

ной группой. У 3 исследованных больных была применена прививка малярии; при этом оказалось, что I группа дает худший прогноз при лечении малярией, чем II. М. Кашеварова.

292. *K патологичи и патогенезу dementiae praec.* Münzer (Zeit. f. d. ges. N. u. Psych., Bd. 103) в начальном случае мужской шизофрении, не осложненной другими болезнями, произвел детальное гистологическое исследование эндокринных органов и головного мозга. Со стороны первого он нашел резкие изменения зобной железы и лимфатической ткани в разных органах (половых железах, надпочечниках, щитовидной и околощитовидных железах), в головном мозгу—избирательное поражение III и V Brodmann'овских слоев мозговой коры и отсутствие первичного поражения базальных ганглиев. В смысле патогенеза он считает вызывающим моментом мозговые изменения; эндокринные изменения могут рассматриваться, как типичные проявления шизофренической конституции. М. Шифрина.

293. *Изменения эндокринных органов и головного мозга при dementia praecox.* Münzer u Pollak (Zeit. f. d. g. N. u. Ps., Bd. 95) в свежем случае начальной женской шизофрении произвели обстоятельное гистологическое исследование эндокринного аппарата и головного мозга, сопоставив затем полученные данные с клинической картиной. Первичным авторы, на основании этого исследования, считают поражение эндокринного аппарата, особенно половых желез, а также гипофиза, надпочечников, рапсгеас, вторичным—изменение головного мозга, причем то и другое происходит на почве конституционального ослабления организма. Выражением аномальной конституции, сверх наследственных данных, является здесь также st. lymphaticus. В мозгу авторы отмечают преобладающее поражение III и V Brodmann'овских слоев и целость базальных ганглиев.

М. Шифрина.

294. *О двигательных феноменах у слабоумных эпилептиков.* Volland (Zeit. f. d. ges. Neur. und. Psych., Bd. 98), описывает резкие моторные особенности, которые наблюдаются у слабоумных эпилептиков. Вертикальное положение при ходьбе переходит у них в согнутое, походка становится атактически-паретической, даже спастической. При лежании слабоумный эпилептик принимает положение, напоминающее внутриутробное положение ребенка; попытки передвижения у них похожи на ползание питекоидов, атетонидные движения слабоумных эпилептиков приближают их к двигательному инфантилизму. Исчезает высокоценная и филогенетически позже приобретенная корковая функция, место которой занимают более древние механизмы.

М. Ульянова.

295. *О нарколепсии.* E. Redlich (Zeit. f. d. ges. Neur. и Psych., Bd. 95) делает попытку нозологического изображения данной болезни на основании 24 случаев из литературы и 11 собственных. В симптомопатологии genuинной нарколепсии (некоторые авторы предлагают для нее название "гипнолениция") автор считает кардинальными симптомами 1) приступы насильственного сна и 2) своеобразное поведение б-ого при сильных аффективных состояниях—"Affektiver Tonusverlust"; третий непостоянный симптом—это расстройство ночного сна. Приступы сна захватывают б-ого в любое время,—при ходьбе, стоянии, езде, во время приема пищи, работы и отдыха; приступы эти напоминают обычный сон, продолжают от нескольких минут и больше; пробуждаются больные очень легко,—для этого достаточно прикоснуться к ним; таких приступов наблюдалось от 1 до 100 в сутки. "Affektiver Tonusverlust" наступает при эмоциях: смехе, гневе, досаде, испуге и т. д. выражаясь во внезапно наступающем расслаблении мышц всего тела,—руки бессильно, как плети, падают, голова свисает, и все тело, как безжизненное, постепенно скользит вниз; продолжается это несколько минут, причем сознание вполне сохраняется; при симптоматической нарколепсии (опухоль третьего желудочка, гипофизарные опухоли, эпидемический энцефалит) Affektiver Tonusverlust не наблюдается. Этиология нарколепсии неясна, патогенез ее также не выяснен,—автор предполагает связь нарколепсии с железами внутренней секреции, а особенно с гипофизом. Механизм "Affektiver Tonusverlust" автор связывает с патологией Striatum и Pallidum. Течение болезни—хроническое, рационального лечения не имеется.

С. Эсселевич.

к) Сифилидология и дерматология.

