

надо сказать, что деление психозов на 1) „психозы развития“; 2) „психозы sui generis“ и 3) „органическую, симптоматическую психозы“, причем эта „органическая, симптоматическая психозы“ есть „изменение до того нормальной структуры каким-либо органическим процессом со своим особым и закономерным течением (таковы, напр., сифилис мозга, прогрессивный паралич, склероз мозга, эпидемический энцефалит и др.)“ (стр. 37) до того чудовищно и путанно, что мнение автора, что „оно (это деление) позволяет по-новому ставить и рассматривать многие вопросы клинической и теоретической психопатологии и потому заслуживает пристального внимания“, вызывает у читателя одно лишь недоумение и удивление отсутствием у а. всякой здоровой критики,

Ив. Галант.

Шнейдер (Kurt Schneider. Psychiatrische Diagnostik „Deutsche Medizin.“ № 42. 1933) разбивает весь „патопсихологический материал на „четыре группы“. Первая группа — виды переживания (Arten des Erlebens) ощущение и восприятие, представление и мышление, чувство и оценка (Werten), влечения и воля. Вторая группа — основные свойства переживания: общее всякой вполне развитой человеческой душевной жизни свойства: сознание „я“ (Ichbewusstsein), сознание времени, память, способность реагировать. Третья группа — фон переживаний (Hintergrund des Erlebens). Под фоном переживаний а. понимает общие состояния (Gesamtzustände), в которые переживания вкраплены и которыми они в значительной степени обусловлены или модифицируются: внимание, сознание, интеллект, личность. Четвертая группа, наконец, представляет собой выражения переживаний (экспрессивная речь, письмо, мимика и остальная моторика. Такова система, которая лежит в основе изложения а. психиатрической диагностики.

Далее следует описание отдельных психопатологических феноменов из этих 4-х групп с указанием диагностического их значения. Указывается на то, что маниакальная скачка идей характерна не только для циклофрении, но встречается у возбужденных паралитиков, сенильных и при психозах. Навязчивое мышление свойственно аналкастам, но встречается и при известных постэнцефалических состояниях. А. различает бредовое мышление, вытекающее понятным образом („verständlich“) из определенных чувственных состояний (Gefühlszustände), и настоящий бред, который не является ни расстройством мышления, ни таковым суждением, ни производным из других переживаний и представляет нечто первичное. Это особенно ясно видно при бредовых восприятиях и почти каждый бред имеет форму бредовых восприятий.

В сфере чувств а. различает *виталистические чувства* (элементарные органические чувства утомления, сонливости, голода, жажды и т. д.) и *реактивные чувства* (радость чему-то, страх перед чем-то, раскаяние в чем-то и т. д.). Расстройства виталистических чувств находят, напр., яркое свое выражение при нервном растении синдроме, таковые реактивных чувств имеют свое выражение в лабильности чувств, в врожденной бедности чувств, в отчужденности чувств (Gefühlsentfremdung). Некоторые астенические психопаты, а также многие циклотимно-депрессивные, а иногда и дебютирующие психозы жалуются, что они ни к чему не имеют интереса, не умеют поддерживать отношений к людям, никого больше не любят, они окаменели, аффективно опустошены. При этом б-ые сами угнетены и даже потрясены, что у них развилась такая тупость чувств.

При расстройствах влечений а. различает расстройства виталистических влечений и воли, как фактора, регулирующего игру сил инстинктов. Расстройства памяти, сознания времени а. не считает специфическими для той или другой психической болезни,

Ив. Галант (Ленинград).

с) Хирургия и ортопедия.

Жолондзь А. М. Вывихи стопы и на лечение. Н. Х. А. № 9—1933 г.

Автор, основываясь на различных вывихах стопы, прошедших через Ленинградский травматологический ин-т, анализирует все виды этих вывихов. Разделив все вывихи на 4 вида: 1) вывих стопы вперед, 2) вывих стопы назад, 3) вывих стопы наружу и 4) вывих стопы внутрь, а. определяет механизм этих вывихов и методы лечения.

В результате а. приходит к выводам: 1) при всяких вывихах, которые сопровождаются переломами, необходима, помимо вправления вывиха, репозиция отломков с фиксацией стопы в гипсовой повязке; 2) открытые вывихи—превращать в закрытые; 3) дополнительно—физиомеханотерапия супинатор.

