

### э) Невропатология.

89. *Происхождение спинномозговой жидкости.* F. Walter (D. Zeit. f. Nervenhe., Bd. 90; по реф. в Совр. Психоневр., т. III, № 3) находит, что прежнее учение о происхождении спинномозговой жидкости исключительно из сосудистого сплетения неправильно.—в отделении ее играют роль и др. элементы нервной системы, напр., мягкая оболочка и особенно мозговые капилляры. Спинномозговая жидкость, по W., есть смесь нескольких жидкостей, образующихся в различных отделах центральной нервной системы. P.

90. *Бактерицидность спинномозговой жидкости.* J osh y i r o I k e g a m i (Zeit. f. Immunit., 1926, Bd. 46) экспериментально убедился, что спинномозговая жидкость, человеческая и кроличья, обладает бактерицидным действием на различные виды бактерий (бб. тифа, паратифов А и В, b. coli и пр.). Носителями бактерицидных свойств ее являются или белки жидкости, или адсорбируемые белками вещества. Г.

91. *О вегетативных нарушениях при гемиплегии.* P é r i s s o n (Annales de Médecine, XX, 5, 1926) устанавливает два вегетативных синдрома при церебральной гемиплегии: паралитический синдром и синдром раздражения. Первый характеризуется гипертермией, повышением кровяного давления, увеличением осциллометрического индекса, уменьшением длительности «белого пятна» Hallion'a и L a i g n e l - L a v a s t i n e 'a, замедлением дермографизма, исчезновением пиломоторного рефлекса, гип—и анидрозом. Синдром раздражения характеризуется гипотермией, понижением кровяного давления, удлинением периода «белого пятна», усилением дермографизма и пиломоторного рефлекса, гипергидрозом. Обычно через 1—3 мес. после начала гемиплегии паралитический синдром сменяется синдромом раздражения, в других случаях паралитический синдром остается (и при спастической гемиплегии). II. Русецкий.

92. *О гипертонии паркинсоников.* F r o m e n t в заседании Парижского О-ва Невропатологов 4 ноября 1926 г. коснулся в трех своих докладах некоторых сторон все еще неразрешенного вопроса о гипертонии при паркинсонизме. В первом докладе он устанавливает, что паркинсонизм порождает ацидоз. В других докладах он приходит к выводу, что ригидность мускулатуры и феномен „зубчатого колеса“ N e r g i представляют постоянные значительные колебания при исследованиях в зависимости от положения исследуемого больного, от его «дистазического состояния». При этом F r o m e n t отмечает, что ригидность и феномен зубчатого колеса изменяются в обратном смысле (усиление одного и ослабление другого феномена) при применении некоторых методов исследования (приподнимание на носках и др.). II. Русецкий.

### и) Венерология и дерматология.

93. *Лечение сифилиса прививками малярии.* Указанный метод основан, как известно, с одной стороны на клинических наблюдениях старых авторов над благотворным влиянием на симптомы сифилиса острых лихорадочных болезней, в том числе и малярии, а с другой—на опытах W a g n e r 'a - J a u r e g g 'a с лечением прогрессивного паралича прививками малярии. Объективную оценку этого метода, имеющего целью достижение известного терапевтического эффекта, сколько профилактики метасифилиса, дает B e r d e (Dermat. Woch., 1926, № 39, поставивший опыты на 30 больных с первичным, вторичным и третичным сифилисом и tabes dorsalis. По мнению автора терапевтическое действие прививки малярии на первичный сифилис значительно сильнее всех других видов неспецифической терапии; вместе с тем он отмечает, что прививка только на короткий срок задерживает наступление симптомов вторичного периода. Весьма удовлетворительный эффект получается от этого способа и при различных формах вторичного сифилиса. Что касается рецидивов, то они наблюдаются в 20%, причем возникают уже спустя короткое время после окончания «маляризации» и отличаются значительной резистентностью по отношению к Vi и сальварсану. Удовлетворительные результаты автор наблюдал от лечения малярией и при третичном сифилисе. При tabes dorsalis происходит уменьшение болей и гастрических криз в то время, как другие симптомы поражения нервной системы остаются без изменения. На RW прививки малярии оказывают медленное действие. Прив.-доц. Н. Ясницкий.

