

відомостю про стадію анонімозофії, вона є  
одна зі штандартних в експертів сільської та сім'янської  
біології. Інколи за цю змогу їх віддають до земельного кадастру  
— зважаючи на відсутність анонімозофії відповідної  
літератури аж до початку ХХ століття. Але вони  
заслужують це заслуги тим, що вони відомі та вживані

## Психозъ, какъ послѣдствіе травмы.

**А. С. Шоломовича.**

Ординатора при кафедрѣ душевныхъ болѣзней проф. В. П. Осипова въ Ка-  
занскомъ Университетѣ.

Роль травмы въ происхожденіи нервныхъ болѣзней наз-  
начаетъ опредѣляться болѣе или менѣе точно. Такъ, *Mendel*,  
на основаніи большаго провѣреннаго матеріала и обстоятель-  
наго изученія собственныхъ случаевъ приходить къ заклю-  
ченію, что чисто травматическими, (*rein traumatisch*) могутъ  
быть только менингитъ, міэлітъ, апоплексія и эпилепсія;  
полинейритъ и абсцессы мозга могутъ также непосредственно  
вызываться травмой, особенно съ помощью инфекціи; всѣ же  
прочія заболѣванія нервной системы: *tabes*, опухоль мозга,  
сирингомія, Базедова болѣзнь, *paralysis agitans* и другія,  
если не съ полной увѣренностью, то съ наибольшой вѣроят-  
ностью можно, какъ заболѣванія чисто травматической,—счи-  
тать не существующими.

По вполне понятной причинѣ, роль травмы въ генезѣ  
душевныхъ болѣзней представляется до сихъ поръ значитель-  
но менѣе ясной.

Причина эта въ томъ, что въ душевныхъ болѣзняхъ  
болѣе, чѣмъ во всякой другой области, всегда при оцѣнкѣ  
вліянія травмы, остается открытымъ вопросъ о той или дру-  
гой степени индивидуального или наслѣдственного пред-

расположеніи организма къ заболѣванію. Однако и здѣсь можно считать болѣе или менѣе принятымъ взглядъ, что травма, точнѣе— сотрясеніе мозга можетъ у дотолѣ вполнѣ здороваго человѣка вызвать лишь ограниченное число душевныхъ заболѣваній. Такъ, относительно группы, т. наз. эндогенныхъ заболѣваній, неизвѣстны вѣнчнія причины ихъ вызывающія: Paranoia, dementia simplex, Katatonie, Mania, melancholia; и если передъ началомъ подобнаго заболѣванія отмѣчается травма—то ее принято считать лишь поводомъ къ проявленію уже существующей въ потенціи болѣзни.

Гораздо болѣе значительныя разногласія существуютъ относительно другихъ психозовъ и главнымъ образомъ, относительно прогрессивного паралича: *Mendel*, *Hirschl*, *Ziehen* и *Binswanger*, напр., рѣшительно отвергаютъ травматическій прогрессивный параличъ, а *Meschede* совершенно опредѣленно описываетъ его; *Joffroy* оставляетъ пока вопросъ открытымъ.

Таковы же, если не больше, разногласія и по вопросу о травматическомъ психозѣ. Одни (*Wende*) различаютъ психическую травму, могущую дать психозъ только у предрасположенныхъ субъектовъ, и травму механическую— сотрясеніе мозга, которое единственно и можетъ дать типичный травматическій психозъ. Такъ же и *Reichardt*, *Ziehen*, *Kraepelin*, *Viedenz*. Другіе крупные авторитеты (*Sommer*) совершенно отрицаютъ травматическій психозъ, какъ отдельную клиническую форму; третыи (*Leer*) сводятъ травматическій психозъ къ артеріосклерозу мозга; *Körppen* же стремится къ созданію подвида травматическаго психоза — *dementia posttraumatica*, а *Schüle* дѣлить травматические психозы на первичные и вторичные, въ то время какъ *Werner* даетъ еще болѣе дробное ихъ дѣленіе. Наконецъ, авторы, выдѣляющіе травматическій психозъ въ отдельную клиническую единицу (*Binswanger*, *Brunn* и др.), описываютъ его въ необычайно разнообразной формѣ, при чмѣ разнообразіе и пестрота

клинической картины чрезвычайно усугубляется тѣмъ обстоятельствомъ, что въ категорію травматическихъ психозовъ часто вносятся заболѣванія, происшедшія лишь послѣ травмы, а не вслѣдствіе ея.

