

тия коронарных сосудов, в последнем случае развивается инфаркт и присоединяется до того отсутствующее воспаление. При обширном инфаркте присоединяется перикардит, повышается t^0 , появляется лейкоцитоз. Прогноз миокардоза зависит от возраста больного: больной на исходе 30 л. и в начале 40 л. часто гибнет при первом приступе стенокардии; пат.-анатомические изменения незначительны или отсутствуют. Болезнь у 90-летних длится несколько месяцев или немного лет; пат.-анатомически находят изменения сосудов и явления миофиброза. Прогноз в 60—70 л. лучше; пат.-анатомически находят изменения сосудов, значительный миофиброз, инфаркты; аневризмы сердца, рубцы и обызвестчения. Клинические симптомы при этом могут быть относительно мало выражены. В. Ж.

48) В. А. Schwartz, изучая *ревматические заболевания сердца* (The Journ. of the Amer. Medic. Associat. 1930, v. 94, № 12), приводит результаты обследования 58 сл. болезней сердца; из них 40 ниже 16 лет, 12—между 16 и 35 и 6 более 35 лет. У половины всех обследованных в анамнезе отмечен острый ревматизм—средней продолжительностью в 7 нед. Половина этих ревматиков имела один или более приступов до 13 лет. Из неимевших острого ревматизма у 17 отмечено несколько приступов болезней горла, у 8—болезни роста, у 5—хорея. У 25 из 58 произведена тонзиллэктомия. При исследовании отмечено преобладание плохого питания и caries зубов. Со стороны сердца у 51 поражен митральный клапан, у 3—аортальный, у 1—аортальный и митральный. Из 51 у 36 отмечена недостаточность клапана, у 7—стеноз отверстия, у 6—и то, и другое. Всех больных автор делит на 2 группы: 1) с благоприятным прогнозом и 2) с повторяющимися приступами ревматизма, кончающиеся летально. С социальной стороны такое деление необходимо, чтобы все внимание обратить на больных с благоприятным прогнозом. В. Ж.

49) A. S. Human (The Journ. of the Amer. Medic. Associat. 1930, v. 94, № 15) сообщает о 9 сл. *грудной жабы, осложнившейся инфлюэнцей* (из 412 сл.) в период с 1925 по 1929 г.г. Все 9 больных от 41—61 года; из них 3 женщины, 6 мужчин; приступ инфлюэнцы длился 2—6 дней; первый приступ грудной жабы следовал на 10—34-ый день после выздоровления. Взаимоотношения между длительностью и тяжестью инфлюэнцы, с одной стороны, и началом и исходом грудной жабы, с другой стороны, не было. Из 9—трое умерло; один во время первого приступа, второй—во время второго, третий—во время третьего приступа. Первые 2 из трех в предыдущем имели сердечно-сосудистые заболевания; из 9 пяти их не имели, у одного наблюдалось повышенное кровяное давление за несколько лет до болезни. Болезнь сердца доказана замедлением проводимости на электрокардиограмме. Терапия: внутривенное вливание декстрозы, иногда вместе с соединениями теофиллина или теобромина. В. Ж.

50) David A. Smith (The Journ. of the Amer. Medic. Associat. 1930, v. 94, № 1) указывает, что кроме вторичного заболевания бронхов и легких при Винцентовой ангине встречается иногда *первичное заболевание легких фузоспирохетозом*. Так, в случаях авторов мокрота была густой, зеленого цвета, гнойной, без запаха—содержала веретенообразные палочки, спирохеты типа Vincent's и Treponema microdentium, белый стафилококк, гемолитический и негемолитический стрептококк и грамотрицательные газобразующие микробы. Прививка мокроты гвинейским свинкам вызвала образование гнойников с такой же флорой, как в мокроте больного. Клинически фузоспирохету легких смешивают с tbc. Болезнь протекает в форме гангрены, абсцесса легкого, изъязвления бронхов, лобарной—лобулярной пневмонии, эмфиземы. Многие случаи кончаются быстрым выздоровлением, другие—летально. Терапия—внутримышечное или внутривенное вливание неоарсфенамина или сульфарсфенамина. Для достижения лучшего эффекта следует начинать лечение возможно раньше, когда не произошло большое разрушение легочной ткани. В. Ж.

б) Невропатология и психиатрия.

