

органическими психозами в Шлезии (Германия). Пеллагра распространена в верхней Италии, на Балканах и после мировой войны она нашла большое распространение в Сев. Америке, где в 1927 г. было зарегистрировано больше 50.000 случаев пеллагры и 2500 смертных случаев от пеллагры. В Германии пеллагра появилась после мировой войны и встречается она здесь почти исключительно в психбольницах. А. наблюдал 10 случаев в псих-б-це Bunzlau и 1 в псих-б-це Lüben, из них 4 кончились летально при явлениях кахексии.

А. определяет эту болезнь, как тяжелое расстройство обмена веществ, которое, при отсутствии соответствующего лечения, ведет при кахектических явлениях к смерти. Является ли пеллагра чистым авитаминозом или токсикозом трудно с определенностью сказать. Не исключена возможность, что в развитии болезни играет роль комбинарованное действие авитаминоза и токсикоза. При этом а. приводит очень интересную параллель между пеллагрой и пернициозной анемией, находя, что в основе обеих заболеваний лежит ахилия, персистирующая и тогда, когда все другие явления болезни исчезли: оба заболевания часто сопровождают психозом и при обеих болезнях терапевтический эффект получается от действия одних и тех же средств: переливание крови, мышьяк, сырое мясо, печень и т. д.

Что касается картины психического заболевания при пеллагре, то она б. ч. депрессивно-тревожного характера с идеями виновности и греховности, с рагусообразными покушениями на окружающих или на самоубийство, при наличии делирианта окрашенных ситуационных галлюцинаций и явлений расстройства ориентировки.

Ив. Галант (Ленинград).

Сухарева, Г. Е. (К проблеме дефектности при мягких формах психозов. Советск. невропат. психиатр, психогиг. Т. II, вып. 5. 1933) приходит к заключению, что при мягких формах психозов нет строго ограниченных дефектных состояний, а есть лишь дефект-симптомы наряду с процесс-симптомами. В структуру дефектных состояний входят 3 группы симптомов: 1) симптомы дефекта, 2) симптомы идущего процесса и 3) симптомы вторичного реактивного характера, являющиеся в результате компенсаторных образований и реакций приспособления оставшейся здоровой части психики. И еще автор различает 3 типа структурных изменений при дефектных формах психозов: Первый — атонический (недостаток аффективной живости и активности личности). Вторым — тонический (большая связанность и недостаточная подвижность всей личности в ее аффективных волевых проявлениях), Третий — дистонический (где основное в нарушении единства психических реакций личности, личность состоит как бы из отдельных частей, которые несодружественно работают). Далее автор подчеркивает, что клиническая картина дефектных состояний детерминирована не только фактом болезненного процесса, но и другими моментами, куда входят особенности личности б-го и те социальные условия, в которых эта личность развивается. Компенсация дефектного состояния лучше всего протекает в условиях правильно организованной трудовой системы, при правильной социальной направленности б-го.

Ив. Галант (Ленинград).

Фридрих (Об особенностях характерологических изменений при психозах на гетерономной почве. „Советск. Н. п. л. Т. II, вып. 5. 1933) отличает от психозов на психидном фоне (преморбидная личность, психидная) психозы, развивающуюся у лиц с гетерономным психозом преморбидным характером. В этом последнем случае б-ым не бывает свойственна такая вялость и замкнутость. Они долгое время участвуют в жизни, проявляя большую полезную деятельность („мягко протекающая психоз“?). Они более доступны, у них реже встречается манерность, меньше психозических поводов. Они более просты, естественны, лишены психозических чудачеств и остаются долго практически людьми.

Ив. Галант (Ленинград).

