

придо-циклитов следует относить за счет тбк. Эти заболевания сочетаются с железистыми и латентными формами легочного тбк.

А. выступает горячим сторонником организации специальных глазных санаториев во Франции по примеру такого санатория, учрежденного в Швейцарии Верденбергом (идея, которую следовало бы горячо пропагандировать у нас, в Союзе, где даже на Южном берегу Крыма нет такого санатория).

А. Гельман.

Maurer, Monod и Benzart. *Скаленотомия при лечении верхушечных каверн.* (Pr. Méd., № 29, 1936). Скаленотомия может служить только вспомогательным методом при лечении верхушечных каверн, чаще всего в сочетании с френикоэксерезом, или алкоголизацией грудобрюшного нерва с целью иммобилизации верхних отделов грудной клетки. Показана операция при свежих кавернах, когда у больного выражено реберное дыхание в верхних отделах грудной клетки на стороне операции.

В редких случаях с. может быть методом „передышки“ (выжидания по автограм—d'attente) перед торакопластикой. На 35 сл. получен хороший результат только в 4, т. е. в 12%.

А. Гильман.

Raul Cibils Aguirre и Pascual R. Cervini. *Экспериментальное подтверждение туберкулезной этиологии узловой эритемы.* (Pr. Méd., № 6, 1936). В 1931 г. Aguirre представил первый случай узловой эритемы, туберкулезная этиология которой была доказана методом последовательных прививок биопсированного узелка. В дальнейшем сообщено о 8 случаях, из которых в 5 методом реинокуляции и культуры было доказано наличие палочек Коха. В настоящей работе аа. сообщают о случае узловой эритемы у ребенка 2 лет 9 мес., где не только прививка ткани узелка морской свинке и посевы дали положительный результат, но и на срезах узелка обнаружены палочки Коха.

А. Гильман.

2) Невропатология.

Gehuchten. *О воспалительных реакциях при опухолях мозга.* (J. belge Neur. 35, 1935). 1-ый случай. 30-летний мужчина с жалобами на общую слабость и понижение работоспособности долгое время шел под диагнозом неврастении. За месяц до поступления в клинику появились сильные головные боли со рвотой, повышение температуры до 38°, одновременно отмечены были и очаговые явления: дисдиадохокinez и отклонение влево, мышечная слабость левых конечностей с небольшим повышением тонуса мышц в них. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа, клонус стопы и с. Бабинского слева. Застойные соски зрительных нервов обоих глаз. В ликворе, вытекавшем под высоким давлением, большой плеоцитоз, RW с кровью и жидкостью отрицательная. Лейкоцитоз в крови 22 000. На основании высокой температуры, результатов исследования спинно-мозговой жидкости и очаговых признаков был диагностирован абсцесс в правой лобной доле. Произведена трепанация, после которой сильно повысилась температура, и через день наступила смерть. На аутопсии найдены были некротический очаг и опухоль в средней части мозолистого тела, прораставшая в боковой желудочек. По гистологической структуре опухоль отнесена к полиморфной глиобластеме. В окружности опухоли мелкие кровоизлияния. В ткани опухоли и в мягких мозговых оболочках обнаружено много нейтрофильных лейкоцитов, чем и вызывались воспалительные изменения в спинно-мозговой жидкости.

2-й случай. У 45-летней женщины появились головные боли со рвотой, повышением температуры. В спинно-мозговой жидкости воспалительные изменения. Кроме пареза п. VII и легкого пареза левой руки с незначительным оживлением рефлексов на ней, нет никаких других неврологических данных. Клинический диагноз: правосторонняя височная опухоль. При трепанации обнаружена киста с ксантохромной жидкостью. В последующем течении болезни отмечались нагноение операционной раны, рецидив сильной головной боли, гемипарез, застойные соски и левосторонний паралич. По поводу нарастающего внутричерепного давления неоднократно делались люмбальные пункции, при явлениях менингита наступил exitus. На аутопсии найден большой энцефалитический очаг с расположенной в нем кистой, соединенной с правым боковым желудочком, внутренняя стенка которого покрыта гноем. Гистологическим