51) Основатель „инфекционной терапии“ Wagner-Jauregg указывает (Wien. med. Woch., № 34, 1931) на большое *профилактическое значение* неспецифического *маларийного лечения прогрессивного паралича*. Известно, что в 100% у паралитиков реакция Вассермана положительна. Кандидатами на прогрессивный паралич являются т. о. те люэтики, у которых liquor по истечении 2-ой стадии сифилиса все же дает положительную RW. Эти люэтики при

дальнейшем специфическом лечении в латентном периоде упорно дают положительную RW. Отсюда легко заключить, что эти кандидаты прогрессивного паралича должны быть подвергнуты малярийному лечению профилактически. Автор возлагает большие надежды на профилактическое лечение прогрессивного паралича. Он так заканчивает свою статью: „Самые больше надежды мы возлагаем не на куративное, а на профилактическое лечение п.п. Судьба люэтиков находится поэтому в руках практического врача и специалистов сифилидологов. После того как психиатр показал правильный путь (разумеется к профилактическому лечению п.п.) пусть он не огорчается, если в одно прекрасное утро у него не окажется больше паралитиков для лечения“.

Ив. Галант (Ленинград).

52) До сих пор объясняли *действие малярийного лечения при прогрессивном параличе* следующим образом. Одни авторы допускали, что высокая температура убивает спирохет, другие полагали, что вызванные малярийными плазмодиями иммунные тела обезвреживают спирохет, и, наконец, третьи выражают мысль, что благодаря действию лихорадки пропускаемость менингов и сосудов повышается и применяемые антилюэтические средства легче проникают к заболевшим местам п. н. с. Все эти объяснения лечебного действия малярийной лихорадки при п. п. не удовлетворяют Са р б о (Wiener klin. Wochenschrift, № 33, 1931).

Загадку лечебного действия малярии на прогрессивный паралич Са р б о разгадывает так. Инфильтрация плазматическими клетками (Plasmazelleninfiltration) лимфатических оболочек (Lymphscheiden) сосудов коры головного мозга образует вступительный процесс (einleitender Prozess, собственно «начальные явления») при прогр. параличе, причем эта инфильтрация является реакцией на спирохет осевших в этих же самых лимфатических оболочках. Мы знаем, что малярия «посылает» свои плазмодии в те же самые капилляры коры головного мозга, в которых находятся спирохеты. Эти капилляры мозга, содержащие в эндотелии малярийный пигмент, переполнены избыточной паразитами кровью. Следует полагать, что искусственное лечение малярией действует в силу того, что при этой искусственно привитой малярии плазмодийные эмболии образуются в тех самых капиллярах мозга, в которых при прогрессивном параличе находятся спирохеты. Настоящее действие этих местных плазмодийных эмболий состоит в том, что они, с одной стороны, отнимают у спирохет питательную почву, с другой стороны поддерживают защитные силы паралитического организма в его борьбе против спирохет. В большинстве случаев погибают при этом не все спирохеты, почему необходимо нужно применить вслед за малярией спирилоцидный сальварсан.

Ив. Галант (Ленинград).

53) Walther указывает (Schweizerische med. Wochenschrift № 29, 1931), что с 1924 по 1931 г. в психиатрической клинике Вальдау в Берне (Швейцария) были подвергнуты лечению малярией 33 прогресс. паралитика. Из них 14 могли быть выписаны с улучшением, у 13 получилось благодаря лечению малярией улучшение, но не в такой степени, чтобы их можно было выписать из клиники; в 3 случаях лечение оказалось безрезультатным, а 3 паралитика умерли во время и вследствие лечения малярией. — Из всех пирогенных методов лечения (Recurrens, Sokodu, Sargovitan, Pyrifer, Sulfosin и т. д.) автор считает малярию избранным методом лечения, не обосновывая впрочем в достаточной мере это свое утверждение.

Ив. Галант (Ленинград).

54) Gräshiger, практический врач (не психиатр) в Трюббахе (Швейцария) приводит (Schw. med. W. № 24, 1931) генеалогические таблицы 66 фамилий (в 4 поколениях), отдельные члены которых (числом 1357) все ему хорошо известны. Среди этих 66 фамилий нет таких, в которых не встречались бы душевные заболевания. Отсюда автор приходит к заключению, что практически нет людей, которые бы вовсе не были бы в той или другой мере наследственно отягощены и, следовательно, наследственная отягощенность сама по себе не может быть препятствием ко вступлению в брак. Автором было установлено, что психически здоровые партнеры в среднем производят на свет всего только $\frac{1}{3}$ меньше психически ненормальных детей чем партнеры, из которых один является душевнобольным. Впрочем, автор за редкими исключениями не привлекался вступающими в брак для освидетельствования своего здоровья и для получения „консенса“ на брак. В тех немногих случаях, где автор, будучи консультирован партнерами, не советовал вступления в брак, „сила любви брала верх над его советом“.

Ив. Галант (Ленинград).