

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 второго стадия 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, отечности, от применения экстрактов из размягчающихся и нагнаивающихся желез предостерегает. Приготовление экстракта сводится в общих чертах к следующему: измельченные железы, вырезанные при соблюдении строгой