

Александровская („К клинике и патологической анатомии тромбозов центральных вен и синусов твердой мозговой оболочки“) утверждает, что валость реакции зрачков, статическая и динамическая атаксия, ригидность и гипертония мышц, манкальные состояния с явлениями кататонической спутанности у „шизофреноидных“ больных позволяют подозревать наличие тромбов центральных вен и синусов.

Заканчивается сборник подробными рефератами книг немецких психиатров: Артур Кронфельд „Перспективы психиатрии“; Берце „Психология шизофрении“; Карл Шнейдер „Психология шизофреников и ее значение для клиники шизофрении“ и наконец Мауц „Прогностика эндогенных психозов“. Напомню здесь, что Галант еще в 1930 г. напечатал в „Казанском мед. журчале“ подробный реферат книги Мауца (№ 3).

В заключение следует сказать, что сборник Бруханского имеет большой интерес для психиатров и, пожалуй, вообще для врачей, несмотря на довольно крупные ошибки Бруханского и неправильность его концепции „шизофрении развития“. В извинение ошибок Бруханского процитирую слова Ленина: „На ошибках мы учимся“.

Ив. Галант (Ленинград).

Рефераты.

а) Невропатология и психиатрия

Берце (Joseph Berze. Die Insulin Chok-Behandlung der Schizophrenie. Wiener Med. W. № 49. 1933) приходит к заключению, что лечение известных случаев шизофрении инсулином можно считать показанным. Строго противопоказанным Берце находит предложенное Закелем (Sackel) систематическое лечение шизофрении *инсулинным шоком*, состоящим в провоцировании единовременными большими дозами инсулина глубокой гипогликемии, сопровождаемой весьма тяжелыми явлениями шока, которые небезопасны для здоровья больных и, при случае, могут вести к смерти. А. не отрицает, что лечение шизофрении шоком действует нередко благоприятно на течение болезни. Однако, принцип действия шока по Берце всегда один и тот же, и состоит он в *эмоциональном шоке*, сопровождающем физический шок. Надо поэтому изыскивать пути к применению менее вредной шоковой терапии, чем инсулиновый шок. Таких путей много: вакцинационный шок, лейкогенный шок, металлоколлоидальный шок и т. д.

Ив. Галант (Ленинград).

Штенгель (Erwin Stengel. Zum Problem der Psychotherapie der Neurosen in der Klinik „W. M. W.“ № 50. 1933) сообщает, что в 1932 г. на общее количество поступлений в Венскую психиатрическую клинику числом 5960 (3264 мужчины и 2696 женщины) было 18 случаев навязчивого невроза (0,3%), из них 13 женщин и 5 мужчин. В связи с этим, а. обсуждает проблему психотерапии невротиков в психиатрической клинике и разбирает один случай навязчивого невроза, который он лечил в клинике не совсем удачно психоанализом.

Ив. Галант (Ленинград).

Галант (о роли и значении биогенетического метода для психоневрологических наук. „Советск. психоневрология“, № 3. 1933 г.) доказывает на ряде фактов из личного опыта применения им биогенетического метода в невропатологических и психиатрических своих работах, что биогенетический метод является весьма ценным научно-исследовательским методом, выдержанным в духе марксистско-ленинской методологии, а потому пользование им в психоневрологических науках следует считать плодотворным и следует его культивировать здесь и в будущем.

Ив. Галант (Ленинград).

Пинес (Ueber Familienähnlichkeit der Hirnfurchen und Windungen (Gebrüder Wl. und Nik. Bechterew). Zeitschrift f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. 147. H. S. 1933) сравнивает морфологически головной мозг братьев Владимира и Николая Бехтеревых, причем для сравнения служили 120 морфологических признаков. 47,5% признаков оказались у братьев сходными, что позволяет говорить о семейном сходстве мозга, гомолатеральном в 32,5% и контралатеральном в 15% сходных признаков. Однако, это сходство несколько не сглаживает индивидуальных

особенностей головного мозга у каждого из братьев, тем более, что процент несходных признаков сам по себе больше сходных (52,5% несходных признаков). Заканчивает проф. Пинес свою статью постановкой целого ряда вопросов, возникших в связи с изучением морфологии мозга обоих братьев и замечанием, что разрешение этих вопросов, имеющих большое значение для наших знаний в области наследственных отношений в головном мозгу, возможно лишь на изучении большого материала.

