

внутричерепные кровоизлияния на почве родовой травмы должны у них встречаться сравнительно часто. Клиническая картина родовой травмы может быть весьма различной, причем она развивается или тотчас после родов, или спустя несколько дней. Различают две формы ее—легкую и тяжелую, которая протекает при явлениях раздражения и паралича продолговатого мозга и быстро ведет к смерти. Чаще всего при родовой травме выступают явления со стороны дыхательного и вазомоторного центров и центра блуждающего нерва. Дыхание бывает обычно замедлено или, напротив, ускорено, часто—поверхностно. Наблюдаются, хотя и непостоянно, судороги, спазмы, приступы Jacksonовской эпилепсии. Пена у рта. При кровоизлияниях в спинной канал наблюдаются сведения затылка и спинальные явления раздражения. Прогноз тем хуже, чем раньше наступают тяжелые явления. Наиболее опасными являются роды в тазовых и головных разогнутых положениях. Профилактика должна заключаться в возможно бережном проведении родов. Опасны ручные приемы для извлечения головки, неправильно проведенная защита промежности, а также назначение средств, усиливающих схватки, в слишком больших дозах. Осторожно наложенные выходные щипцы Stern считает менее опасными, чем длительное стояние головки в выходе таза. Терапия в свежих случаях состоит в лобальном проколе, пункции родничков и желудочков и в самом тщательном уходе. Особенную надежду автор возлагает на pneuencephalus. Трепанация, наоборот, он придает мало значения.

А. Тимофеев.

490. *Реакция Takata-Ara при исследовании спинно-мозговой жидкости.* Техника этой реакции, предложенной двумя японскими авторами, Takata и Ara, в 1926 г. заключается в том, что к 1 куб. с. жидкости прибавляют 1 каплю 10% раствора Na carbonici и 0,3 свежеприготовленной смеси из равных частей 0,5% раствора сулемы и 0,02% раствора фуксина (некислого). Смесь хорошо встряхивается и оставляется в пробирке, причем осматривается сейчас после встряхивания, через $\frac{1}{4}$ ч., через $\frac{1}{2}$ ч. и через 24 ч. Испытыва эту реакцию у 60 больных, Д. К. Богородицкий (Совр. Психон., 1927, № 5—6) нашел, что она является весьма тонким индикатором состояния центральной нервной системы, а именно, если жидкость в течение 24 ч. сохраняет полную прозрачность, имея сине-фиолетовую окраску, то это свидетельствует о здоровом состоянии последней; напротив, седиментирующие свойства liquor'a указывают на патологическое состояние нервной системы, причем преобладание фиолетового цвета в осадке говорит о поражении мозгового вещества (и воспалительного, и дегенеративного характера), а появление красного оттенка в смеси (безразлично, с наличием осадка, или без него) свидетельствует об участии мозговых оболочек в патологическом процессе, в смысле воспалительного заболевания их.

Р.

491. *К симптомопатологии эпилепсии.* Г. О. Гольдблат и Р. И. Раскина (Совр. Психон., 1927, № 5—6) обращают внимание на два характерных признака, встречающиеся при тяжелых формах genuинной эпилепсии, а именно, на постоянную дизартрию—в смысле не только запинания речи с характером дрожания, но и нарушения произношения, доходящего до спотыкания на слогах, и наличие у больных поднятия вверх угла рта или наружной части верхней губы. Кроме того, авторы часто наблюдали у эпилептиков характерную пастозность кожи лица и большое количество угрей.

Р.

492. *К лечению головной водянки.* Как известно, Kreuter'ом было предложено, с целью лечения гидроцефалии, производить вшивание мочеточника (почечного конца) в твердую мозговую оболочку спинного мозга. Этот оригинальный метод был экспериментально разработан Heile (Zentr. f. Chir., 1927, № 30).

П. Цицхес.

493. *К диагностике центральных параличей.* Пр.-доц. И. Раздольский (Сов. Псих., 1927, № 9) открыл феномен, сущность которого заключается в непроизвольном поднятии брови и наморщивании кожи соответствующей половины лба при давлении на внутренний край глазницы или надбровной области на противоположной стороне. Вызывать этот феномен можно либо надавливанием большим пальцем на внутреннюю половину глазницы,—лучше всего в области прохождения n. supraorbitalis,—либо проведением пальцем по верхнему краю орбиты от средней линии кнаружи. По наблюдениям автора феномен этот никогда не наблюдается у здоровых, а также и у больных с периферическими параличами лицевого нерва; напротив, при центральных параличах этого же нерва он наблюдается в большей части случаев (60—65%).

Р.