

кастрацией“; при профузных кровотечениях следует присоединять также освещение селезенки, в особенности во вторую половину межменструального периода; при климактерических кровотечениях предпочтительнее всего „гипофизарная кастрация“; при миомах же она является методом выбора. *А. Тимофеев.*

*Рентгенотерапию при oligo- и amenorrhoea* рекомендует Flatau (Zbl. f. G., 1922, № 40). Показанием к такой терапии служит диагноз гипофункции яичника при гипопластически-астенической конституции гениталий, status же adiposo-genitalis служит противопоказанием. Для вызывания раздражения яичника необходимо применение x-лучей в дозе, равной  $\frac{1}{3}$  Ovarialdosis. Опасности более глубоких повреждений яичника при такой дозировке не существует. Из 38 сл. автора в 26 наступили правильные регулы. 3 пациентки в дальнейшем забеременели и нормально разрешились. *А. Тимофеев.*

*Лечебное действие яичниковых вытяжек.* Kühn (Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. LIX) получил при меноррагиях прекрасные результаты, в смысле уменьшения кровотечения, от luteoglandol'a (вытяжки из желтых тел яичника коровы); напротив, ovoglandol (вытяжка из яичника без желтых тел) обнаружил благоприятный терапевтический эффект при аменоррее. Наблюдения эти подтверждают, что гормон, вырабатываемый в желтых телах, оказывает подавляющее действие на менструальную функцию, вырабатываемой же в фолликулах до их лопания, в том числе и в атретических,—напротив, усиливающее. *В. Груздев.*

#### д) Неврология.

*Рефлексы Mayer'a и Leri.* Симптомы Babinsk'ого и Oppenheim'a хорошо известны не только невропатологам, но и каждому клиницисту, как признаки поражения пирамидного пути, получаемые с нижних конечностей. Наряду с ними хорошо изучены и другие „пирамидные“ симптомы с нижних конечностей, менее постоянные (С. Мендел'я-Бехтерева, Россолимо и др.). Иначе обстоит дело с верхними конечностями,—им в этом отношении не уделяется достаточного внимания, хотя Léги и Мауег' описали подобного рода рефлексы и с них. Чтобы вызвать рефлекс Мауег'а, исследуемая рука больного возможно более расслабляется, предплечье ее, слегка согнутое и супинированное, поддерживается левой рукой исследующего, а тыльная сторона кисти кладется на ладонную поверхность вытянутых пальцев правой руки исследующего; затем надавливают большим пальцем правой руки на дистальную часть основной фаланги указательного пальца исследуемой руки, чем вызывается сгибание этого пальца в основном сочленении. Положительный результат рефлекса Мауег'а выражается в наступающем при этом противопоставлении и приведении большого пальца с разгибанием его основной фаланги. Рефлекс Léги исследуется таким образом, что исследующий кладет расслабленное, супинированное предплечье больного на свою левую руку, правой рукой охватывает с дорзальной стороны кисть исследуемой руки и, в то же время, сгибает по порядку пальцы, а затем в дальнейшем—и самую кисть

в лучезапястном сочленении. Положительным рефлекс Léги будет тогда, когда во время указанного движения наступает сгибание руки в локтевом суставе. По данным Matzdorff'a (Deut. med. Woch., 1921, № 48) из 150 здоровых лиц оба рефлекса, или один из них, были налицо у 148 (98,7%); из 20 же исследованных гемиплегиков оба рефлекса на стороне поражения отсутствовали у 16, причем на здоровой стороне у всех этих лиц они были ясно выражены; у 2 Мауег на больной стороне был вялее, чем на здоровой, Léги же на больной отсутствовал, а на здоровой был налицо; у 2 Léги на больной стороне почти отсутствовал, на здоровой был налицо, а Мауег у одного больного отсутствовал на обеих сторонах, у другого — на обеих был налицо; из 16 табиков у 2 отсутствовали оба рефлекса, у 2 отсутствовал только Мауег, у остальных оба рефлекса были налицо, на обеих сторонах одинаково. При экстрапирамидальных поражениях рефлексы Léги и Мауег'a уклонений от нормы не представляли.

*И. Алуф.*

*Эпидемический энцефалит и дрожательный паралич.* Дрожательный паралич и сходные с ним синдромы стояли в последние годы в центре внимания невропатологов. Своей богатой экстрапирамидной симптоматологией эпидемический энцефалит дал огромный материал для изучения гиперкинезов, поглотил некоторые самостоятельные, — если не позологические единицы, то симптомокомплексы и в виде постэнцефалитического паркинсонизма стал угрожать дрожательному параличу, разделив невропатологов на 2 лагеря: унитаристов, отрицающих самостоятельность дрожательного паралича, и дуалистов, признающих ее. На основании как литературного материала, так и своих личных наблюдений проф. Давидеиков (Врач. Дело, 1922, № 24—26) примыкает к дуалистам в следующем виде: считая монотонный и скудный симптомами классический *ragalysis agitans* независимым от эпидемического энцефалита, он в то же время допускает, что „многое из того, что до сих пор шло под рубрикой дрожательного паралича, создавая, главным образом, кадр атипических его вариантов, должно быть теперь оценено, как последствие ранее перенесенного энцефалита, несомненно встречавшегося спорадически задолго до большой современной эпидемии“. Дифференциально-диагностические признаки классического дрожательного паралича и постэнцефалитического паркинсонизма, по Д., следующие: первому свойственны: поздний возраст, медленное начало, прогрессивное течение, второму — скорее молодой возраст, острое начало или, в случае развития из интервала, наличие острого лихорадочного процесса в анамнезе, течение прогрессивное, ремиттирующее, или стационарное и регрессивное до выздоровления (вопрос о стойкости выздоровления остается открытым). В отношении симптоматиологии при постэнцефалитическом паркинсонизме ригидность может достигать больших степеней, несвойственных дрожательному параличу, причем может обнаружить большую вариабельность, — наряду с паркинсоновским tremor'ом можно бывает наблюдать *residua* других свойственных энцефалиту гиперкинезов „мезоцефалического“ типа, остатки глазных симптомов, нистагм, примесь центральных парезов и наличие пирамидных симптомов, повышенное давление