

тах и лабораториях СССР с точки зрения специфических законов „индивидуально-приобретенной деятельности“ представляет весьма ценный вклад в сокровищницу славной русской физиологии. Остается лишь жалеть, что Беритов, пользуясь методом условных рефлексов Павлова, почему-то считал своим долгом пооригинальничать и говорить вместо „физиология высшей нервной деятельности“, физиология индивидуально приобретенной нервной деятельности и вместо „условные рефлексы“ индивидуально-приобретенные или индивидуальные рефлексы, все равно что Бехтеров считал своим долгом говорить о „сочетательных“, а не об условных рефлексах. Правда, Беритов полемизирует против Павлова, считает его учение об условных рефлексах ненужным и идущим вразрез с законами общей физиологии. Но нельзя же в конце концов смешивать учение об условных рефлексах с методом условных рефлексов. Учение об условных рефлексах, вытекающее из толкования фактов, добытых методом условных рефлексов может быть неверным, гипотетичным, механистическим и т. д. Но сам метод из-за этого несколько не дискредитируется, принимая во внимание, что он может быть источником подлинного познания вещей, в данном случае явлений высшей нервной деятельности. И зачем же тогда вместо условного рефлекса ставить тяжеловесное пятпаршинное индивидуально-приобретенный рефлекс? От этого наше познание условных рефлексов делается более глубоким? Не зина ли огчаста Бехтерова и Беритова, что условные рефлексы не пользуются той известностью, которую они заслуживают, т. к. эти авторы маскировкой условных рефлексов своими собственными терминами способствовали временному затемнению славы условных рефлексов. Что же, метод условных рефлексов показал себя до того действенным, до того оправдал себя на практике, что славное будущее за ним обеспечено несмотря на Бехтерова, Беритова и их с ними.

Ив. Галант. (Ленинград).

Рефераты.

а) Хирургия.

Лечение седаличных болей. Winchell Mek Craic and Ralph K. Ghormley (The Journal of Americ. Medic. Association 1933. V, 100, № 15) для лечения амбулаторных больных, страдающих седаличными болями, предлагают эпидуральные инъекции 1% раствора новокаина в количестве 40—60 к. с. В случае необходимости можно такие инъекции повторять через день. Успех наблюдался в 53% на 80 случ., улучшение в 24% и только в 22% не наблюдалось эффекта. Диатермия при седаличных болях применялась в 36 случ., при тем выздоровление наблюдалось в 33%, улучшение — в 12% и в 55% — безуспешно.

И. Циммес.

Нефроексия фасциальным „гаммаком“. David R. Melen (The Journal of the Americ. Medic. Association, 1933. V. 100. № 15) производит нефроексию следующим образом: после обнажения почки капсула ее рассекается по средине по длиннику, начиная с нижнего полюса по передней и задней поверхности почки до уровня хилуса. В образовавшуюся щель погружается полоска фасции с концами к верхнему полюсу почки. Отдельные швы на края разрезанной капсулы с фасциальной полоской. Концы фасциальной полоски над верхним полюсом почки проводятся через мышечный пласт между XI и XII ребрами и фиксируются отдельными швами.

И. Циммес.

Хирургический метод борьбы с болями. Проф. В. И. Разумовский (The American Journal of Surgery, 1933 г. March.). После краткого анализа сущности болевых ощущений и их проводимости, делится своим опытом и наблюдением д-ра Назарова над лечением невралгий алкоголизацией нервов ствол и сосудов. Для лечения самопроизвольной гангрены автор предлагает производить алкоголизацию бедренной артерии и седаличного нерва. При желудочных болях предлагается алкоголизация малого сальника. Метод алкоголизации автор считает весьма простым и вполне доступным широкой массе врачей. На 100 случ. авт. не наблюдал ни одного осложнения и смертельного исхода после алкоголизации и в целом ряде случаев этот метод заменил с успехом необходимость прибегать к более сложным операциям, как-то: радикалотомия, рамисекция, хордотомия и др.

И. Циммес.