

Рефераты.

а) Невропатология и психиатрия.

Г и л я р о в с к и й, говоря о „*форме, содержании и течении в психозе*“ (Совет. невропат., психиатр. и психогиг. Т. I, вып. 8, 1932) доказывает на ряде случаев, что классовая сущность личности с особенной яркостью выявляется в психозе и до известной степени определяет форму и содержание психоза. Специально по отношению к шизофрении Г. отмечает значительную роль в структуре психоза расстройства социального „я“, существенного вообще для шизофрении.

Ив. Галант (Ленинград).

В ы г о т с к и й („*К проблеме психологии шизофрении*“). Совет. невропат., психиатр. и психогиг. Т. I, вып. 8, 1932) видит ближайшую причину нарушения мышления при шизофрении в прекращении контакта с внешним миром, что означает одновременно и прекращение того специфического социального контакта с самим собой, который лежит в основе нормального функционирования личности. Все остальные симптомы шизофренического расщепления могут с известной долей вероятности быть выведены из этого основного нарушения. По мнению Выготского это есть гипотеза, в пользу признания которой говорят данные экспериментального исследования, рассмотренные в свете генетической психологии.

Ив. Галант.

Г и л я р о в с к и й старается внести ясность в запутанном вопросе „*о структуре и сущности т. наз. экзогенных и симптоматических шизофрений*“ (Совет. невропат., психиатр. и психогиг. Т. II, вып. 1, 1933 г.). В сущности Г. ставит знак равенства между „*шизофренической реакцией*“, экзогенной шизофренией“ и шизофренией как таковой в противовес Бумке, рассматривающего шизофрению, как одну из форм экзогенных реакций. В конце работы Г. дает схему различных этапов в развитии шизофрении и соответствующих форм реакции. Кроме того Г. различает „*шизофреноподобные реакции*“.

Ив. Галант.

М о л о х о в („*Об истерическом развитии личности*“). Совет. невропат., психиатр. и психогиг. Т. I, вып. 12, 1932 г.) говорит о психопатических развитиях, подчеркивая в противоположность старым взглядам на психопатию, первенствующее значение внешних, экзогенных моментов в развитии психопатии. Нет такого предрасположения, которое фатальным образом приводило бы к истерии. Истерическое развитие по своему генезу прежде всего психогенно, травматогенно. Травмирование должно быть достаточно частым и длительным для того, чтобы истерические реакции стали привычными и главное, чтобы создались новые, не существовавшие до этого качества личности. Подобно истерическому, возможны параноическое, псевдологическое, психастеническое, гомосексуальное развитие и т. д. У Молохова довольно удачный марксистский подход к проблеме психопатии, который однако требует дальнейшего более углубленного развития.

Ив. Галант.

С т е б л о в дает „*Критику классификаций эпилептических форм*“ (Совет. невропат., психиатр. и психогиг. Т. II, вып. 1). Современные классификации нас удовлетворить не могут, но при настоящем состоянии наших знаний нет возможности дать новую научную классификацию эпилептических форм. Пока что С., несколько не занимая позицию агностицизма, предлагает заняться: собиранием и осмыслением относящихся к данной главе патологии фактов, с тем, чтобы подготовить условия для построения рациональной классификации.

Ив. Галант.

Г а л а н т (Galant, Ueber Simulation des Stotterns. Monatsschrift f. Psychiatrie Bd. 8. N. 1) отрицает возможность симуляции заикания и доказывает, что встречаются лишь социоаффективные дисфатки (заики, которые при случае аггравируют социоаффективную свою дисфазию (заикание). Социоаффективные дисфатки могут с другой стороны диссимулировать весьма удачно свое заикание. Социоаффективные дисфатки, которые в то же время обычно являются психопатами, тяжелыми невропатами и психоневротиками подлежат освобождению от военной службы.

Ив. Галант.

