

Лечение лучами неоперабельных раков матки. По данным Siedel'я (Zentr. f. Gyn., 1922, № 52) лечение лучами радия и Röntgen'a иноперабельных раков матки в 15% дает стойкое выздоровление больных, понимая под этим последним отсутствие рецидивов в течение 5 лет и более.

В. Груздев.

г) *Неврология.*

Перекрестные рефлексы.—двигательные рефлекторные реакции мышц стороны, противоположной той, на которую наносятся раздражения,—могут быть сухожильными, костными, периостальными, кожными, притом нормальными и патологическими. Раздольский (Научн. Мед., 1922, № 9) дает следующий перечень перекрестных рефлексов: 1) спинно-аддукторный, нормальный, встречается в 90—95%; техника получения: положение на спине со слегка разведенными и повернутыми наружу ногами и с расслабленной мускулатурой, короткие удары перкуSSIONНЫМ МОЛОТОЧКОМ по spina il. ant. sup.,—получается сокращение аддукторов противоположной стороны, вызывающее приведение и поворот ноги кнутри; у гемиплегигов при поколачивании на стороне поражения—гетеролатеральный и гомолатеральный рефлекс (обычно в норме не бывающий), при поколачивании на здоровой стороне—сильный гетеролатеральный рефлекс; аналогичные отношения отмечаются вообще при патологических состояниях сегментарного аппарата, связанных с повышением возбудимости рефлекторных центров спинного мозга; 2) глазозакрывательный рефлекс, нормальный, состоит в одновременном закрывании обоих глаз при ударе перкуSSIONНЫМ МОЛОТОЧКОМ по верхне-орбитальному нерву на надбровной дуге; 3) коленно-аддукторный, патологический, во в 10% встречается и у здоровых, состоит в рефлекторном сокращении приводящих мышц бедра при раздражении собственной связки надколенника на противоположной стороне; больной должен при исследовании занимать положение на спине со слегка разведенными ногами; 4) тибно-аддукторный, патологический, наблюдается в 50%, состоит в сокращении на противоположной стороне приводящих мышц бедра при постукивании перкуSSIONНЫМ МОЛОТОЧКОМ по передне-внутренней поверхности большеберцовой кости, преимущественно в ее верхней трети; 5) фибуло-аддукторный, патологический, имеет место в 25—30%, состоит в сокращении аддукторов противоположной стороны при поколачивании по наружной лодыжке; 6) коленно-разгибательный, патологический, наблюдается в 15—20%, состоит в сокращении 4-главой мышцы противоположной стороны при вызывании обычного коленного рефлекса; 7) ключично-плечевой, патологический, весьма постоянен, вызывается поколачиванием перкуSSIONНЫМ МОЛОТОЧКОМ по переднему или передне-верхнему краю ключицы, причем получается сокращение mm. bicipitis, brachioradialis, flex. carpi radialis, иногда m. pectoralis majoris и tricipitis; при исследовании больной должен занимать положение на спине с свободно брошенными и слегка согнутыми в локтевых суставах верхними конечностями и расслабленной мускулатурой. Клиническое значение перечисленных перекрестных рефлексов не исчерпывается тем, что они служат показателями заболевания корково-спинальной системы,—

они могут служить, по Раздольскому, и для более тонкой то-
пической диагностики заболеваний спинного мозга; дело в том, что
рефлекторные дуги основных рефлексов моносинаптически, а пере-
крестных—дисинаптически за счет комиссурального нейрона. С биоло-
гической точки зрения перекрестные рефлексы суть внешние про-
явления некогда имевших огромное значение, а в настоящее время
регрессирующих спинномозговых механизмов. И. Алуф.

Миостатическая иннервация и ее расстройства. Патология
двигательных растройств была до недавнего времени главным об-
разом патологией пирамидного пути, если не считать поддержания
общего равновесия тела при стоянии и ходьбе, для которого прив-
лекался мозжечок и его связи. Функция остальных центробежных
путей оставалась неясной. Уяснению их роли могут служить сле-
дующие соображения: чтобы произвольные целевые движения, напр.,
движения пальцев ручной кисти, совершались с нормальной четко-
стью и точностью, необходима статическая фиксация всей руки и
всего тела; на совокупность произвольных целевых движений мы
можем смотреть, как на результат „миодинамической“ или „мио-
моторной“ иннервации, но их совершение возможно, благодаря од-
новременному постоянному содействию чрезвычайно обширного
миостатического аппарата с отдельным миостатическим иннерва-
ционным механизмом. Вопросу миостатики в этом смысле физиоло-
гия уделила мало внимания; толчок к его разработке был дан, как
и во многих других случаях, патологией, особенно работой Wil-
son'a о прогрессирующем перерождении чечевичного ядра. Симп-
томы этого страдания позволяли себя истолковать, как растройство
миостатики. В свете формы Wilson'a стало возможным осве-
щение с миостатической точки зрения и т. н. псевдосклероза, дро-
жательного паралича, атетоза. Все эти родственные формы Strü-
mpell (Neurol. Centr., 1920, № 1) обозначил общим термином
„амиостатического симптомокомплекса“. Автор дает анализ отдель-
ных, входящих в состав этого симптомокомплекса, симптомов. 1)
Если относящиеся к данному суставу мышцы находятся в состоя-
нии общего и одновременного повышения напряжения, то получа-
ется клинический комплекс мышечной скованности с определенной
патологической установкой тела, конечности или лицевой мимики;
одновременно наблюдается бедность активных произвольных движе-
ний и в связи с этим, при пассивных движениях,—явления ката-
лепсии. 2) Если имеется растройство одновременности и равномер-
ности миостатической иннервации, то получается клинический ком-
плекс дрожания, „дрожания при покое“. 3) Если растройство миоста-
тики выражается не в равномерном осцилляторном дрожании, а в
форме неправильно чередующихся контрактур в определенных мы-
шечных группах, то получается комплекс атетоза. 4) Могут ли
adiadokokinesis, bradyteleokinesis и хореатические движения быть све-
дены к растройствам миостатики,—еще остается под вопросом, но
связь и здесь намечается. С тех пор, как внимание невропатологов
было обращено на все эти двигательные растройства, оказалось, что
они чрезвычайно часты и многообразны. Кроме уже упомянутых
болезни Wilson'a, псевдосклероза, par. agitantis, мы, по мнению