

méd. des hôp. de Paris, 27 апреля 1917 г.), Wertheim Salomonsen (Амстердам) указал на случаи сочетания обычных симптомов паркинсонизма с табетиформными признаками и предложил для этих случаев название tromoparalysie tabetiforme. Касаясь прогноза болезни, G. Satala (Флоренция) разделил собственные случаи эпидемического энцефалита на формы: стационарные ($\frac{3}{4}$ случаев) и прогрессирующие ($\frac{1}{4}$).

Кроме приведенных данных, на этом годичном заседании были изложены и другие факты. Все это дает право считать, что годичное заседание Парижского Неврологического Общества действительно объединило существующие сведения о синдроме паркинсонизма и осветило некоторые стороны сложного вопроса о функциях подкорковых узлов.

Рефераты.

а) Физиология.

Новый вид корреляции органов. Взаимодействие органов друг на друга происходит, как известно, по одному из двух путей: через центральную нервную систему по типу рефлекса, или через кровеносную систему, по которой переносятся из одного органа в другой продукты деятельности эндокринных желез. Голландский физиолог Н. J. Hamburger (Klin Woch., 1923, № 28) сообщает о новой, третьей форме взаимодействия органов. Исходным пунктом нового учения о взаимодействии органов было наблюдение O. Loewi, установившего, что, если путем раздражения n. vagi привести изолированное сердце лягушки к остановке, то солевой раствор, взятый из этого сердца, получает свойство влиять на изолированное сердце другой лягушки так же, как раздражение n. vagi, т. е. замедляя его сокращения. Brinkman и van Dam показали, что жидкость, взятая из изолированного сердца лягушки, обладает совершенно противоположными свойствами в зависимости оттого, подвергался ли раздражению блуждающий, или симпатический нерв, причем индикатором для определения этих свойств служил желудок лягушки, реагировавший на жидкость, полученную из сердца после раздражения n. sympathici, расслаблением, а на жидкость, полученную после раздражения n. vagi.—сильными сокращениями. Аналогичные результаты получил в Будапеште Jendrassik, поставивший опыты с изолированным сердцем кролика и взявший индикатором отрезок кишечника. На основании этих опытов Н. J. Hamburger устанавливает, что при раздражении n. vagi в иннервируемом органе вырабатываются сердцем одни вещества, м. б. соединения холина, при раздражении же симпатического нерва другие; выяснилось, что первые вещества уменьшают поверхностное натяжение солевого раствора, вторые повышают его. Эти новые факты открывают возможность к двум уже известным механизмам влияния одних органов на

другие — центральной нервной системе и внутренней секреции — прибавить новый, третий механизм — выделение особых, имеющих специальное свойство веществ, продуцируемых органом при раздражении различных его нервов, поступающих в поток кровообращения и оказывающих соответствующие влияния на отдаленные органы. Эти новые физиологические данные заслуживают большого внимания клиницистов и открывают очень далекие перспективы, особенно в изучении клиники вегетативной нервной системы. *Р. Лурия.*

К физиологии желчеотделения. Для изучения секреторной и двигательной работы желудка и двенадцатиперстной кишки Беленький (Архив Клинической и Экспериментальной Медицины, 1923, № 1—2) сконструировал двойной тонкий зонд, дающий возможность одновременно изучать секрецию обоих органов и влияние желудочного пищеварения на дуоденальное и наоборот. Пользуясь этой методикой и изучая влияние различных веществ на отделение желчи, Беленький пришел к выводу, что соляная кислота является раздражителем для выделения желчи, причем желчь при этом получается непосредственно из печени, без расходования накопившейся в желчном пузыре желчи; при введении же сильных жировых раздражителей сначала опорожняется желчный пузырь, а уже потом начинает поступать желчь из самой печени *Р. Лурия.*

б) Внутренняя медицина.

Классификация легочного туберкулеза. Несмотря на то, что наиболее распространенная классификация легочного туберкулеза Turban-Gerhardt'a была принята на последней Международной Конференции по туберкулезу, а более новые классификации E. Albrecht'a и A. Fraenkel'a, Vasmeister'a и в особенности Aschoff-Nicola, основанные на патогенетическом принципе, несколько расширили схему, в которую можно уложить крайне разнообразную клиническую картину легочного туберкулеза, все многочисленные классификации не отражают крайне лабильного течения этой болезни. Штернберг (Врачебное Дело, 1923, № 9—10) кладет в основу своей классификации не деление форм туберкулеза по протяжению его в легочной ткани, не различия анатомических и патологических изменений легких, а биологический принцип, находящий свое выражение в клиническом проявлении болезни, как реакции всего организма на virus. С этой биологической точки зрения Ш. предлагает отличать в клинике легочного туберкулеза, независимо от результатов физического исследования легких, 1) случаи компенсированные, с нормальной температурой, сохраняющие полную работоспособность, т. е. случаи, где токсемия уравновешена; 2) субкомпенсированные случаи, где имеется субфебрильная t^0 , склонность к потере веса, быстрая утомляемость больных как выражение весьма неустойчивой нейтрализации туберкулезных токсинов; 3) декомпенсированные случаи с t^0 выше 38^0 , с потерей трудоспособности с более или менее полным нарушением равновесия между токсинами tbc и антитоксическими веществами, и, наконец, 4) случаи острого нарушения компенсации, имеющие особенно большое практическое значение, так как, появляясь у больных с хорошей компен-