

### з) Педиатрия.

432. *К психо-физическому развитию детей с врожденным сифилисом.* Чрезвычайно важному и сравнительно мало изученному вопросу этому посвящена интересная статья Вишнепольского и Довгополя (Вен и дерм., 1928, № 3), поставивших своей задачей путем обследования 38 детей с врожденным сифилисом установить влияние последнего на физическое и психическое развитие их. Помимо определения обычных дистрофий и аномалий сложения у таких детей, авторы пытались изучить состояние нервной системы и психо-нервной конституции, а также выявить дефекты интеллекта и эмоционально-волевой сферы. В результате своих исследований они пришли к выводу, что многообразие дистрофий, наблюдавшихся у всех обследованных детей, является характерным признаком, подтверждающим дегенерирующее влияние сифилиса. Дефективность психики, проявляющаяся особенно резко в период перехода из дошкольного возраста в школьный и в период полового созревания, была обнаружена ими у 28,9% обследованных детей. В 60,5% наблюдались отклонения от нормы со стороны нервной системы, выражавшиеся ее перераздражением и рядом психопатических конституций.

*Н. Яснитский.*

433. *Злокачественная краснуха.* Вопреки общепринятому мнению о полной безопасности краснухи Carrieu, Lamu и Bonchet (Presse med., 1928, № 18) описывают один случай со смертельным исходом и эпидемию краснухи в одной деревне с населением меньше 1000 человек, где из 100 случаев краснухи  $\frac{2}{3}$  протекали очень легко, но 3 случая кончились летально, а остальные сопровождались болезненными явлениями различной степени. Клинически эта болезнь представляла картину, несколько отличавшуюся от обычной картины краснухи, а, именно, здесь имели место ангины в начале болезни, значительное опухание и болезненность шейных желез, часто нагноение их, сыпь на лице, туловище и конечностях (большею частью коревидная), почти всегда исчезающая через несколько часов, иногда же лишь через 2—3 дня, катарральные явления со стороны глаз и носа, следовавшие за сыпью, шелушение—иногда довольно сильное—на руках и ногах дней 8 спустя и частые носовые кровотечения в начале или середине болезни; <sup>10</sup> в легких случаях была нормальна или несколько повышена, в тяжелых же случаях доходила до 39°5—40°5. Из 3 случаев, окончившихся смертью, двое детей умерли на 3-й день при судорогах и прогрессирующем упадке сердечной деятельности, третий же погиб в результате нагноения шейных желез.

*И. Тарнопольский.*

434. *К патогенезу и диагностике бронхоэктазий у детей.* В обширной работе D u k e n (Zeit. f. Kinderheilk., Bd. 44, N  $\frac{1}{2}$ , 1927) сообщается о своих клинических и экспериментальных исследованиях по патогенезу и диагностике бронхоэктазий в детском возрасте. Экспериментальная часть его работы посвящена изучению функции гладкой мускулатуры бронхов у морских свинок и собак, который он вливал в бронхи иодидия с последующим просвечиванием рентгеновскими лучами. С помощью той же методики автор изучал вопрос о перистальтике бронхов, о которой сообщают некоторые авторы. D u k e n ни у животных, ни у ребенка не мог подтвердить ни в одном случае наличия бронхиальной перистальтики. При перерезке vagus'a в его опытах просвет бронха не менялся, тонус при спокойном дыхании оставался неизменным. В альвеолы иодидия попадал несразу, а лишь через день и более. При кашле, оказалось, он попадает из одного легкого в другое, особенно в подкачичные участки, т. е. туда, где так часты диссеминации детского tbc. В патогенезе бронхоэктазий автор придает кашлю большое значение. Заболеванием этим чаще поражаются левые бронхи, которые хуже, чем правые, вентилируются, т. к. находятся под меньшим углом к главному бронху, что способствует застою секрета и деструктивным изменениям стенок бронха. К т. н. острым формам бронхоэктазий автор относится скептически. По его мнению есть целый ряд случаев, где бронхоэктазии ничем себя долго не проявляют, и лишь пневмония их выявляет. Бронхография представляет ценный, безопасный метод для обнаружения бронхоэктазий. Следует, однако, остерегаться ошибок и не принимать идущие к куполу диафрагмы бронхи за расширенные. В тяжелых случаях бронхоэктазий автор считает показанным пневмоторакс.

