

клиническую картину расстройств сознания при всех психических болезнях, указывая в каждом случае на особенности этих расстройств, таким образом, что они делаются важным в диагностическом отношении подсобным моментом.

В первой части, в общей симптоматологии расстройств сознания, автор рассматривает: А. *Психические картины изменений сознания* (нормальное состояние сна; сознание в гипнозе; расстройства сознания в состоянии аффекта; оглушенность, сонор, кома; сумеречные состояния; психический шок; растерянность; состояние аменции; онейроидные состояния и т. д.). В. *Неврологические симптомы, сопровождающие расстройства сознания* (расстройства моторики, чувствительности; кожные и сухожильные рефлексы, Deviation conjuguee, Nystagmus, паралич глазных мышц; реакция зрачков; механическая и электрическая возбудимость нервов и мышц; расстройства со стороны мочевого пузыря и ректума; скоро проходящие очаговые симптомы; лумбальное давление (Lumbaldruck)). С. *Другие соматические симптомы, сопровождающие расстройства сознания* (расстройства дыхания, расстройства температуры тела; расстройства со стороны вегетативной системы; аномалии обмена веществ). Д. *Явления бессознательной душевной жизни*. Е. *Расстройства сознания и мозговой процесс*.

Во второй части, в специальной симптоматологии расстройств сознания, автор изучает: истерические расстройства сознания; психогенные расстройства сознания, расстройства сознания при генуинной эпилепсии; эпизодические сумеречные состояния; нарколепсия, пикнолепсия и родственные состояния; обмороки и обморочноподобные припадки у детей; психастенические и аффектэпилептические припадки; расстройства сознания при мигрени, при опухолях в мозгу, при гидроцефалии и серозном менингите, при симптоматических психозах в течении инфекционных болезней, при общих расстройствах кровообращения, при эклампсии и уремии, при апоплексии, психические расстройства при тромбозе синуса мозга, Stokes-Adams'овский симптомокомплекс, расстройства сознания при церебральном артериосклерозе и при старческой инволюции, при contusio et commotio cerebri, при попытках удушения (странгуляция), постоперативные расстройства сознания; расстройства сознания при генерационных психозах (Generationspsychose) — психозы при беременности, родах, в послеродовом периоде; солнечный удар; гелоплегия; расстройства сознания при прогрессивном параличе и lues cerebri, при интоксикациях алкоголем, морфием, гашишом, кокаином, мескалином, при эндокринных заболеваниях (Basedow, микседема, тетания, Addison); расстройства сознания в течение общего вегетативного невроза, при маниакально-депрессивных конституциях; расстройства сознания при шизофренических картинах состояния.

Нет никакой возможности дать здесь хотя бы в самых кратких, бледных чертах описание этого весьма богатого содержания книги. Автор описывает все вышеприведенные формы расстройства сознания на основании собственных наблюдений и всей новой литературы, которую он приводит в своей книге, не то что в конце каждой главы или в конце текста (как принято), а при обсуждении каждого отдельного вопроса, так что почти каждая страница текста имеет свой перечень литературы или даже несколько таких перечней, что облегчает читателю в значительной степени изучение литературы заинтересовавшего его вопроса.

Приведу только самый, как мне кажется, важный вывод, который автор на основании своих исследований делает в конце книги: для диагноза болезни во многих случаях точное установление картины расстройства сознания гораздо важнее многих других отдельных психических симптомов. Эти последние зависят часто от случайных индивидуально обусловленных констелляций. *Ив. Галант* (Москва).

## Рефераты.

### а) Внутренние болезни.

62) *Туберкулез почек*. Howard S. Jeck (А. М. А. v. 92, № 41, 1929) на основании 60 оперированных случаев тбс почек и последующего наблюдения в течение ряда лет приходит к следующим выводам: 1) туберкулезные фокусы в genitalia встречаются в большом % случаев тбс почек; наличие гноя в моче при легочном тбс обязывает к тщательному наблюдению за почками (тбс); 2) если активные тбс поражения только в одной почке, то прогноз хороший; 3) нет постоянного соотношения между длительностью симптомов и степенью поражения.

