

торое считается весьма существенным признаком сифилитического аортита у взрослых, встречается особенно часто у детей с наследственным lues'ом, у которых это явление имеет гораздо большие значения, нежели у взрослых. В подтверждение автор приводит 9 случаев наследственного сифилиса у детей с поражением аорты, (увеличение последней на рентгене и резкий акцентуированный II тон на аорте), у которых в результате специфического лечения акцент стал значительно слабее, или же совсем исчез, а в 2 случаях наблюдалось и уменьшение диаметра аорты.

П. Тарнопольский.

3) *Психиатрия и невропатология.*

99. *Проходимость центрального нервного барьера при душевных и нервных болезнях.* Исследование проходимости центрального нервного барьера (barrière hémato-encéphalique Stegnow'a и Gaertig'e) все более приобретает права гражданства в числе других клинических методов. Для этого исследования можно пользоваться или такими веществами, которые у здорового человека никогда не проходят в спинномозговую жидкость, и присутствие которых в последней свидетельствует о повреждении барьера (гемолизиновая проба Weil-Kafki, хромонейроскопическая проба Flatau'a), или такими, которые в патологических состояниях проходят либо в увеличенном против нормы, либо в уменьшенном количестве. Ко второй категории относятся бромовая проба Walter'a. Walter пользуется бромистым натрием, содержание которого он определяет колориметрически при помощи хлористого золота. Определив этим путем содержание брома в спинномозговой жидкости и в сыворотке крови, он делит цифру, выражющую насыщение бромом кровяной сыворотки, на цифру, выражющую содержание брома в спинномозговой жидкости, и этим путем определяет показатель проходимости барьера. В норме показатель этот колебляется, по Walter'u, от 2,90 до 3,30. Испытав способ Walter'a на 104 больных, S. и L. Prusak (Warsz. Czasop. Lek., 1927, №№ 3—4) пришли к след. выводам: 1) Проба Walter'a позволяет открыть минимальные количества бромистого натрия в спинномозговой жидкости и сыворотке крови. 2) Коэффициент проходимости центрального нервного барьера колебляется в норме между 2,90 и 3,30; коэффициент выше 3,30 свидетельствует о пониженной пропускаемости барьера, ниже—о повышенной пропускаемости. 3) Отрицательной формой метода Walter'a является то, что, как и всякий колориметрический метод, он является до известной степени субъективным. 4) Показатель этот идет часто рукой с серологическими реакциями. 5) Некоторые душевые и нервные заболевания всегда протекают с повышенной пропускаемостью барьера (психозы старческие и артериосклеротические, tabes dorsalis, менингеальный синдром), другие с нормальной (эпидемический энцефалит, сифилис мозга). 6) При некоторых заболеваниях результат исследования бывает неодинаков: одни случаи протекают с нормальной пропускаемостью барьера, другие с повышенной (прогрессивный паралич, sclerosis multiplex), или же с пониженной (sclerosis multiplex, шизофрения). 7) При прогрессивном параличе увеличенную пропускаемость дают случаи с далеко зашедшими психическими изменениями. 8) При шизофрении не удалось установить связи между пропускаемостью и состоянием болезни. 9) При sclerosis multiplex случаи свежие протекают с повышенной пропускаемостью, случаи же более старые—с пониженной пропускаемостью барьера. 10) Метод Walter'a не может быть признан за точный дифференциально-диагностический метод при нервных болезнях.

M. Вайнберг.

100. *Механизм гипноза и вегетативная нервная система.* А. П. Николаев (Врач. Газ., 1927, № 22) отмечает, что, благодаря гл. образом классическим работам академика П. П. Павлова, можно считать установленным, что нормальный, естественный сон и гипноз суть состояния одного и того же порядка, которые различаются между собой лишь количественно, а не качественно, и являются выражением торможения головной коры. Разбирая вопрос, что приводит к полному торможению в головной коре, т. е. ко сну, автор останавливается на мнении Legendre'a и Rieger'a, которые полагают, что сон есть результат отравления гипнотоксином, и мнении акад. Павлова, согласно которому сон являются простым безусловным защитным, врожденным рефлексом, охраняющим самые ценные элементы организма—нервные клетки больших полушарий. Автор склоняется к последнему мнению. Останавливалась далее на раздражителях при гипнозе, он предполагает предпочитать кожно-температурные, кожно-механические и зрительные раздражители широко применяемым обычно звуковым раздражите-

