

приятное действие, в то время как гоноррея канала протекает быстрее вследствие дезинфицирующего действия салварсана, находящегося в моче. При циститах и пиелитах положительный результат сказывается в 60—80% излечением этих процессов.

А. Дмитриев.

и) Невропатология и психиатрия.

288. О признаке Пуссена (отведение мизинца при проведении иглой по наружному краю стопы) сообщают V. Dosuzkova и Th. Dosuzkov (Revue v. neurologii i psichiatrii, 1928, № 4). В противовес Бабинскому, Лещенко и Немляхеру (Труды Украин. психоневр. инст., 1927, III) авторы не считают этот рефлекс частью „признака веера“, также как не находят определенных связей этого рефлекса с установочными и защитными рефлексами. Авторы полагают, что рефлекс Пуссена возникает при одновременном поражении пирамидных и внипирамидных двигательных путей и расторможении рефлекторной дуги этого рефлекса.

И. Р.

289. Случай постапоплектической гемихореи с чувствительными и вегетативными нарушениями у старика 77 лет описывают Th. Dosuzkov и E. D. Vena (Revue v. neurologii i psichiatrii, 1928, №№ 3 и 4). Хореические сокращения были отмечены в правой половине лица и правых конечностях. Эти сокращения уменьшались под влиянием волевого напряжения, увеличивались при отвлечении внимания, при эмоциях и неприятных периферических ощущениях. На правой же стороне у больного имелись содружественные движения имитационного типа, мышечная гипотония, отсутствие установочных рефлексов, наличие тактильной гипестезии и понижение вибрационной чувствительности на правой стороне, миоз и повышенная потливость справа.

И. Р.

290. Случай синдрома красного ядра и зрительного бугра (рубром-таламического синдрома) сообщает Th. Dosuzkov в Revue v. neurologii i psichiatrii, 1928, № 1. Кроме наличия полупареза, чувствительных нарушений, болей, интенционного дрожания, автор указывает мозжечковые нарушения на той же стороне, изменение местных установочных рефлексов с обеих сторон, а со стороны психики—эйфорию и легкие дементные явления.

И. Р.

291. Брюшные сухожильные рефлексы при поражениях пирамидного пути с контрактурой нижних конечностей по типу сгибания изучали Th. Dosuzkov и Fr. Vodlakova (Revue v. neurologii i psichiatrii, 1928, № 4). Они находят описанный Аствацатуровым рефлекс прямых мышц живота не только при параплегиях (и гемиплегии) с нижними конечностями в положении расгибания (тип Eгb'a), но и в положении сгибания (тип Бабинского).

И. Р.

292. Эпидемический (ревматический) паралич лицевого нерва. Herzog, (Zeitschr. für die gesamte N. und P. 119 Band. 1929), исключая случаи паралича n. facialis, как отдельного симптома при заболеваниях среднего уха, опухолях головного мозга или люэсе, а также в случаях инфекции при herpes zoster, останавливается на группе периферического поражения n. facialis эпидемического характера. Симптоматология этой формы характеризуется легким опуханием кожи лица перед и под ухом, легким увеличением области слюнных желез, незначительным поднятием температуры. В ряде случаев а. находит воспаление слюнных желез области рта, особенно gl. parotis, которая часто является исходным пунктом заболевания лицевого нерва. Автор приводит 4 случая паралича n. facialis; наблюдаемые им в одном и том же осеннем месяце. Заболевание начиналось болями в области лица, около уха, после чего через несколько дней наступал паралич n. facialis (всех или отдельных ветвей). Паралич сопровождался лишь количественным понижением электровозбудимости на гальванический ток (фарадическая возбудимость оставалась без изменения), понижением чувствительности на щеках и слизистой щек, понижением вкусовых ощущений, опуханием parotis. Паралич восстанавливался в различных случаях в срок от 4 недель до 14 дней. В заключение автор высказывает мнение, что большинство так называемых случаев ревматического характера паралича n. facialis есть следствие инфекционного поражения слюнных желез, особенно gl. parotis. На это следствие заболевания слюнных желез указывает как периферический тип поражения n. facialis, так и то обстоятельство, что отсутствует поражение других лицевых нервов (trigeminus, acusticus). Часто эти случаи носят эпидемический характер.

Е. Сухова.

