

дидлись обильные промывания. Под наблюдением автора было 26 больных, причем излечение наступило в 16 случаях, улучшение в 6, а в 4 случаях отмечено ухудшение.

А. Дмитриев.

ж) Невропатология.

171. Prof. Rothfeld описывает случай *аффективной потери тонуса при смехе и при оргазме* (Gelo- und Orgasmolepsia) (Zeitschr. f. d. g. N. u. P. Bd. 115, 1928 г.) у мужчины 39 л., причем иногда эти состояния сопровождаются мимолетной потерей сознания (1—2 сек.). Припадков сна никогда не отмечалось. Б-ой много курил, иногда выпивал; никотин и алкоголизм благоприятствовали наступлению припадков. Исследование внутрен. орг., неврологическое, глазное дно, RW—дало отрицательные результаты; рентгенограмма черепа тоже без особенностей. Исследование вегетативной н. системы указывало на умеренную ваготонию. Наличие одновременной аффективной потери тонуса и сознания при смехе отличает данный случай от нарколепсии. В данном заболевании, по мнению автора, играет роль недостаточность центральной нервной системы, в особенности субкортикальных ганглий. Такое наблюдение раньше (в 1902 г.) описал Oppenheim и некоторой вероятностью сюда может быть отнесен случай Ferrigi; других случаев в литературе не описано.

С. Эсселевич.

172. Флимонов в статье „К вопросу о клинических методах измерения тонуса“ (Zeitschr. f. d. g. N. u. P. Bd. 115, 1928 г.) подчеркивает положительные и отрицательные стороны метода Rieger-Spiegel'a и своего (предложенного им в Zeitschr. f. d. g. N. u. P. Bd. 96, Н. 1—2); отмечает, что оба метода имеют дело с принципиально различными клиническими феноменами и один из них не может быть заменен другим. А. констатирует, что метод Spiegel'a дает «превосходную картину «der plastischen Hypertonie», метод же автора регистрирует пассивные движения, как непрерывный процесс, благодаря чему возможно исследовать всю клиническую картину гипертоний, а особенно Ру-Нупертоние, со всеми ее атрибутами. Задачу своего метода автор формулирует следующим образом: 1) Так называемые «Ру-Нупертоние» или, что тоже, „spastische Hypertonie“ характеризуются «stossartige» явлениями; 2) вопрос о том: следует ли причислять эти „stossartigen“ явления к понятию о тонусе или нет, имеет совершенно условное значение; важно только, что эти явления имеют большое значение; 3) изучение этих явлений возможно только методом, регистрирующим пассивные движения как один непрерывный процесс.

С. Эсселевич.

173. Сагр делает попытку на основании двух случаев объяснить *психогенез ипохондрического симптомокомплекса* (Zeitschr. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 115, 28 г.). Некоторые авторы рассматривали ипохондрический симпт., как выявление неврастения или же выражение другой болезненной формы (Kraepelin, Bleuler, Wollenberg, Tuzek и др.); другие же рассматривали как самостоятельную картину болезни (Sommer, Boettiger, Raescke и др.). Schüle причиной считает гиперестезию чувствительных нервов в определенных областях. Freund и Fegenczi считают, что происходит „генитализация ипохондрически рассматриваемого органа, вследствие сдвига либидо из генитальной сферы на определенный орган“. Вследствие психотравматического переживания ощущений, libido накапливается на определенном месте организма в связи с чрезмерной концентрацией внимания на этом месте. „Эта гипотеза, как отражающая современные психологические воззрения приближает к более глубокому пониманию психогенеза ипохондрией“, говорит автор, переходя к своим случаям. В случае А, б-ой 28 лет, страдает последние 10 лет «неврастенически-ипохондрически окрашенным симптомокомплексом с состояниями страха и деперсонализации личности». Свообразные жалобы б-ого— („толстеет и распухает спина... появляется чувство жара... чувство увеличения головы и спины... все тело во мне напрягается... если выходит слезь со стулом, с мочей... тогда наступает приятное чувство усталости... когда все напрягается, тогда мне кажется все чуждым... бывает чувство страха“) — автор сравнивает с теми, которыми сопровождается генитальная эрекция. Деперсонализация выступает в особенности на высоте кульминационного пункта. Б-ой страдал частыми поллюциями и считал себя «психическим импотентом». Комплекс импотенции по мнению автора обязан своим происхождением „Kastrationskomplex“ — происходящему из инфантильной психико-сексуальной организации субъекта. В случае Б, б-ой 42 лет, болен два года, заболел после супружеской неверности, стал и импотентом, „одновременно выступили меланхолический симптомокомплекс и ипохон-