

з) *Невропатология.*

489. *К патогенезу генерализованной головной боли.* По мнению проф. М. С. Маргулиса (Вест. Совр. Мед., 1926, № 7), генерализованная головная боль представляет собою вазо-секреторный невроз, развивающийся на почве раздражения и более глубоких изменений симпатического и парасимпатического нервного аппарата мягких мозговых оболочек. В. С.

490. *К патогенезу и оперативной терапии encephalocoele.* На основании изучения 4 случаев этой болезни, проф. Л. Е. Комендантов (Вестн. рино-лар.-от., 1926) приходит к заключению, что т. наз. мозговая грыжа (encephalocoele) не представляет из себя истинной грыжи, а является особым новообразованием, в происхождении которого, — по крайней мере, что касается мозговых грыж типа meningocele, — известную роль играет местный воспалительный процесс. При оперативном лечении передних мозговых грыж надо главное внимание обращать на предупреждение воспаления придаточных полостей носа и не допускать образования сообщения с этими полостями. Разрез при операции выгоднее производить вертикально, т. к. он дальше отстоит от глаз. После удаления мозговой грыжи нет настоятельной необходимости закрывать грыжевые ворота костной пластинкой. Безусловно показывается оперативное лечение мозговых грыж лишь там, где опухоль значительно выступает над очертаниями головы, и, следовательно, всегда имеется значительная опасность ее травматизации, а также — где грыжевой мешок истончен, хотя-бы самая опухоль и была незначительна. В. Сергеев.

491. *Лечение хорей нирванолом.* Matzdorff (Deut. med. W., 1926, № 13) получил от такого лечения очень хорошие результаты, причем вводил (10-летним детям) 0,1—0,2 нирванола pro dosi; за весь же курс лечения больные принимали 4—6 грм. средства. В одном случае, впрочем, у М. получилась оравление, выразившееся в появлении сыпи, учащении т' и затемненности сознания.

492. *Вакцинальный энцефалит.* За последнее время в заграничной печати описан целый ряд случаев смертельного энцефалита у детей после прививки оспы. По Levaditi и Nicolau (C. ren. d. l. Soc. de Biol., 1926, № 2) в этих случаях оспенный вирус не является, как то думают некоторые, непосредственным возбудителем энцефалита, а вакцинация является лишь фактором, благоприятствующим развитию болезни у носителей энцефалитического virus'a, а также у лиц, находящихся в латентном периоде инфекции. В. С.

и) *Сифилидология и дерматология.*

493. *Сифилис без шанкра.* Уже давно клиницистами была подмечена возможность общей сифилитической инфекции человека без каких-либо признаков первичного или вторичного характера. Факт этот в настоящее время подтвержден Kolle и Evers'om (Deut. m. W., 1926, № 14) и экспериментально, опытами на кроликах, которым сначала вводились большие дозы висмута, а затем они заражались сифилисом. При таких условиях у большинства животных шанкра не развивалось, а между тем они были, несомненно, инфицированы бледными спирохетами.

494. *Костные изменения при врожденном сифилисе.* Исследовав х-лучами 240 детей с врожденным сифилисом, М. М. Райц (Вен. и Дерм., 1926, № 4) у 80%, из них мог установить специфические заболевания костей. При этом у грудных детей большею частью наблюдался osteochondritis luetica Wegener'a, также — периостит и остеосклероз, редко — гуммозные процессы в периосте и губчатом веществе. У детей старше 1 года остеондрит встречался, напротив, лишь в виде исключения, а чаще здесь наблюдались периостальные отложения, оссифицирующий периостит и изменения в s. corticallis и spongiosa; гуммозные процессы попадались здесь более часто, чем в грудном возрасте. Как убедился автор, у грудных детей, особенно в первые 3 месяца жизни, результатом специфического остеондрита нередко бывает отделение эпифизов длинных костей, т. е. болезнь Parrot's. Сифилитические изменения костей у детей зачастую сопровождаются тяжелыми изменениями крови и специфическими явлениями в других системах (в коже и слизистых), но существуют и такие случаи, где они являются единственными проявлениями врожденного сифилиса. В. С.