почек; 4) чем беднее функция почек, тем больше деструкция; 5) спинальная анестезия не только облегчает нефротомию, но и разрешает вопрос о послеоперативных легочных обострениях; 6) соответствующий больной почке мочеточник очень часто заболевает с почкой; 7) ВК определяются в моче при тbc почек в высоком проценте случаев простыми общеупотребительными методами. *Н. Крамов.*

63) *Грудная жаба и сердечная астма.* Prof. J. Pal (Die ärztliche Praxis, № 9, 1929) считает основным общим для этих 2-х заболеваний признаком тот, что припадки выпадают во время лихорадочного состояния. Происхождение болей при грудной жабе автор объясняет раздражением чувствительных нервов, расположенных в области основания коронарных сосудов, в проксимальном отрезке которых из-за спазма самих же сосудов образуется артериальный застой с последующим растяжением стенок. Обычно припадок сопровождается общим повышением кровяного давления; если же такое повышение сменяется понижением, а припадок длится, то это обстоятельство указывает на сужение коронарного устья, из-за которого нарушается прямое влияние общего высокого давления на коронарные сосуды. Приводя много причинных моментов развития припадков грудной жабы, автор затрудняется дать грань между *angina pectoris vera* и *angina pectoris vasomotoria*. Во время припадка гр. жабы наиболее верным средством для устранения боли является морфий, а для устранения спазма—вдыхание амилнитрита или прием внутрь нитроглицерина (2—3 к. 1% спиртного раствора) или внутривенное вливание атропина (0,001—0,0015). Расширяющими коронарные сосуды средствами являются и те, которые возбуждают *sympatricus*: кофеин, теобромин, теофиллин, эфебрин, эфетонин.

Сердечная астма в противоположность гр. жабе, где основные признаки приступа субъективные—боль, имеет приступы с совершенно объективными признаками: быстро наступающая одышка, цианоз, холодный пот и отек легких. Исходный пункт припадка—это острая недостаточность левого предсердия. Бывающие при припадке сердечной астмы боли обусловлены острым застоем печени и напряжением диафрагмы. Во время приступа прежде всего необходимо ликвидировать раздражение дыхательного центра, что достигается комбинацией морфия с атропином. Для облегчения кровообращения очень эффективно кровопускание. Автор рекомендует, как хорошо действующее средство, комбинацию адреналина с астмолизином, а профилактически—ограниченное употребление жидкостей, препараты теобромина и теофиллина, а также новые препараты *Salurgan* и *Novurit-chinoin*.

64) F. Deutsch (Mediz. Kl. № 16, 1929) говорит, что *уменьшение размеров сердца у спортсменов* является нормальной реакцией здоровых сердец на спортивные упражнения и что увеличение их размеров бывает в результате имевших место до того частых сужений. *С. М. Райский.*

65) *Острая сердечная слабость при инфекционных заболеваниях* наступает по T. Brugsch'у и W. Grunke (Mediz. Kl. № 14, 1929) или вследствие истощения сердечной деятельности, или вследствие паралича вазомоторов с преимущественным расширением и кровенаполнением артериол в области *splanchnicus'a*, или вследствие анемии центров кровяного давления на почве оттока крови к брюшным органам. Клиническое и патолого-анатомическое изучение авторами тех случаев острой сердечной слабости, которые привели к смерти, показало, что при дифтерии, гриппе и роже чаще всего бывает истощение сердечной деятельности, при брюшном тифе и скарлатине преобладает коллапс церебротоксического характера, реже первичный паралич капилляров. *С. М. Райский.*

66) Prof. Eduard Melchior (Medic. Klin. № 13, 1929) приводит удачный *случай оперирования больного с артерио-венозной бедренной аневризмой* (фистулой между а. и в. femoralis), возникшей за 10 лет до операции на почве ранения и вызвавшей также и анатомические изменения сердца, исчезнувшие после операции. *С. М. Райский.*

67) *Печеночный экстракт, назначенный per rectum.* Reznikoff (Journ. of Am. M. Ass. v. 93, № 5) приводит историю болезни одного больного с *anaemia perniciosa*, осложненной пневмонией. До лечения была след. картина крови: Hb—35%; E—1.250.000; Fi—1,4; L—4400. Рвота при приеме *per os* печеночного экстракта побудила автора давать больному *per rectum* печеночный экстракт в количестве 30,0—45,0 дважды в день в 60,0 теплого молока. Пациент в первое время удерживал лекарство в течение 1/2 часа, в последующие дни—1 1/2 часов. Через 71 день лечения произошли след. изменения в крови: Hb—72, E—3.880.000 с нарастанием числа ретикулоцитов на 4-й день лечения до 21%.