

лекарственного леченія, основой котораго являются различные препараты брома, не смотря на многочисленные попытки замѣнить его другими средствами. А такъ какъ хирургическое вмѣшательство является возможнымъ сравнительно рѣдко, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ бромъ остается существеннымъ элементомъ леченія.

При примѣненіи брома необходима строгая индивидуализація; авторъ высказывается противъ высокихъ дозъ, предложенныхъ Gowers'омъ (8,0 pro die) и Féré (12,0—20,0); въ большинствѣ случаевъ доза 3,0 pro die оказывается достаточной, а если число припадковъ не уменьшается подъ вліяніемъ 6,0 pro die, то обычно и бѣльшія дозы не оказываютъ вліянія.

Методъ Riehet и Toulouse трудно примѣнимъ на практикѣ, вслѣдствіе того непреодолимаго отвращенія въ несоленой пищѣ, которое рано или поздно появляется почти у всѣхъ больныхъ.

Изъ новыхъ препаратовъ наиболее пригодными по мнѣнію Schnitzer'a являются Bromipin, Sabromin и Neuronal, дающіе, повидимому, меньше непріятныхъ побочныхъ явленій, чѣмъ kal. bromat.

Хорошіе результаты получалъ авторъ и при примѣненіи предложенной проф. Бехтеревымъ комбинаціи брома съ Infus. Adon. vernal.

Хирургическому леченію эпилепсіи (рефлекторная, травматическая, Jackson'овская форма) авторъ удѣляетъ сравнительно мало мѣста.

В. Лихницкій.

А. Sézary. Леченіе парасифилитическихъ нервныхъ заболѣваній. Traitement pathogénique des affections parasymphilitiques. Presse Médicale, 1910, № 3.

Развитіе tabes'a и прогрессивнаго паралича начинается, по мнѣнію автора, сифилитическимъ менингитомъ, появляющимся во вторичномъ періодѣ одновременно съ кожными поражениями; единственнымъ проявленіемъ этого менингита представляетъ лимфоцитозъ cerebro-спинальной жидкости. Этотъ ранній, скрыто протекающій, менингеальный процессъ и влечетъ за собой впоследствии развитіе такъ называемыхъ парасифилитическихъ заболѣваній—tabes'a и прогрессивнаго паралича.

Анатомическія измѣненія, которыя наблюдаются въ болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ случаяхъ *tabes dorsalis*— это измѣненія заднихъ корешковъ, влекущія за собой склерозъ заднихъ столбовъ, и, наконецъ, хроническій, обыкновенно не рѣзко выраженный менингитъ. Согласно послѣднимъ работамъ процессъ, поражающій задніе корешки, и состоящій въ атрофіи нервныхъ волоконъ и развитіи интерстиціальной ткани, является первичнымъ, и измѣненія заднихъ столбовъ нужно разсматривать какъ его послѣдствія. Менинго-энцефалитъ прогрессивнаго паралича характеризуется, кромѣ измѣненій сосудовъ, атрофіей и исчезновеніемъ кортикальныхъ нервныхъ клѣтокъ и обильнымъ разрастаніемъ невроглии. Такимъ образомъ, какъ при *tabes*'ѣ, такъ и при прогрессивномъ параличѣ мы имѣемъ атрофію нервныхъ элементовъ, сопровождающуюся развитіемъ склероза. Но всѣ эти измѣненія для Sezary являются вторичными, послѣдствіемъ менингеальнаго процесса; въ развитіи этихъ заболѣваній онъ предлагаетъ различать два періода: первый—претабетическій и препаралитическій, въ которомъ измѣненія нервныхъ элементовъ и развитіе склероза еще не наступило, и второй, собственно табетическій и паралитическій, въ которомъ и появляются характерные симптомы этихъ заболѣваній.

Неудачные результаты ртутнаго леченія при *tabes*'ѣ и прогрессивномъ параличѣ авторъ объясняетъ тѣмъ, что леченіе начинается слишкомъ поздно, когда уже образовались стойкія склеротическія измѣненія. Ртуть же, какъ извѣстно, оказывается дѣйствительною при разлитыхъ и локализованныхъ воспалительныхъ процессахъ сифилитическаго характера, но совершенно бессильна противъ вторично развивающихся склерозныхъ измѣненій. Поэтому леченіе *tabes*'а и прогрессивнаго паралича авторъ предлагаетъ начинать еще во время вторичнаго періода сифилиса, при появленіи менингита; что ртуть оказываетъ несомнѣнное вліяніе на развитіе раннихъ менингеальныхъ явленій, показываетъ исчезновеніе лейкоцитовъ въ церебро-спинальной жидкости послѣ энергичнаго ртутнаго леченія. Правда, нерѣдко этотъ менингитъ исчезаетъ и безъ всякаго леченія, но онъ можетъ принять и хроническое теченіе и вызвать развитіе уже непоправимыхъ измѣненій въ заднихъ корешкахъ. И леченіе можетъ быть

успѣшнымъ только тогда, когда оно начато въ претабетическомъ и препаралитическомъ періодѣ. *В. Лихницкій.*

Г. И. Маркеловъ. Органотерапія нервныхъ заболѣваній. Терапевтическое Обзорѣніе, 1911, № 13.

Во введеніи авторъ даетъ краткій обзоръ современнаго состоянія вопроса о внутренней секреціи; онъ приводитъ теоріи, предложенныя для объясненія механизма взаимодѣйствія отдѣльныхъ железъ и отмѣчаетъ ту громадную роль, которую играетъ внутренняя секреція въ нормальномъ обмѣнѣ веществъ и въ возникновеніи цѣлаго ряда заболѣваній.

Изъ отдѣльныхъ нервныхъ заболѣваній авторъ останавливается на Базедовой болѣзни, микседемѣ, акромегалии, тетаніи, эклампсіи, дрожательномъ параличѣ, міастеніи, мигрени, неврозахъ, склеродерміи и одервенѣлости позвоночника. Отмѣчая ту роль, которую играютъ въ возникновеніи этихъ заболѣваній нарушеніе дѣятельности железъ съ внутренней секреціей, авторъ указываетъ, что во многихъ случаяхъ въ развитіи отдѣльныхъ заболѣваній принимаютъ участіе не одна, а двѣ или нѣсколько железъ, и такимъ образомъ эти заболѣванія являются полигландулярными, такъ что и органотерапія данныхъ заболѣваній должна быть комбинированной.

Свою статью авторъ заканчиваетъ слѣдующими строками: „Ученіе о внутренней секреціи выяснило намъ нѣкоторыя клиническія формы, казавшіяся до сихъ поръ загадочными; оно несомнѣнно сниметъ завѣсу и съ нѣкоторыхъ проявленій уже извѣстныхъ болѣзненныхъ формъ. Число загадочныхъ неврозозъ мало-по-малу убываетъ. вмѣстѣ съ тѣмъ ученіе о внутренней секреціи даетъ намъ и богатую почву для терапіи вышеразсматриваемыхъ заболѣваній“.

В. Лихницкій

РЕЦЕНЗІЯ.

Прив.-доц. А. Н. Вернштейнъ. Клиническіе приемы психологическаго изслѣдованія душевно-больныхъ. Опытъ экспериментально-клинической семіотики интеллектуальныхъ разстройствъ. Съ 26 рис. въ текстѣ и IX таблицами на отдѣльныхъ листахъ. Изд. студенческой медиц. изд. комиссіи имени Н. И. Пирогова. Москва. 1911 г. Ц. 1 р. 25 к.