изучением срезов из стѣнки кисты установлена была астроцитома с размягчением глии. В заключении автор об этом случае говорит, что у больного вероятно раньше был старый абсцесс отогенного происхождения, при своем обострении давший энцефалитический очаг с последующим образованием кисты, явившейся источником дальнейших воспалительных изменений. При наличии повышенного внутричерепного давления, лихорадки, лейкоцитоза крови и менингеальных реакций в жидкости дифференциальный диагноз между опухолью, энцефалитом и абсцессом едва ли возможен. По Кафка, при опухолях, располагающихся вблизи желудочков или при опухолях, с распадом ткани, — воспалительные изменения в спинно-мозговой жидкости всегда резко выражены.

Ш. Г.

д) Эндокринология.

Welte. *Тиреоидэктомия при базедовической асистолии* (Soc. méd. de Hôp. de Paris, nov. 1936). Автор произвел 24 тиреоидэктомии у базедовиков, у которых имелась асистолия. Результаты получены прекрасные, смертность равна нулю. В 16 случаях выздоровления имелись длительные наблюдения. Тиреоидэктомия была почти тотальная, оставлялась только полоска ткани железы. Автор высказывается против тотальной тиреоидэктомии

Е. Ауслендер.

Vellich. *Содержание глутатиона в крови при гипер- и гипотиреозах*. (C. R. Soc. Biol., 1936 CXX). Тиреоидэктомия у собак вызывает увеличение количества глутатиона в крови. Однако после заместительной органотерапии количество глутатиона возвращается к первоначальному.

Если у собаки с пониженным количеством глутатиона (из-за инъекций тироксина) удалить щитовидную железу, то количество глутатиона не только быстро возвращается к первоначальному, но резко увеличивается.

При гипертиреозе у людей имеется всегда уменьшение количества глутатиона в крови. Тиреоидэктомия, произведенная в целях лечения гипертиреоза, ведет к медленному, но неуклонному увеличению глутатиона в крови.

Е. Ауслендер.

Allan Berry. *Случай гиперинсулинемии, леченной частичной панкреатэктомией* (Brit. Journ. of Surgery vol. 23, № 89, 1936). Автор приводит историю болезни женщины, 58 лет, которая страдает приступами, характеризующимися обморочным состоянием, болями в желудке и рвотами.

Исследования сахара, крови и гликемической кривой дало возможность установить наличие гиперинсулинемии. Автор удалил часть поджелудочной железы (28 г). В течение болезни наступило заметное улучшение. Автор предполагает, что если бы им была удалена большая часть поджелудочной железы, чем он удалил, симптомы гиперинсулинизации исчезли бы полностью.

Е. Ауслендер.

Gibson и Fowler. *Инфантилизм и сахарный диабет*. (Arch. Int. Méd., 1936).

Автор приводит 8 наблюдений над больными в возрасте 16—18 лет (4 мальчика и 4 девочки). Во всех случаях имелся частичный или полный синдром инфантилизма и нанизма, связанный, очевидно, с гипофункцией передней доли гипофиза и осложненный тяжелым сахарным диабетом.

Если согласиться с мнением Ансельмино и Гофмана о существовании панк्रेотропного гормона, то можно считать, что недостаточность этого гормона одновременно с недостаточностью гонадотропного гормона и гормона роста является причиной вышеописанного синдрома.

Е. Ауслендер.

Manziani и Arallani. *К изучению патолого-анатомической картины экспериментального тиреотоксикоза*. (Rev. Fr. d'Endocrin., 1936, № 5).

Ежедневное применение малых доз синтетического тироксина в течение долгого периода может вызвать у кролика состояние хронического прогрессивного тиреотоксикоза, который с патолого-анатомической точки зрения имеет большое сходство с тиреотоксикозом, наблюдаемым у человека.

В щитовидной железе этих животных происходят изменения, идентичные тем, которые получаются при применении гипофизарного и тиреотропного гормонов и сходные с изменениями в щитовидной железе базедовиков. Затем, в патолого-анатомической картине экспериментального тиреотоксикоза появляются такие же изменения в других органах, какие наблюдаются часто при аутопсиях у базедовиков: гиперплазия тимуса и лимфатического аппарата, поражения