

К учению о параноиях. По Гейеру (Ж. Психол., Неврол. и Психиатрии, 1922, I) в наше революционное время отмечается частое выявление параноической конституции в связи с бурными пертурбациями в нашей жизни. Параноия Краерелина является эндогенным, конституциональным психозом. Она характеризуется крайне повышенной самооценкой личности и целым рядом интеллектуальных недочетов, в виде склонности к резонерству, к мечтательности и фантазированию. Идеи величия стоят на первом плане у этих параноиков, отдельные же идеи преследования являются вторичными, вследствие неудач больных на жизненном поприще.

Грезовые состояния у психоневротиков. По Вульффу (Журн. Психол., Неврол. и Психиатрии, 1922, I) грезовые состояния нередко встречаются у невротиков, страдающих фобиями. Психоанализ этих состояний принадлежит К. Абрахаму. В этих грезовых состояниях или „состояниях нереальности“ имеется последовательность и закономерность развития. Автор, подобно Абрахаму, описывает следующие 4 отдела: 1) состояние грезовой экзальтации, 2) состояние грезовой оторванности, 3) стадий пустоты в сознании и 4) финал — аффект страха. По мнению В. отмечается связь этих состояний нереальности с мастурбацией. По Фенду такое грезовое состояние является „заменяющим удовлетворение“. М. Вайнберг.

Психозы после сыпного тифа. По мнению Винокуровой и проф. Гиларовского (Журн. Психол., Неврол. и Психиатрии, 1922, I) сыпной тиф вносит в душевную сферу больных ряд тяжелых изменений, которые характеризуются, как астенически-депрессивные состояния эмоциональной слабости, и клинически могут быть объединены в одну группу под названием послепаразитарной астении. Изменения эти обычно проходят без следа. Сыпнотифозная инфекция способствует, далее, выявлению эндогенных заболеваний и скрытых конституций, причем существенным образом влияет на течение эндогенных заболеваний и на их исход, делая его благоприятным по отношению к отдельным приступам. М. Вайнберг.

ж) Педиатрия:

Эпидемический энцефалит у детей. По Hofstadt'y (Zeit. f. Kinderh., Bd. 29) в этой болезни можно различать 2 фазы: острую и позднейшую. Первая может протекать в одной из 5 форм: чисто-энцефалитной, в форме паралича Landry (всегда смертельной), менингитической, миелитической и, наконец, abortивной, причем первая форма может представлять 3 разновидности: хореатическую, хорео-атетозную и миоклонически-летаргическую. Хореатическая форма начинается большею частью остро, хореоподобным беспокойством, лихорадкой, фантазиями и бессонницей; через 2—4 нед эти припадки исчезают, и ребенок кажется выздоровевшим, хотя иногда за хореоподобным стадием следует летаргический. При хорео-атетозной форме, наряду с указанными припадками, выступают атетозоподобные движения. Главными симптомами миоклонически-летаргической формы являются: сонливость, иногда доходящая до глубокой комы, явления со стороны глаза (птозис, нистагм, изменения зрачка) и миоклонические подергивания, прежде всего в мышцах живота и

лице; острые явления длятся обычно 4—10 нед., потом летаргия постепенно проходит, но подергивания и припадки со стороны глаз могут еще на некоторое время оставаться. Протекающая в виде паралича Landry, безусловно смертельная форма дает сначала ту же картину, как и энцефалитная, затем внезапно наступает паралич верхних и нижних конечностей, бульбарные явления и смерть. Менингитическая форма начинается внезапно лихорадкой, головными болями, рвотой, окоченением затылка, симптомом Кернига; люмбальная пункция обнаруживает высокое давление спинномозговой жидкости, которая на вид представляется светлой; содержит сахар, иногда белок выше нормы; парезы при этой форме отсутствуют, сознание всегда сохранено; после пункции острые явления обыкновенно быстро идут назад. При редко встречающейся миелитической форме на первый план в картине болезни выступают явления со стороны спинного мозга. Для распознавания всего труднее abortивная форма, которая большею частью сходит за „инфлюенцу“ и диагностируется обычно лишь после того, как выступает характерная картина второй стадии болезни.

В. Г.

Пассивная иммунизация новорожденных против дифтерии. По наблюдениям Kirstein'a (Arch. f. Gyn., Bd. 115), новорожденные очень нередко оказываются носителями дифтерийных бацилл. Поэтому, хотя они и сравнительно нечасто заболевают дифтерией, возникает вопрос об иммунизации их против этой болезни. Активная иммунизация при помощи Behring'овской вакцины „ТА“ является для этой цели непригодной, так как иммунитет при ней достигается лишь очень медленно. Гораздо более целесообразно иммунизировать новорожденных пассивно, применяя указанную вакцину у матерей в последние месяцы беременности: тогда содержание антитоксина в крови пупочных сосудов оказывается настолько значительным, что, по современным взглядам на дело, мы имеем право говорить о надежной защите против дифтерийной инфекции. Впрочем и после такой иммунизации новорожденные заболевают дифтерией столь же часто и в такой же форме, как и без нее: повидимому, организм их не в состоянии использовать имеющийся в крови антитоксин. Чтобы повысить защитительные силы организма, К. рекомендует прибегать к впрыскиваниям нормальной, неспецифической лошадиной сыворотки.

В. Г.

з) Дерматология и сифилидология.

Новые пути специфической терапии туберкулеза кожи и слизистых оболочек. W i c h m a n n (Arch. f. Dermat. u. Syph., 1922, Bd. 139), исходя из предположения, что лимфатические железы нашего организма служат местом продукции и накопления специфических антител при туберкулезной инфекции, предлагает применять с терапевтической целью впрыскивания экстракта из желез от того же больного или добытых от другого. Наиболее пригодными он считает железы в стадии набухания, отека, от применения экстрактов из размягчающихся и нагнаивающихся желез предостерегает. Приготовление экстракта сводится в общих чертах к следующему: измельченные железы, вырезанные при соблюдении строгой