

в лучезапястном сочленении. Положительным рефлекс *Lérgi* 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 *Maueг* на больной стороне был вялее, чем на здоровой, *Lérgi* же на больной отсутствовал, а на здоровой был налицо; у 2 *Lérgi* на больной стороне почти отсутствовал, на здоровой был налицо, а *Maueг* 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 *Maueг*, у остальных оба рефлекса были налицо, на обеих сторонах одинаково. При экстрапирамидальных поражениях рефлексы *Lérgi* и *Maueг'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 экстрапирамидальной 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. *Давидеилов* (*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

спинномозговой жидкости, саливацию, растройство жевания, гипергидроз, спаллорею, ложно-бульбарную мимику, дизартрию и, наконец, в прогрессирующих случаях — кахексию с летальным исходом.

Эпидемический энцефалит. Гейманович (Врач. Дело, 1922, № 24—26) дает новую классификацию форм эпидемического энцефалита, выработанную им на основании 250 наблюдений этого заболевания. Он предлагает различать: 1) чистые полиэнцефалитические формы с преимущественным поражением ядер черепных нервов, 2) чистые летаргические формы, 3) формы переходные от чистых полиэнцефалитических к узловым, 4) разлитые узловые формы в смысле экстрапирамидного варианта проф. Давиденкова, 5) формы 3 и 4 с наложением отдельных, малознакомых в невропатологии симптомов, не вязущихся с общим представлением об „экстрапирамидном варианте“, 6) резко очаговые экстрапирамидные формы, 7) очаговые формы выше мозгового ствола и в cerebellum, 8) формы с участием спинного мозга, 9) формы с значительным участием периферических нервов, 10) формы с участием висцеральной нервной системы (икота, herpes zoster), 11) формы с поражением желез внутренней секреции и 12) формы с душевными расстройствами.

И. Алуф.

е) Педиатрия.

К патогенезу рахита. Голодающие дети обнаруживают отсталость в весе и росте и восприимчивость к инфекциям, подобно животным в опытах с питанием без витаминов. Чтобы проверить, насколько причиной этого, действительно, является недостаток растворимого в жирах добавочного фактора пищи, A. Wengraf (Zeitschr. f. Kinderh., Bd. 34) кормил группу голодавших венских детей в возрасте от 2 до 5 лет пищей вполне достаточной по количеству калорий, но бедной этим витамином (жир входил в эту пищу в виде свиного сала, которое, как известно, не содержит витамина А, а молоко было обезжирено центрифугированием). В течение 2 — 3 мес. дети на такой пище почти не прибывали в весе, совсем не росли и часто страдали гриппом, ангинами и т. п. Когда свиное сало было заменено коровьим маслом, а молоко стали давать необезжиренное, дети в 1—1½ м. выросли на 2 — 5 сант., значительно увеличились в весе и реже стали болеть заразными заболеваниями. Дети, над которыми произведен был описанный опыт, все страдали тяжелым рахитом. Для выяснения вопроса, насколько задержка в росте и рахит связаны с питанием, Wengraf и v. Barchetti (ibid.) исследовали клинически и на рентгеновских снимках, меняются ли рахитические симптомы при переходе с одного из указанных видов пищи на другой. Наблюдение показало, что во втором периоде опыта, при переходе на пищу, содержащую коровье масло, быстро улучшаются как нервные явления, так и изменения в костях; но так как и пища первого периода опытов совсем лишена витамина А, а только бедна им, то и в этом периоде наблюдается некоторое улучшение, хотя и очень медленное. Для изучения, наконец, гистологических изменений в костях при кормлении пищей, лишенной фактора А, Ambrozic и Wengraf (ibid.) произвели ряд опытов на молодых