Ф р а н к е (Franke, Ueber Pellagra in Irrenanstalten. Psychiatrisch-Neurol. Wochenschrift, № 38, 1933) определяет пеллагру, как преимущественно психиатри-

чески-неврологическое заболевание, встречающееся в Германии гл. обр. в психиатрических б-цах. В большом количестве пеллагра распространялась в Германии после войны в связи с кризисом и снижением жизненного уровня и питания населения. Терапия и профилактика пеллагры заключаются в улучшении питания: полноценный биологический белок (молоко, мясо, печень), свежие овощи, дрожжи. Большие затруднения встречает лечение, когда б-ые, вследствие гастроэнтерита, не в состоянии использовать в достаточной степени пищу или при неукротимой рвоте. В тяжелых случаях рекомендуются повторные переливания крови.

Ив. Галант.

Магенау (Magenaу. Eigenblutbehandlung der Schizophrenie. Psych.-Neurol. W. № 38, 1933) указывает на небезопасность применения аутогемотерапии, которая теперь в большой моде. Бывают случаи с грозными анафилактическими явлениями. Что касается специально психозов, то в легких случаях рекомендуется меди-каментозная и парэнтеральная белковая терапия, в более тяжелых случаях следует применять пирифер и сапровитан. В безнадежных же случаях можно пробовать и аутогемотерапию.

Ив. Галант.

б) Хирургия.

Рентгенологическое исследование контуров хрящей суставов и менисков производил D-r Karl Bückart (Zentralbl. f. Chir., 1933, № 3) при помощи „Uroselectan В“—35% водный раствор Uroselectan'a. Автор в 30 случ. заполнения суставов упомянутым контрастным веществом при различных заболеваниях получал ясную картину от 1—3 к. см. раствора. Впрыскивание производилось прямо в суставную щель. После 20—30 движений в суставе производился снимок.

И. Цимхес.

Против дренажа. Prof. D. Kulenkampf (Zentralbl. f. Chir. 1933, № 38) делится своим опытом ограничения дренирования полостей и ран. При операциях на головном и спинном мозгу, при строгом соблюдении асептики, необходимо стремиться наглухо зашивать твердую мозговую оболочку, а если это невозможно, то кожную рану. Для остановки кровотечения следует прибегать к помощи мышечных лоскутов, Vivocoll, Tabotamp и др. и только в крайнем случае прибегать к дренажу на 24 часа. Нередко вместо дренажа вводится марлевая полоска. При абсцессах мозга автор уже много лет не прибегает к дренажу, после вскрытия рана заполняется мазью. Осложненные гнойные раны черепа лучше покрывать маевой повязкой. Против сильного пролапса мозга лучше производить пункцию спинномозгового канала.

Раны после струмектомии дренируются на 24 часа. При ранах шеи, подмышечной и паховой областей надо для лимфоотделения вводить дренаж.

Брюшная полость, даже при перитонитах, закрывается наглухо. Только ограниченные нарывы (аппендикулярные, поддиафрагмальные) дренируются 24 часа. Нарывы Дугласова пространства дренируются через влагалище 1—2 дня и больше. После холецистектомии—на культю, после пиелотомии, уретро-и цистотомии—на месте швов оставляется на 5—6 дней тампон. При операциях на прямой кишке, геморрое вводится в прямую кишку, толщиной с указательный палец, дренаж до первого отправления кишечника.

При септических и гнойных ранах лучше большие разрезы, чем дренаж или тампон. Так, где последние применяются, то не больше, как на 1—2 дня.

И. Цимхес.

Об операциях по поводу паховой грыжи. Prof. D r ü n e r (Zentralblatt f. Chir. 1933, № 36) присоединяется к мнению, что не следует при восстановлении пахового канала сшивать мышцы с пуартовой связкой, так как это ведет к атрофии мышц и образованию рубцов. Автор защищает предложение H a s k e n b r u c h'a, а у нас в Союзе Кимбаровского, заключающееся в избегании сшивания мышц и в наложении швов на апоневроз m. obliq. ext. и пуартову связку.

И. Цимхес.

Происхождение дрожания гидатид при эхинококках пытаются объяснить E s m. Kondoleon и E. Dragonas (Zentralblatt f. Chir. 1933, № 36) разностью удельного веса содержимого кист. Этот феномен зависит от вязкости содержимого, его напряжения и толщины и эластичности стенок кисты. Авторы экспе-