*М. Гасуль.*

435. *К этиологии и терапии выпадения прямой кишки у малолетних детей.* В происхождении этого заболевания, по K o l l m a n n'у (Med. Welt, 1927, № 44), играют роль две группы причин: конституциональные и непосред-

ственно вызывающие выпадение. Обычно оно имеет место у невропатических детей, у которых наблюдаются повышение сухожильных рефлексов, дермографизм, симптомы Chvostek'a и Aschner'a, сильная нервная возбудимость, привычная овота, ravor posturnus и пр. Из анатомических особенностей благоприятствуют выпадению значительная длина брыжейки colonis и s. romani, а также косвенное направление позвоночного столба. Непосредственно вызывают выпадение диарея, запоры, сильное натуживание при мочеиспускании, кашель (особенно при коклюше). В терапии на первом плане должны стоять устранение причин болезни, гимнастика и диететика, запрещение детям долго сидеть на горшке, средства, укрепляющие их общее состояние. Там, где эти средства не помогают, Kollman рекомендует способ, предложенный Eden'ом: заправив выпавшую кишку, врач вводит в rectum указательный палец левой руки, для контроля, а правой впрыскивает двумя уколами шприца, на глубину 4 сант., в параректальную ткань по 15—20 куб. с. гуманола (жира, приготовленного из человеческой жировой клетчатки, ткани липом и пр.) так, чтобы последний равномерно распределялся кругом кишки. Наркоза при этом не требуется. После впрыскиваний кругом заднего прохода накладывается полоска липкого пластыря, удаляемая через двое суток. Применяв этот способ в нескольких случаях, автор получил в полном смысле слова блестящие результаты. Единственным невыгодой его является трудность получения гуманола. Способ приготовления последнего описан Eden'ом в Deut. med. Woch., 1920, № 39. P.

### и) Невропатология и психиатрия.

436. *Лейкемические поражения нервной системы.* По наблюдениям Tröschner'a и Wohlwill'a (Deut. Zeit. f. Nervenheil., Bd. 100) нервная система при лейкемии поражается чаще, чем это обычно думают. Особенно часто при этой болезни имеют место инфильтраты в dura mater и эпидуральной ткани, а также в черепномозговых нервах и спинальных корешках. В большинстве случаев это поражение не ведет к резким клиническим симптомам, которые выступают лишь тогда, когда инфильтраты в твердой мозговой оболочке настолько велики, что вызывают явления сдавливания, а также в тех случаях, когда, благодаря внедрению инфильтратов в нервную ткань, сами нервные волокна вовлекаются в страдание. Тогда дело доходит до параличей со стороны отдельных черепномозговых нервов или до заболевания с картиной псевдобульбарного паралича или множественного неврита. Очень часто инфильтрация распространяется на g. Gasseri, причем и это страдание обыкновенно протекает бессимптомно, но в виде исключения может вести к жестоким невралгиям тройничного нерва. Поражаются иногда при лейкемии и симпатические ганглии. Реже инфильтраты встречаются в мягких мозговых оболочках и в адвентициальных лимфатических пространствах вокруг сосудов центральной нервной системы. Еще реже наблюдаются при лейкемии самостоятельные дегенеративные изменения нервной системы, особенно в форме т. наз. фуникулярного миелоза. P.

437. *Влияние внутривенных вливаний хлористого кальция и хлористого магния на мышечный тонус у больных с паркинсонизмом.* Пр.-доц. И. И. Русецкий (докл. в Физиол. секции Об-ва врачей при Каз. ун-те 28/III 1928 г.) применил такие вливания у 10 больных с мышечной гипертонией при паркинсонизме после эпидемического энцефалита, производя затем у них исследования мышечного тонуса на m. quadriceps femoris по склерометрическому методу Mangold'a. Для каждого вливания употреблялось по 5 к. с. изотонических растворов указанных веществ, т. е. 2,14%  $\text{CaCl}_2$  и 1,98%  $\text{MgCl}_2$ . При этом оказалось, что раствор хлористого Са давал усиление мышечного тонуса, раствор хлористого Mg—уменьшение его, комбинарованное же влияние обоих растворов—также уменьшение тонуса, но более слабое. P.

438. *Лечение прививками малярии сифилиса нервной системы.* (G. Wüllenweber (Münch. med. W., 1927, № 48) сообщает о 30 случаях, преимущественно tabes'a, леченных этим способом, причем в 82% можно было констатировать изменения в составе спинномозговой жидкости, в 87%—улучшение клинических явлений. Допустимо лечение лишь у крепких больных. Главное показание к нему представляют желудочные кризы и стреляющие боли в конечностях.

С. С-в.