

на ее боковой поверхности. В образовавшуюся между плюсневой костью и фалангой щель закладывается отвернутый ранее кпереди лоскут суставной сумки и укрепляется несколькими катgutовыми швами к надкостнице 1-ой плюсневой кости. Швы на кожу.

И. Цимхес.

118. *Желудочный химизм и желудочные операции.* Г. Е. Янзен (Новая хирургия, т. VII, № 7, 1928) произвел у 27 больных язвой желудка исследование желудочного сока до операции и спустя разные сроки после операции на желудке (15 резекций желудка, 8 гастрэнтеростомий, 3 дегастрэнтеростомий, 1 холецистогастростомия) и пришел к заключению, что резекция *antri pylori* является единственным хирургическим методом, надежно понижающим желудочную секрецию до незначительных остатков I фазы желудочной секреции. Это понижение секреции является стойким и сохраняется на весь последующий период жизни. Применение при антральной резекции 1-го метода Бильрота нужно считать предпочтительным, в виду сохранения при этой методике подавляющих дуоденальных рефлексов на фундальную секрецию и нормального хода возбуждения *pancreas* со стороны двенадцатиперстной кишки. Гастрэнтеростомия в большинстве случаев не в состоянии стойко и сколько-нибудь значительно понизить кислую реакцию желудочного содержимого. После дегастрэнтеростомии кислотность желудочного содержимого повышается в сравнении с реакцией, наблюдавшейся при существовании гастрэнтеростомии.

И. Цимхес.

119. *О функции мошонки и лечении задержки яичек.* R. J. Hargrestein (Zentr. f. Chir., 1928, № 28) обращает внимание на температурную функцию мошонки. Разница в температуре брюшной полости и мошонки колеблется от 7,8° до 2,7°C, тогда как разница в температуре между брюшной полостью и подкожной клетчаткой брюшной стенки равняется всего 1,45°C. Автор наблюдал у детей после теплой ванны увеличение мошонки, причем яички находились внизу последней, при обкалывании же мошонки льдом наблюдается ее сморщивание, и яички подтягиваются ближе к брюшной полости. Объяснение этому следует искать в анатомическом строении мошонки: кожа ее много тоньше обычной и подкожный жир, защитник от холода, здесь отсутствует; в коже мошонки находится, кроме того, тонкий слой гладкой мускулатуры—*unica dartos*. Опытами установлено, что образование сперматозоидов в яичке зависит от температурных колебаний; ненормальное повышение t° в окружности яичка понижает выделение и даже разрушает сперматозоиды. Застаревшее в паховом канале или у выхода его яичко не может пользоваться терморегулирующей функцией мошонки, что отражается на выделительной способности сперматозоидов. Автор обращает внимание, что при лечении задержки яичка необходимо считаться с тем, сможет ли опущенное яичко воспользоваться терморегулирующей функцией мошонки.

И. Цимхес.

з) *Офтальмология.*

120. *Тракумин при лечении трахомы.* Lauterstein (Ztschr. f. Aug. Bd. 66 H. 1/2), основываясь на 160 случаях лечения трахомы и ее осложнений тракумином (трихлорбутилмалоновокислая медь) в виде 10% мази, приходит к следующим выводам: 1) действие тракумина слабее, чем ляпис и *supri sulfurici*, 2) после механического лечения тракумин оказывает хорошее действие на трахоматозную конъюнктиву, 3) комбинированная терапия трахомы раствором ляписа (от 1/4% до 2%) и мазью тракумина представляет самое действительное из всех до сих пор употребляемых средств при лечении трахомы: сильная папиллярная гипертрофия, а также маленькие зернышки претерпевают быстрое обратное развитие. Хорошее действие тракумина наблюдается в застарелых случаях трахоматозного паннуса и при смешанных формах с экзематозным конъюнктивитом; в свежих же случаях, при наличии инфильтрации, лечение ляписом действует лучше, чем тракумином.

Е. Волженский.

