

К вопросу о прямом и косвенном естественном вскармливании у груди матери. Проф. Brüning (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 54 Band 2 Heft 1933) делает небольшой обзор литературы, доказывающей преимущества вскармливания младенца непосредственно у груди матери перед вскармливанием сцеженным молоком. Здесь даются указания на соответствующие изменения флоры кишечника, понижение иммунных и защитных свойств, более медленную прибавку в весе, ослабление химизма желудочной секреции. Сам автор приводит результаты опыта над козами. Часть этих коз вскармливалась непосредственно у груди матери, часть сцеженным молоком. Он отмечает в данном случае также более слабое нарастание веса. Автор делает заключение, что самое идеальное вскармливание—это непосредственно грудь матери.

Д-р Урицкая.

б) Психиатрия и невропатология.

Кречмер (Kretschmer E. Ueber zerebrale Gefäßschwäche. Deutsche Med. Wochenschrift. № 46, 1932) вводит новое понятие „церебральной сосудистой слабости“ по аналогии, или, как говорит сам а., в том же самом смысле, в каком говорят по отношению к другой части сосудистой системы — „сердечной слабости“. Дело идет о чисто функциональном „рабочем понятии“ (Leistungsbegriff), которое вытекает из клинического наблюдения и которое не находится в зависимости от того, лежат ли в основе этой слабости более или менее тяжелые анатомические изменения или нет. Состояние церебральной сосудистой слабости обнаруживаются клинически прежде всего в ранних „предстадиях“ (Vorstadien) мозгового артериосклероза, дальше при климактерических состояниях, при т. наз. травматической мозговой слабости, как следствие потрясения мозга и контузий. Декомпенсация мозговых сосудов представляется в клинической картине гл. обр. как склонность к расслаблению, дилатации, патологической проницаемости и недостаточности быстрого реагированию при быстром повышении нагрузки. При лечении, как в отношении медикаментозного, так и образа жизни должно исходить из тех же соображений, как и при сердечной слабости: постельный режим (Liegekure) в продолжение многих недель с назначением компенсирующих сосудистых средств, которые способны улучшить циркуляцию в мозговых сосудах (диуретики, папаверин и как adjuvans люминал в очень маленьких дозах). При освидетельствовании важен дифференциальный диагноз в отношении Renten neurose.

Что касается симптомов заболевания, то а. указывает на избирательную чувствительность б-ых к триаде: нагибание, тепло, алкоголь (Bücken, Hitze, Alkohol) прилив к голове (Kopfgötung), увеличенная влажность конъюнктивы. Аффективная инконтиненция. Аффективно инконтинентный отождествляет себя в гораздо меньшей степени со своим аффектом, чем раздражительный; он скорее ощущает этот аффект как нечто чуждое личности, нечто ее отягчающее.

Выражение лица, страдающего церебральной сосудистой слабостью в более выраженных случаях—оскудение выразительной моторики (мимика) и легкое общее понижение тонуса лица, которое делает его серьезным и чрезвычайно спокойным. И здесь мы имеем полную противоположность к психомоторному поведению нервных и невротиков с целевой установкой.

Ив. Галант (Ленинград).

Блюм (E. Blum. Ueber Katechine. „Deutsche Med. W.“ № 48, 1932) различает, в противовес гормонам, которые являются в организме возбуждающими эффективными веществами (Treibstoffe), катехины—Bremsstoffe—или „тормозящие вещества“, от греческого слова *κατεχειν*—сдерживать в известных границах, роль которых заключается в том, чтобы предупредить повышенную активность (Ueberwirkung) гормонов, или чтобы смягчить и модифицировать их действие. Автору удалось в 1929 г. добыть из белка крови антигиреодную компоненту. Это вещество, легко добываемое из всякой здоровой крови, притупляет действие вещества щитовидной железы. Интенсивнее действует против вещества щитовидной железы тиронорман. В опытах с основным обменом веществ тиронорман в состоянии парализовать действие идиотского белка щитовидной железы.

Инсулин представляет собой по Блюму катехин по отношению к гормону, накопляемому в поджелудочной железе и вызывающему мобилизацию сахара. Какой фактор приводит в движение гормон, который регулирует содержание сахара в крови, пока неизвестно.

Ив. Галант (Ленинград).