296. *Диагноз сифилиса по картине крови.* Antoni (Derm. Woch., 1926, № 29) нашел, что в первичном серонегативном периоде сифилиса, как правило, наблюдается сильный лимфоцитоз, сопровождающийся одновременно харак-

терными изменениями в ядрах лимфоцитов (образование канальцев в ядре, изменение его контуров, гиперхромазия). Кроме обильных форм, при этом появляются многочисленные более крупные лимфоциты с эксцентрично расположенным ядром и широким поясом протоплазмы. Применяя окраску на липоиды по Schumacher'у, автор мог констатировать присутствие в лимфоцитах липоидоподобного вещества. Указанные изменения со стороны ядер лимфоцитов постоянно предшествуют переходу отрицательной RW в положительную, почему и должны считаться весьма ценным диагностическим признаком сифилиса в этом периоде. С появлением вторичных высыпаний в крови уже начинает преобладать нейтрофильный лейкоцитоз с значительным сдвигом влево и появлением в большом количестве моноцитов. Hirsch (Derm. Woch., 1926, № 34), проверив данные Antoni на 44 сифилитиках в различных периодах болезни и 90 несифилитических больных, пришел, однако, к выводу, что различия между нормальной и лютетической кровью в отношении морфологии ядер белых кровяных телец не существует, так как отмеченное Antoni образование канальцев в ядрах одинаково часто встречается и у лиц, никогда не болевших сифилисом. К такому же заключению приходят Stern и Strauss (Derm. Woch., 1926, № 37).

Н. Яенитский.

297. *Сифилис печени.* При этой болезни, как указывает Schlesinger (Derm. Woch., 1926, № 20), наиболее постоянным клиническим симптомом является повышение температуры, которое может по своему течению напоминать лихорадочное состояние при сепсисе, тифе, малярии или абсцессе печени. В дифференциально-диагностическом отношении необходимо иметь в виду, в особенности при наличии значительных болей, эхинококк, рак печени, холецистит и опухоли кишечника. В начальных стадиях атрофии печени, протекающей подостро или хронически, сальварсанотерапия должна применяться с большой осторожностью, тогда как при выраженном гуммозном процессе показано энергичное лечение.

Н. Яенитский.

298. *Поражение почек при лечении висмутом.* Lichtenberg (Derm. Woch., 1926, № 22) отмечает тот интересный факт, что при одинаковых приблизительно дозах вводимого в организм висмута очень многие авторы наблюдали резкие колебания в частоте поражения почек. Сам он, подвергая систематическому анализу мочу 64 сифилитиков, леченных бисмогенолом, спиробесмолом и надизаном, в разных стадиях болезни, нашел что в 30% всех случаев имеются симптомы поражения почек, именно: эпителиурия, цилиндры (25%), белок (20%), эритроциты. По мнению автора, эпителиурия является первым несомненным признаком поражения почечной ткани, требующим немедленного прекращения висмутовой терапии. L. настойчиво рекомендует поэтому производить у каждого больного систематическое исследование мочи во время курса лечения.

Н. Яенитский.

299. *Лечение чешуйчатого лишая диатермией* предлагает Leszczynski (Dermat. Woch., 1926, № 52a). Исходя из современного взгляда на чешуйчатый лишай, как на заболевание, зависящее от дисфункции эндокринных желез, автор полагает, что действие на зобную железу токов высокого напряжения может вполне заменить применяющееся в настоящее время лечение чешуйчатого лишая экстрактами зобной железы. В 7 случаях, бывших под его наблюдением, диатермия дала прекрасный результат. На основании своего опыта L. приходит к следующим выводам: 1) благодаря более точной дозировке, диатермия заслуживает предпочтения перед рентгенизацией зобной железы, введенной в терапию Boeck'm в 1923 году; 2) продолжительность лечения здесь значительно короче, чем при всех других методах терапии; 3) в виду того, что диатермия не предотвращает наступления рецидивов болезни, рекомендуется профилактически применять экстракты thymus'a.

Н. Яенитский.

300. *Внутримышечные впрыскивания ихтиола* при лечении кожных болезней и осложнений гонорреи применял Straszyński (Derm. Woch., 1926, № 24). Водный 2% раствор ихтиола стерилизуется кипячением и сохраняется в запаянных ампулах. Стерильный раствор впрыскивается внутримышечно через каждые 2—3 дня по 3 куб. сант. Из 68 случаев различных кожных болезней и осложненной гонорреи, леченных этим способом, автор получил наиболее благоприятные результаты при гонорроем эпидидимите, удовлетворительные—при мягком шанкре. Напротив, кожные болезни почти совершенно не поддаются этой терапии. По мнению автора, внутримышечное введение ихтиола вызывает в организме образование иммунитета аналогично тому, что наблюдается при протениновой терапии.

Н. Яенитский.