293. Психотерапия шизофрении и ее неограниченных состояний - E. Kretschmer (Zeitschr. f. d. ges. Neug. u. Psych. Bd. 121). Шизофрения—наследственно обусловленная, эндогенная болезнь. Необоснованный фатализм, который

связывался с представлением об эндогенном, конституциональном, долго параллелировал наше терапевтическое мышление. И в психозрении „мы часто видели неизлечимые дефекты там, где были только причудливые психогенные арабески обманчивой психозрительной симптоматики на фоне сравнительно нерезкого процесса“. Для психиатра, как практического терапевта, и при точке зрения эндогенного понимания психозрительной симптоматики важно интересоваться „не тем, что эндогенно разрушено, а тем, что и в какой форме восстановимо“. При психотерапии психозрительной ее особенности зависят от особенности периода и степени болезни.

При психотерапии *психозрительного предрасположения* практически важны: 1) комплексы, неосторожное заведение которых влечет вспышку глубинных психозрительных механизмов, когда лучше переходить к индифферентным методам лечения; 2) парадоксальная динамика аффектов, которую нужно понимать и понимание это показать больному (избегать тона грубой настойчивости). В частности, надо избегать заводить особенно авторитативным тоном часто имеющийся *Vaterkomplex*—восстание против отцовского авторитета. Профилактически важно иметь в виду, что психозрительные реакции вызываются не переживаниями непосредственной опасности для жизни, а главным образом эротическими и религиозными.

В *острых случаях психозрительной* надо пользоваться всяким случаем для установления раппорта с больным и вживания в его переживания (*Dauerschlaf Kläsi* важен этой стороной дела); мнение *Jaspers'a, Gruble* и др. относительно нечувствительности психозрительных переживаний неправильно: „часто внешне совершенно странные идеи и поступки кажутся нам так же бессмысленными, как египетские иероглифы—пока мы не изучили этих письмен“. Из понимания острых вспышек можно сделать много психологических выводов для дальнейшей терапии—*терапии поздних психозрительных состояний*.

Здесь задача—переработка остатков болезненных переживаний и бредовых идей и социальная ортопедия. Осторожным, непрямым анализом (психоанализ „в чистом виде“ вообще неприменим при психозрении) можно или уничтожить наносные остатки психоза (при т. наз. *Fassadenpsychosen*, когда за внешним фасадом болезни имеется уже здоровая психика), или инкапсулировать их, отщепить их от реальности, не пытаясь уничтожить их совсем. Последний метод очень важен, так как он использует имеющуюся у психозрительных склонность к расщеплению и восстанавливает их социальную ценность соответственно особым, заложенным в их психике, путям. „Не надо вменять в вину старому психозрительнику, если он для своего личного употребления немножко погаллюцинирует или про себя побранит своих воображаемых врагов“: надо подходить к этому так же, как к маленьким странностям любого из наших друзей; важно только, чтобы он мог отщепить эти переживания от обычной практической жизни. Наряду с этим идет и обычная рабочая терапия больных. При проведении рабочей терапии важно иметь в виду, что особый склад шизоидных характеров делает невозможным и ненужным подведение таких больных под „среднего человека“. Не следует всегда пытаться сделать из больного только рабочую машину. „В психозрительнике имеются данные для выработки такой машины; но в нем имеются и противоположные данные: его аутизм, его оригинальность, его блестящие концентрированной мудрости“, которые могут оказаться „ценнее, чем большое количество работы“.

Идеал психотерапии—дифференциальная психотерапия на основе научной психологии типов. В применении к психозрительникам это может выразиться в том, что „из многих психозрительников можно выработать машины, из немногих—мудрецов“. Эта задача не невыполнима, хотя и очень трудна—уже потому, что „среди психозрительников, как и среди остальных людей, умные люди—в значительном меньшинстве“.—(Как все, выходящее из-под пера К.—блестяще написанная и наводящая на многие мысли статья. Реф.).

М. Андреев.

Конференция физиологической секции О-ва врачей при Казанском университете, посвященная памяти **проф. Н. А. Миславского.**

21—23 мая 1929 г.

Конференция открылась во вторник 21-го мая в 6^{1/2} ч. вечера в аудитории физиологической лаборатории мед. факультета под председательством проф. К. Р. Викторова, по предложению которого память проф. Н. А. Миславского была почтена вставанием. После краткого вступительного слова был выбран