лям в виде монотонных, однообразно излагаемых словесных внушиений, ибо тормозные процессы быстрее и постояннее наступают при первых раздражителях, как это доказано многочисленными экспериментами школы Павлова. Далее автор, на основании литературных данных (Dresel, Litwak, Frank, Laignel'вааг и др.), приходит к заключению, что сон, а следовательно и гипноз, есть состояние ваготонии; с другой стороны состояние симпатикотонии (гнев, волнение и пр.) всегда препятствует наступлению сна. Затем Н. приводит данные опытов Billigheim'e'a, что при раздражении парасимпатической системы наблюдаются в крови повышение ионов К и уменьшение ионов Са: то же самое наблюдается и в состоянии сна, во время бодрствования же имеются обратные отношения. Glaser, подвергая больных гипнозу и определяя у них содержание Са в крови, нашел, что количество последнего во время сеанса понижалось в среднем на 2,16 мг. %, т. е. и во время гипноза тонус *sympaticus'a*, тесно связанный с колицией с ваготоническим предрасположением должны поддаваться гипнозу лучше других.

С. Шерман.

Рецензии.

Капланский, Наливкин и Инштекелис. Коллапстерапия легочного туберкулеза. Френикоэкзерез и торакопластика. 133 стр. Одесса. 1928.

Среди методов лечения легочного тbc, основанных на сжатии больного легкого, искусственный пневмоторакс стал в настоящее время достоянием уже не только клиник и больниц, но и врачей периферии. Этого нельзя сказать про другие методы лечения сжатием легкого (коллапстерапии)—про френикоэкзерез и торакопластику, которые не имеют еще права гражданства в русской клинике и очень мало знакомы врачам, особенно терапевтам. Поэтому коллективный труд, названный выше Одесских туберкулезников и хирурга заслуживает большого внимания. Правильно указав на то, что санаторно-климатическое лечение туберкулезных больных сплошь и рядом бывает слишком кратковременным в силу социальных условий, авторы обращают внимание на частую необходимость более раннего активного терапевтического вмешательства при тbc в виде коллапстерапии. Оставляя совершенно в стороне учение об искусственном пневмотораксе, как хорошо известное уже врачам, они останавливаются на своем пятилетнем опыте применения экзереза и торакопластики у тbc больных. Френикоэкзерез никогда не давал им каких-либо осложнений, связанных с применением самого метода, и вообще, по мнению многих авторов, он является "маленькой операцией". Указав, что в условиях нашей действительности наложение пневмоторакса, а в особенности длительное поддержание его, далеко не всегда представляется возможным, авторы считают, что в известном ряде случаев френикоэкзерез может заменить собой искусственный пневмоторакс. Это относится особенно к случаям, где прибегают к парциальному пневмотораксу, но последний после первых же вдуваний должен быть оставлен из-за сращений. Интересны случаи успешного лечения экзерезом при верхнедоловом процессе в легком. Эти случаи подтверждают правильность высказываемого авторами мнения, что экзерез p. phrenici нарушает целостность не только главного двигательного пути, но и ослабляет тот нервный путь дыхательного импульса, который тесно связан с легочным блуждающим нервом. Этот взгляд, еще мало известный врачам, кажется мне заслуживающим особого внимания, так как именно этот путь влияния чувствительных нервов centri tendinei диафрагмы на дыхание, на основании написанных экспериментальных исследований (Р. А. Лурия. О роли чувствительных нервов диафрагмы в иннервации дыхания, Казань, 1902), идет именно по блуждающим нервам. Между прочим авторы отмечают также влияние сокращения диафрагмы на состояние грудной клетки,—обстоятельство, которое нам удалось доказать на целом ряде опытов и которое было известно уже Duchene'y. Подробные истории болезни и ряд рентгеновских снимков,—правда, несовсем удачно воспроизведенных,—подтверждают взгляды авторов о значении коллапстерапии туберкулеза в виде френикоэкзереза; попутно отдельная глава посвящена технике самой операции.