495. *Лечение psoriasis vulgaris облучением gl. thymus.* А. Л. Халипский и Ф. М. Абрамович (Вен. и Дерм., 1926, № 4) в довольно большом про-

денте случаев псориаза получили хорошие результаты от рентгенизации зубной железы (метод Вгоска). Отсюда авторы думают, что, может быть, в этиологии хотя части случаев этой болезни лежит гипофункция gl. thymus. Особенно уместно применение данного способа в острых и свежих случаях, хотя и в застарелых следует испытать его действие. Если 1—2 сеанса облучения не дают результатов, — надо перейти к другим способам лечения, ибо дальнейшее облучение обыкновенно оказывается безрезультатным.

В. С.

к) Железны уха, носа и горла.

496. *Лечение субъективных шумов.* Как известно, субъективные шумы являются одним из самых частых и тяжелых спутников ушных страданий. Причина их, несмотря на множество предложенных для объяснения их происхождения теорий, до сих пор остается неизвестной, хотя все авторы видят в основе этого расстройства повышенную раздражимость слухового нерва. Что касается терапии, то В. А. Сгибов (Ж. ушн., нос. и гор. б., 1926, № 7—8) горячо рекомендует для устранения их выпускание цереброспинальной жидкости (в количестве 10—20 куб. с.); применив это средство у 160 больных, он в большинстве случаев даже однократным выпусканьем добивался уменьшения, а иногда и полного исчезновения субъективных шумов.

В. С.

497. *К этиологии генуинной озены.* Исследовав вегетативную нервную систему у 4 больных с этим страданием, Я. А. Гальперин и Л. Л. Фруммин (Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1926, № 7—8) нашли, что, повидимому, генуинная озена представляет собою трофонейротический процесс, развивающийся на почве нарушения висцеральной системы, каковое нарушение характеризуется ослаблением тонуса симпатического отдела ее. Это понижение тонуса sympathici при озене может зависеть либо от повреждения или заболевания периферического отдела sympathici в gang. spheno-palatinum, либо от недостатка в организме симпатикотропных средств, в свою очередь зависящего от малой функциональной способности симпатической группы желез внутренней секреции.

В. Г.

498. *Пересадка нервов в мышцы гортани.* Произведя в этом направлении ряд опытов на собаках, Н. Николаев (Вест. рино-лар.-от., 1926, № 3) нашел, что периферический конец двигательного нерва, будучи непосредственно пересажен в предварительно денервированные мышцы, приживает и вступает в функциональную связь с парализованною ранее мышцей при посредстве вновь образованных концевых аппаратов. Рост молодых нейрофибрилл совершается преимущественно в направлении длинника мышечных волокон, причем нейрофибрилли растут главным образом по межмышечным промежуткам. Полная невротизация м. thyrgeo-arythaeoidei наступает приблизительно в 3—4 мес. Концевые нервные аппараты морфологически отличаются между собою — в зависимости, повидимому, от их зрелости; неодинаково и их число, — одни мышечные волокна имеют по одной пластинке, другие — по 2, 3 и 4, а некоторые — ни одной; различна, наконец, и локализация концевых пластинок.

В. Сергеев.

л) Судебная медицина.

499. *Реакция Бернацкого.* В основу этой реакции положена мысль, что тканям как растительных, так и животных организмов присущи биохимические половые различия, вследствие чего пол организма, которому принадлежит ткань, и может быть установлен колориметрически. Для этой цели проф. Н. Л. Бернацкий (по реф. Рус.-Нем. Мед. Ж., 1926, № 7) предлагает следующий способ: берется изотоническая с физиологическим раствором NaCl (0,85%) смесь равных частей водных растворов едкого кали и едкого натра; в 1 куб. сант. этой смеси погружается, при помощи стеклянной палочки, кусочек, в 0,25 весом, подлежащей исследованию ткани, предварительно высушенной на воздухе (кровь можно высушивать на пламени); затем к смеси прибавляется одна капля „цветового индикатора“, состоящего из смеси равных объемов 1% водных растворов далии, Methylgrün'a и озина; капля эта тщательно размешивается стеклянной палочкой в экстракте из ткани, после чего в пробирку добавляется 1 капля 10% раствора соляной кислоты. Если ткань принадлежит организму мужского пола, то экстракт после этого принимает окраску от оранжево-желтого до кроваво-красного цвета, экстракты же из тканей женских организмов окрашиваются в различные оттенки от лилового до густо-фиолетового цвета.

В. С.