121. *Лечение паренхиматозного кератита прививкой малярии.* Schreiber (Ztschr. f. Aug. Bd. 66. H 1/3) провел в клинике Finger'a лечение паренхиматозного кератита прививкой малярии в 23 случаях с 35 больными глазами и отмечает благоприятное влияние этой терапии в исчезновении светобоязни, слезотечения и блефароспазма; резкая инъекция ослабевает, глаз делается бледнее, а позже становится совершенно бледным; однако помутнение роговицы ослабевает немного, гиперемия радужки заметно уменьшается, зрачок хорошо расширяется от малых доз атропина, чего до лечения прививками малярии трудно было добиться, несмотря на обильную атропинизацию, и таким образом предупреждает

образование задних синехий. Внутриглазное давление во время приступа малярии значительно понижается; рассасывание инфильтрата и просветление роговицы происходит быстрее, чем без лечения малярией. Однако, эта терапия не гарантирует от рецидива, но смягчает течение болезни на 2-м глазу. S. S. H. делал прививку *malariæ tertianæ* по 5 куб. сантим. интравенозно, среди сальварсанного курса, больные проделывали от 6 до 9 приступов, которые купировались четырехкратным интравенозным вливанием 10% раст. *chinin bisulfur.* К противопоказаниям этого лечения относится аортит с аневризмой, миодегенерация сердца, ожирение и кахексия.

Е. Волженский.

122. *Перифер при болезнях глаза.* Volkman (*Ztschr. f. A., Bd. 65, N 1/2*) предпринял попытку применения перифера, нового неспецифического белкового вещества, вызывающего лихорадку, при лечении острых и хронических заболеваний глаз. Он провел наблюдение над 20 больными с заболеванием роговицы и увеального тракта при симпатической офталмии, при третичном люесе и метаболитических заболеваниях и пришел к выводу, что перифер можно с успехом применять преимущественно при свежих воспалительных заболеваниях глаза, когда действие молока уже исчерпано.

Е. Волженский.

и) Психиатрия.

123. Krahl (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 115 u. Bd. 117*) в своих исследованиях проверяет выводы Walter'a относительно проницаемости гемато-энцефалического барьера у паралитиков и шизофреников. Прогрессивных паралитиков он исследовал до лечения малярией и после лечения, а у шизофреников он старался определить зависимость проницаемости от формы и длительности заболевания. Автор точно придерживался методики, предложенной Walter'ом: пациенты получали в течение 5 дней по 3 раза ежедневно 0,02 грамма бромистого натрия из расчета за один килограмм веса тела. На 6 день бралась кровь и спинно-мозговая жидкость, белок осаждался с помощью 10% раствора метафосфорной кислоты, жидкость фильтровалась и к фильтрату прибавлялся раствор хлористого золота. Полученная таким образом реакция определялась с помощью колориметра.

Обобщая полученные данные, автор приходит к следующим выводам: 1. Предложенный Walter'ом бромовый метод оказывается очень простым и вполне пригодным для определения степени проницаемости гемато-энцефалического барьера. 2. При прогрессивном параличе в большей части случаев наблюдается повышение проницаемости. 3. Повышенная при прогрессивном параличе проницаемость мозговых оболочек во время малярийного лечения подвергается дальнейшему повышению, за которым по окончании лечения следует понижение, доходящее в отдельных случаях даже до нормы. 4. Среди 50 случаев шизофрении автор нашел уменьшение проницаемости только в 46%, поэтому он не считает возможным рассматривать это уменьшение проницаемости как дифференциально-диагностический признак шизофрении. 5. Автор не мог установить зависимость степени проницаемости мозговых оболочек при шизофрении от формы и длительности болезни.

М. Ксенократов.

124. *К вопросу о параноии.* В двух работах Otto Kant (*Zeitsch. f. d. ges. Neurol. u. Ps., Bd. 108 и 110*) излагает свои взгляды на происхождение параноии. Вначале Kant дает сравнительный анализ двух случаев бреда ревности. В одном из них автор видит в бреде больного стремление унижить жену, в подчинении у которой больной находился. Другой больной—алкоголик, с упавшей половой потенцией, живет с женщиной, верность которой сомнительна. В обоих случаях бред возник на почве сознания больными своей неполноценности. Но в первом случае есть известная доля самонаслаждения ущербом (*Schadenfreude*), причиняемым мнимыми изменами жены, во втором случае реакция на бред выражается слезливым аффектом и адекватна действительности, кроме того, в первом случае заметна активная тенденция отстаивать правоту бредовых убеждений, во втором—склонность поддаваться влиянию и разубеждению.

Первого больного автор считает «чистым параноиком», во втором же случае происхождение бреда относят к области ошибочных умозаключений.

Бредовое построение является по автору как бы защитным актом со стороны больного, прикрывающего бредом свою недостаточность в том или ином отношении. Из последнего в психике бредовика вырастает отношение ненависти к унижающей его окружающей среде. Бред служит в этих условиях спасительным вен-