прогрессирующем параличе*. Исследования в этом направлении произвел G. Plaut (Zeit. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 101), основной задачей которого было обнаружить, действительно ли паралитики обнаруживают слабость иммунных свойств к инфекции вообще и к люетической в частности. На основании опытов с трипаноцидными свойствами крови паралитиков и других автор пришел к выводу, что каких-либо указаний на понижение таковых при параличе не имеется. Точно также не получается данных, говорящих за понижение фагоцитарных свойств лейкоцитов у паралитиков. Не представляет изменений в отношении иммунных свойств и liquor их. Что касается специфических процессов иммунитета, то, при всей сложности вопроса относительно иммунитета при lues'e вообще, нет, однако, данных, говорящих о каких-либо отличиях паралитиков в этом отношении. Таким образом «загадка паралича—в загадке сифилиса», и какие-либо широко обобщающие теории относительно паралича преждевременны.

М. Андреев.

291. *О групповой принадлежности крови паралитиков*. Jacobson (Zeit. für Neur. und Psych., Bd. 105, 1926) сообщает результаты исследования 100 прогрессивных паралитиков в отношении групповой принадлежности их крови (по Jansk'ому): I группа—33%, II—47%, III—17%, IV—3%. Сравнивая эти цифры с данными Schiffa и Ziegler'a и Schiffa относительно распределения на кровяные группы непаралитиков Берлинских больниц, автор приходит к заключению, что паралитики не обнаруживают сродства с какой-либо определен-