

они могут служить, по Раздольскому, и для более тонкой то-  
нической 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 растройст-  
ва 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-  
lepsии. 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

Strümpell'я имеем дело именно с этими комплексами и в случаях *pasalasis agitantis sine agitatione*, *encephalitidis lethargicae*, отравления СО и, возможно, *tetanus'a*. Задача дальнейшего—установить наличие расстройств миостатической иннервации при церебральных гемиплегиях, в частности выяснить, не имеют ли гемиплегические контрактуры амиостатическое происхождение. Физиология и патология миостатики открывают собою обширную область для изучения. Место чечевичного ядра в миостатической иннервации, связи ее с церебральной и вестибулярной иннервацией, выяснение центrostремительных путей, регулирующих миостатику,—важнейшие вопросы в этой области.

И. Алуф.

#### д) Педиатрия.

К этиологии рахита в грудном возрасте. Chick, Dalyell, Hume, MacKay и Smith сообщают (*Lancet*, 1922, 1/VII; *Zeitschr. f. Kinderheilk.*, Bd. 34) о след. своих наблюдениях над профилактикой и терапией рахита, произведенных в клинике проф. Pirquet. Наблюдавшиеся дети были разделены на 2 одинаковые группы: одни вскармливались, как обычно в клинике Pirquet, коровьим молоком с значительным количеством (от 8 до 18%) сахара (диета № 1); другие получали меньше сахара, немного больше молока и около 8 гр. в сутки трескового жира (диета № 2); кроме того, всем детям давали, по мере надобности, крупу и сок из овощей или фруктов. Продолжительность наблюдения была от 5 до 15 мес. В течение лета ни один из находившихся под наблюдением детей рахитом не заболел; в течение зимы дети, получавшие диету № 2, также не заболели, из 27 же детей, получавших диету № 1 и поступивших в клинику в возрасте больше 6 мес., заболело рахитом 3 ребенка, а из 24 детей, бывших на той же диете и поступивших в возрасте меньше 6 мес., заболело 13, из чего видно, что дети до 6 мес. особенно восприимчивы к рахиту. Защищающее от рахита действие диеты № 2 следует приписать не тому, что в ней было меньше сахара и больше молока, а тому, что в нее входил тресковый жир, так как прибавление его к диете № 1 тоже защищало детей от рахита. От применения трескового жира, по 5—10 гр. в сутки, от солнечных ванн или от освещения ртутно-кварцевой лампой 3—4 раза в неделю (от каждого из этих мероприятий в отдельности) рахитические явления проходили в 2—4 недели. Особенно быстрое улучшение наблюдалось при одновременном применении солнечных ванн и трескового жира. Контрольные рахитические дети, не получавшие специально противорахитического лечения и остававшиеся в палатах, тоже поправлялись в течение лета, но очень медленно и лишь начиная с мая месяца. Авторы считают, что неправильное питание представляет собой не единственный фактор, вызывающий рахит, но зимой, при недостатке солнечного света, оно может явиться решающим моментом. Тот интересный факт, что свет и тресковый жир действуют на рахитический организм одинаково, наводит на мысль, что под влиянием света в организме синтезируется витамин А, благодаря содержанию которого действует благоприятно и тресковый жир.