Ив. Галант (Ленинград).

Штарлингер (F. Starlinger. Pneumocephalus corticalis und Diabetes insipidus traumaticus. Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift № 48. 1933) дает описание течения болезни в двух случаях фрактуры лобной кости с открытием лобной пазухи. В первом случае развился непосредственно после травмы субдуральный пневмоцефалус, который в течение 17 дней без вмешательства резорбировался и не дал никаких морбидных явлений. Во втором случае дело дошло до инфекции кортикального пневмоцефалуса, залечившегося после оперативного вскрытия и дренажа. Послеоперационное течение в данном случае осложнилось травматическим несахарным диабетом, который прошел спонтанно после неудачного лечения препаратами гипофиза. По мнению а., диабет следует объяснить в данном случае коллатеральным воспалением основания межужочного мозга.

Ив. Галант (Ленинград).

Кроль (Новое в невропатологии. Советская врач. газета. № 21. 1933) видит прогресс невропатологии в том, что в клинике мы все чаще встречаемся с т. наз. *атипичными случаями*. Новые, более тонкие и усовершенствованные методы исследования дают возможность поставить правильный диагноз там, где болезнь далеко еще не определилась, как таковая, и отсутствуют характерные для этой болезни основные симптомы. Мы ставим, напр., теперь диагноз множествен. склероза в 10 раз чаще, чем при Шарко, а характерную для этой болезни триаду мы находим всего в 8—10% всех случаев множ. склероза. Далее, благодаря новым методам удалось показать схематичность строгого разделения агнозии от апраксии и, наоборот, сопряженность в каждом действии гностических и практических элементов. Открыты гомолатеральные очаги расстройств чувствительности, что должно повести к пересмотру установленных понятий о пересмотре чувствительных путей и к обогащению и расширению наших диагностических возможностей. Дальнейший путь развития невропатологии таков: „Анатомические локализационные точки зрения должны быть дополнены функциональными зависимостями отдельных частей нервной системы между собой и со всем органом и всем организмом в целом, с учетом и гуморальных фактов, играющих огромнейшую роль. Но для того, чтобы это не оставалось пустой абстрактной декларацией, необходимо, засучив рукава, заново взяться с новой методикой за собирание фактов и за теоретическое их освещение и освоение. Но лишь проверка практикой обеспечивает правильность намеченного пути“.

Ив. Галант (Ленинград).

в) Хирургия.

Серотерапия перитонита. M. Gündel und F. Süssbrich (Zentralbl. f. Chir. 1934 г. № 6) разбирают 170 случ. серотерапии перитонитов со смертельным исходом в 18 случаях (10,5%). Для успешного применения серотерапии следует готовить поливалентную сыворотку кишечной палочки, энтерококков, стрептококков, чаще всего встречающихся при перитоните. Сыворотка из стерильной ампулы (20 к. с.), нагретая до 37°, вводится в конце операции через дренажную резиновую трубку рекордовским шприцем в брюшную полость. Наружное отверстие дренажной трубки закрывается резиновой пробкой и через 6—8 час. пробка удаляется, чтобы дать выход гнойному отделяемому. При тяжелом разлитом перитоните рекомендуется вводить внутривенно 40 см. сыворотки и тотчас после операции—внутривенное введение 20 см. сыворотки с 1000 к. см 5% раствора глюкозы с 2 к. см. Hexeton'a. С профилактической целью и при местных перитонитах рекомендуется в конце операции внутривенно ввести 20—40 к. см. сыворотки с 500—1000 к. с. 5% глюкозы + 2 к. см. Hexeton.

И. Циммерс.

Внутрибрюшное вливание поваренной соли при чистых чревосечениях. Dr Josef Riese (Zentralbl. f. Chir. 1934. № 7), исходя из лечебного действия больших брюшных вливаний при перитоните с профилактической целью усиления резорбции брюшины и наиболее простого и целесообразного способа подвоза жид-