Вейсенфельд (Weissenfeld, Felix. Weitere Fälle von Pellagra in Schlesien. Psychiatr.-Neurolog. W. № 46. 1933) сообщает о заболеваниях пелла-

органическими психозами в Шлезии (Германия). Пеллагра распространена в верхней Италии, на Балканах и после мировой войны она нашла большое распространение в Сев. Америке, где в 1927 г. было зарегистрировано больше 50.000 случаев пеллагры и 2500 смертных случаев от пеллагры. В Германии пеллагра появилась после мировой войны и встречается она здесь почти исключительно в психбольницах. А. наблюдал 10 случаев в псих-б-це Bunzlau и 1 в псих-б-це Lüben, из них 4 кончились летально при явлениях кахексии.

А. определяет эту болезнь, как тяжелое расстройство обмена веществ, которое, при отсутствии соответствующего лечения, ведет при кахектических явлениях к смерти. Является ли пеллагра чистым авитаминозом или токсикозом трудно с определенностью сказать. Не исключена возможность, что в развитии болезни играет роль комбинированное действие авитаминоза и токсикоза. При этом а. приводит очень интересную параллель между пеллагрой и пернициозной анемией, находя, что в основе обеих заболеваний лежит ахилия, персистирующая и тогда, когда все другие явления болезни исчезли: оба заболевания часто сопровождаются психозом и при обеих болезнях терапевтический эффект получается от действия одних и тех же средств: переливание крови, мышьяк, сырое мясо, печень и т. д.

Что касается картины психического заболевания при пеллагре, то она б. ч. депрессивно-тревожного характера с идеями виновности и греховности, с раптусообразными покушениями на окружающих или на самоубийство, при наличии делирианта окрашенных ситуационных галлюцинаций и явлений расстройства ориентировки.

Ив. Галант (Ленинград).

Сухарева, Г. Е. (К проблеме дефектности при мягких формах психозов. Советск. невропат. психиатр, психогиг. Т. II, вып. 5. 1933) приходит к заключению, что при мягких формах психозов нет строго ограниченных дефектных состояний, а есть лишь дефект-симптомы наряду с процесс-симптомами. В структуру дефектных состояний входят 3 группы симптомов: 1) симптомы дефекта, 2) симптомы идущего процесса и 3) симптомы вторичного реактивного характера, являющиеся в результате компенсаторных образований и реакций приспособления оставшейся здоровой части психики. И еще автор различает 3 типа структурных изменений при дефектных формах психозов: Первый — атонический (недостаток аффективной живости и активности личности). Второй — тонический (большая связанность и недостаточная подвижность всей личности в ее аффективных волевых проявлениях). Третий — дистонический (где основное в нарушении единства психических реакций личности, личность состоит как бы из отдельных частей, которые несодружественно работают). Далее автор подчеркивает, что клиническая картина дефектных состояний детерминирована не только фактом болезненного процесса, но и другими моментами, куда входят особенности личности б-го и те социальные условия, в которых эта личность развивается. Компенсация дефектного состояния лучше всего протекает в условиях правильно организованной трудовой системы, при правильной социальной направленности б-го.

Ив. Галант (Ленинград).

Фридман (Об особенностях характерологических изменений при психозах на гетеронормной почве. „Советск. Н. п. п. Т. II, вып. 5. 1933) отличает от психозов на психонормном фоне (преморбидная личность, психонормная) психозы, развивающуюся у лиц с гетеронормным психозом преморбидным характером. В этом последнем случае б-ым не бывает свойственна такая вялость и замкнутость. Они долгое время участвуют в жизни, проявляя большую полезную деятельность („мягко протекающая психоз“?). Они более доступны, у них реже встречается манерность, меньше психозических поворотов. Они более просты, естественны, лишены психозических чудачеств и остаются долго практически людьми.

Ив. Галант (Ленинград).

Финкельштейн (Психозы развития и процесс-психоз. „Советск. психоневрология“ № 3. 1933) приводит 2 типичных случая психозов, из которых один рассматривается как „психоз развития“ другой как процессуальная психоз („процесс-психоз“). При всем желании трудно согласиться с автором, что его случаи с точки зрения приведенного им анализа принципиально и по существу различны и чужды друг другу. т. обр., что в одном случае мы имеем „процесс“, а в другом только „развитие“. („Нормальное развитие“ и не болезнь?). Термин „психоз развития“ сам по себе, как мы видим, очень неясный и способен только еще больше запутать путанную проблему психозов. Вообще