Финкельштейн (Психозы развития и процесс-психоз. „Советск. психоневрология“ № 3. 1933) приводит 2 типичных случая психозов, из которых один рассматривается как „психоз развития“ другой как процессуальная психоз („процесс-психоз“). При всем желании трудно согласиться с автором, что его случаи с точки зрения приведенного им анализа принципиально и по существу различны и чужды друг другу, т. обр., что в одном случае мы имеем „процесс“, а в другом только „развитие“. („Нормальное развитие“ и не болезнь?). Термин „психоз развития“ сам по себе, как мы видим, очень неясный и способен только еще больше запутать путанную проблему психозов. Вообще

надо сказать, что деление психозов на 1) „психозы развития“; 2) „психозы sui generis“ и 3) „органическую, симптоматическую психозы“, причем эта „органическая, симптоматическая психозы“ есть „изменение до того нормальной структуры каким-либо органическим процессом со своим особым и закономерным течением (таковы, напр., сифилис мозга, прогрессивный паралич, склероз мозга, эпидемический энцефалит и др.)“ (стр. 37) до того чудовищно и путанно, что мнение автора, что „оно (это деление) позволяет по-новому ставить и рассматривать многие вопросы клинической и теоретической психопатологии и потому заслуживает пристального внимания“, вызывает у читателя одно лишь недоумение и удивление отсутствием у а. всякой здоровой критики,

Ив. Галант.

Шнейдер (Kurt Schneider. Psychiatrische Diagnostik „Deutsche Med. W.“ № 42. 1933) разбивает весь „патопсихологический материал на „четыре группы“. Первая группа — виды переживания (Arten des Erlebens) ощущение и восприятие, представление и мышление, чувство и оценка (Werten), влечения и воля. Вторая группа — основные свойства переживания: общее всякой вполне развитой человеческой душевной жизни свойства: сознание „я“ (Ichbewusstsein), сознание времени, память, способность реагировать. Третья группа — фон переживаний (Hintergrund des Erlebens). Под фоном переживаний а. понимает общие состояния (Gesamtzustände), в которые переживания вкраплены и которыми они в значительной степени обусловлены или модифицируются: внимание, сознание, интеллект, личность. Четвертая группа, наконец, представляет собой выражения переживаний (экспрессивная речь, письмо, мимика и остальная моторика. Такова система, которая лежит в основе изложения а. психиатрической диагностики.

Далее следует описание отдельных психопатологических феноменов из этих 4-х групп с указанием диагностического их значения. Указывается на то, что маниакальная скачка идей характерна не только для циклофрении, но встречается у возбужденных паралитиков, сенильных и при психозах. Навязчивое мышление свойственно аналкастам, но встречается и при известных постэнцефалических состояниях. А. различает бредовое мышление, вытекающее понятным образом („verständlich“) из определенных чувственных состояний (Gefühlszustände), и настоящий бред, который не является ни расстройством мышления, ни таковым суждением, ни производным из других переживаний и представляет нечто первичное. Это особенно ясно видно при бредовых восприятиях и почти каждый бред имеет форму бредовых восприятий.

В сфере чувств а. различает *виталистические чувства* (элементарные органические чувства утомления, сонливости, голода, жажды и т. д.) и *реактивные чувства* (радость чему-то, страх перед чем-то, раскаяние в чем-то и т. д.). Расстройства виталистических чувств находят, напр., яркое свое выражение при нервном растении синдроме, таковые реактивных чувств имеют свое выражение в лабильности чувств, в врожденной бедности чувств, в отчужденности чувств (Gefühlsentfremdung). Некоторые астенические психопаты, а также многие циклотимно-депрессивные, а иногда и дебютирующие психозы жалуются, что они ни к чему не имеют интереса, не умеют поддерживать отношений к людям, никого больше не любят, они окаменели, аффективно опустошены. При этом б-ые сами угнетены и даже потрясены, что у них развилась такая тупость чувств.

При расстройствах влечений а. различает расстройства виталистических влечений и воли, как фактора, регулирующего игру сил инстинктов. Расстройства памяти, сознания времени а. не считает специфическими для той или другой психической болезни,

Ив. Галант (Ленинград).

с) Хирургия и ортопедия.

Жолондзь А. М. Вывихи стопы и на лечение. Н. Х. А. № 9—1933 г.

Автор, основываясь на различных вывихах стопы, прошедших через Ленинградский травматологический ин-т, анализирует все виды этих вывихов. Разделив все вывихи на 4 вида: 1) вывих стопы вперед, 2) вывих стопы назад, 3) вывих стопы наружу и 4) вывих стопы внутрь, а. определяет механизм этих вывихов и методы лечения.