Л. Шулушко.

Коган А. И. Об алебастровых повязках. Н. Х. А. № 8 1933 г.

Перебои в снабжении гипсом, а также недостаточно хорошее его качество заставили целый ряд хирургов искать новые материалы его заменяющие. А, для замены гипса, предлагается пользоваться для неподвижных повязок алебастром. Это предложение ранее исходило и от Турнера.

А. за 5 месяцев наложил 50 алебастровых повязок; повязки оправдали свое назначение. Приготавливались алебастровые бинты также, как готовятся гипсовые. Затвердевает алебастр через 5—7 минут. При смешивании алебастра с горячей водой повязка твердеет быстрее. Испытание алебастра в отношении влияния атмосферных воздействий показало, что сырость, холод, влага не изменяют качества алебастра. Отрицательными свойствами является вес алебастровой повязки, который тяжелее гипсовой на 20%; второе то, что алебастр дает зернистую, шероховатую поверхность повязки после затвердения.

Л. Шулушко.

Баранцевич Е. В. и Жолондзь А. М. Изолированные переломы лодыжек, чрезлодыжечные переломы (Мальгена), переломы Дюпюитрена и Десто и их лечение. Н. Х. А. № 9—1933 г.

На основании 136 случаев переломов костей голеностопного сустава, прошедших через Ленинградский травматологический ин-т, авторы разбирают все виды, встречающиеся в этом суставе (переломы лодыжки—71 сл.; чрезлодыжечные переломы—16 сл.; переломы Дюпюитрена—31 сл. и переломы Десто—18 сл.).

Указывая на типичные моменты клинической картины, свойственные той или иной форме разбираемых переломов, авторы подробно останавливаются на методах лечения, отражая в этом отношении выработанные Ин-том положения.

В свежих случаях Ин-т применяет временную иммобилизацию, конечность укладывается в приподнятом положении при неб. сгибании в коленном суставе. Через 5—8 дней производят репозицию отломков, либо под общим наркозом, либо по Бёлеру, и иммобилизацию отломков.

В случае выявления, после проверки рентгеном, неправильного положения отломков, Ин-т пользуется повязкой по принципу Ланге „с закруткой“, модифицированной сотр. Ин-та Озеровым. Накладывается обычная гипсовая повязка на стопу и голень, при чем до наложения шва, над обеими лодыжками кладутся ватные подушечки; после двух гипсовых бинтов вгипсовываются две палочки (длиною 20—22 см. и 2,5 см. кв. сечения). Укладываются они параллельно так, чтобы их средние части приходились на соответствующие лодыжки, а концы выдавались впереди и кзади. Через 1—2 суток на передней поверхности, повязки от нижнего края до середины голени вырезается полоска в 2 см. шириною. Свободно выдающиеся концы палочек свертываются друг с другом несколькими оборотами прочного шнура. Между оборотами шнура, связывающего передние концы палочек, вставляется еще одна короткая палочка, с помощью которой шнур закручивается и т. обр. увеличивается давление на лодыжки.

Л. Шулушко.

Крестьянский травматизм и борьба с ним. Давыдов, Гальсман, Коган. Вестн. хир. и погр. обл., кн. 90—91. 1933 г.

С-х. и бытовой травматизм в деревне изучается недостаточно, а поэтому и борьба менее эффективна, чем в городах. Машинизация делает эту проблему актуальной. Авторы наблюдали 303 сл. бытового и 253 сл. с-х. производственного травматизма, прошедших через амбулаторию и поликлинику. Бытовым травматизмом страдают, главным образом, дети, а с-х производственным—взрослые. Больше половины повреждений в быту происходит на почве алкоголя, в виде ранений головы и верхних конечностей с повреждениями типа ушибленно-рваных и кожных ранений. Остальной бытовой травматизм приходится на ушибы, переломы, ожоги и т. д. Собственно на с-х. машину (молотилка, соломорезка, мялка и т. д.), при производственном с-х. травматизме падает 16%, а остальные приходятся на косу, серп, вилы, борону и т. д. Характер этиж