94. *Интравенозные вливания хлористого кальция при гонорройных эпидидимитах и артритях.* L e f f и S p e n c e r (The Journal of Urology, 1926,

vol. XVI, № 4) применяли интравенозно 2% раствор хлористого кальция в количестве 25 куб. сит. при гонорройных эпидидимите и артрите. Под влиянием лечения больные с острым эпидидимитом в среднем уже через 6 дней могли приступать к исполнению своих служебных обязанностей, причем в большинстве случаев (17) для этого достаточно было одной инъекции, в меньшинстве (8) требовались 2—3 инъекции. У больных с артритом требовались также 1—2—3 инъекции и в среднем 6 дней лечения для восстановления работоспособности. Авторы считают желательными дальнейшие наблюдения в этом направлении.

Я. Д. Печников.

95. *Хронический кавернит, излеченный диатермией.* Консервативное и хирургическое лечение кавернитов, особенно гонорройных, до настоящего времени являлось весьма трудной задачей. Поэтому представляет интерес следующий случай Corbus'a (The Journal of Urology, 1926, vol. XVI, № 4): больной 56 лет, на 22-м году имел гоноррею, леченную в течение нескольких месяцев; потом—нормальная супружеская жизнь до настоящего момента, когда coitus стал затруднен вследствие искривления penis'a; констатирован инфильтрат кавернозных тел на 4 сант. впереди от корня penis'a; автор применил диатермию с двумя пластинчатыми электродами, охватывавшими место поражения, причем лечение продолжалось 2 месяца; в промежутках между сеансами диатермии 6-ой обкладывал penis мешками с горячей водой; к концу 2-го месяца осталась лишь мало заметная индурация, функция же члена восстановилась вполне.

Я. Д. Печников.

96. *Этиологическое значение расстройств вегетативной иннервации в дерматологии.* В обширной работе, посвященной этому вопросу, Brill (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 150, Hft. 3) подвергает критическому разбору учение о нейропатическом типе экзем. Подробно остановившись на методах фармакодинамического исследования вегетативной нервной системы и указав на зависимость некоторых форм экзем от habitus'a больного, автор приходит к следующим выводам: 1) исследование вегетативной нервной системы в преобладающим числе случаев обнаруживает ее лабильность в смысле ваготонии, которая должна рассматриваться, как вегетативный невроз; 2) изменение тонуса вегет. нерв. сист. находит свое выражение в ряде вазомоторных явлений со стороны сосудов кожи,—явлений, характеризующихся извращением нормальной сосудистой реакции; 3) параллельно с изменением в характере и силе дермографизма происходит изменение чувствительности кожи к ультрафиолетовым лучам, а именно, ослабление дермографизма сопровождается повышением чувствительности к этим лучам; 4) как постоянное явление, при нейропатической экземе наблюдается понижение секреторной деятельности потовых желез; 5) у лиц, страдающих названным типом экземы, нередко обнаруживаются понижение кислотности желудочного сока и склонность к запорам, а также ортостатическая альбуминурия; 6) у этих больных преобладает астенический habitus.

Прив.-доц. Н. Яснитский.

### к) *Нозологии уха, носа и горла.*

97. *Поражение лицевого нерва при остром воспалении среднего уха.* Обыкновенно развитие паралича n. facialis при остром отите рассматривается, как показание к операции. Manasse (Deut. m. Woch., 1926, № 13) держится противоположного мнения и в доказательство приводит 2 случая этого осложнения, где паралич лицевого нерва прошел при консервативном лечении.

P.

98. *К терапии насморка.* Помимо обонятельной и дыхательной функции носу присуща еще функция секреторная. Всегда существующее выделение серозной и слизистой жидкостей в носу усиливается от разнообразных причин, подчас не имеющих никакого отношения к носу, но вызывающих в организме различные изменения, возбуждающие один и тот же центр, который посылает вазомоторный разряд, обуславливающий насморк. Следовательно, насморк есть процесс не местного, а центрального происхождения. Он, как проявление секреторной функции носа, предназначен для борьбы организма с различными заболеваниями и, в сущности, не представляет из себя болезнь, а только способ защиты организма посредством вазомоторного рефлекса. С точки зрения секреторной функции носа понятно наличие придаточных пазух. При подобном освещении вопроса надо допустить возможность поддержки имеющегося насморка или искусственного вызывания его с целями терапевтическими, что Ф. Н. Поляков (Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1926, № 9—10) успешно и делал при заболеваниях гортани и уха. Конечно, насморк, как результат хирургических заболеваний носа, должен быть лечим соответствующими оперативными вмешательствами.

Б. Лебедевский.