Послѣ травматической же душевныхъ заболѣваній, какъ показываютъ наблюденія многихъ авторовъ—необычайно сложны и разнообразны.

Такъ, *Hasche-Klunder* описываетъ травматическую эпилепсію, не сопровождавшуюся дефектами со стороны интеллекта; черезъ 16 лѣтъ—психозъ съ припадками одновременно частью параноического, частью кататонического, частью эпилептического характера.

У другого больного травматическая эпилепсія перешла въ психозъ съ характерными физическими и психическими явленіями прогрессивного паралича и эпилептическими припадками; затѣмъ явленія прогр. паралича исчезли и послѣдовало слабоуміе. Тотъ же авторъ описываетъ больного, у которого ступорозно-депрессивная состоянія смѣнились внезапно, какъ въ циркулярномъ психозѣ, субманіакальнымъ состояніемъ, снова смѣнившимся внезапнымъ возбужденіемъ съ насильственными дѣйствіями, которые опять перешли въ ступоръ. Отдельные фазы этого психоза сопровождались яркими галлюцинаціями.

Описанъ (тѣмъ же авторомъ) психозъ периодически протекавшій, возникшій послѣ травмы; съ одной стороны сходный съ маніакально-депрессивнымъ помѣшательствомъ, въ нѣкоторыхъ стадіяхъ давалъ картину прогрессивного паралича, но съ явленіями ступора, какъ при кататоніи; въ другихъ стадіяхъ получалась картина глубокаго слабоумія, быстро смѣнявшаяся, однако, состояніями съ совершенно правильно функционировавшимъ интеллектомъ.

Необычайная пестрота клинической картины послѣ травматическихъ психозовъ и побуждаетъ нѣкоторыхъ авторовъ выдѣлить въ особую группу, чисто травматические психозы

т. е. психозы, связанные съ травмой этиологически, а не по времени возникновенія только. Въ виду этого *Stadelmann* и др. авторы, какъ *Koppen*, *Werner*—ставятъ для диагностики чисто травматического психоза слѣдующія требованія: 1) предварительное здоровье больного—безъ слѣдовъ заболѣванія сосудовъ, сифилиса, нефрита, ротус; всѣ эти заболѣванія должны быть исключены такъ же, какъ старческій возрастъ, при которомъ, естественно, чаще всего встрѣчается артериосклерозъ. 2) Вторымъ требованіемъ ставится непродолжительность времени и непосредственное наблюденіе врача за періодъ между травмой и болѣзнью.

Удовлетворяющій этимъ требованіямъ травматической психозъ считается явленіемъ довольно рѣдкимъ (по *Stolper*'у 1 на 700 душевныхъ больныхъ, по другимъ (*Edel*)— $2\frac{1}{2}\%$ ).

Но и въ этой болѣе тѣсной рамкѣ чисто травматическихъ психозовъ мнѣнія авторовъ, какъ относительно клинической картины, такъ и патогенеза, расходятся.

*Edel* считаетъ хронические психозы послѣ травмы дегенеративными, ведущими къ духовному и этическому паденію личности, иногда съ параличными явленіями.

*Werner* характеризуетъ ихъ такъ: преобладаніе психической слабости съ тенденціей къ вырожденію и слабоумію, часто съ раздражительной слабостью и наклонностью къ аффектамъ; состоянія эти часто осложняются сосудовигательными разстройствами, то съ характеромъ слабости, то съ характеромъ, раздражительности. Онъ раздѣляетъ психозы на 1) *Delirium traumaticum* 2) *Dementia traumatica*, и 3) травматическое эпилептическое помѣшательство.

*Brunn* считаетъ пріемлемой особую форму травматического прогрессирующего слабоумія съ разстройствами интеллекта вслѣдствіе депрессіи.

Разнообразны и мнѣнія о патолого-анатомическомъ субстратѣ травматического психоза, (поскольку его связываютъ съ *commotio cerebri*) и взгляды на патогенезъ болѣзни.

*Körpen* находилъ въ старыхъ случаяхъ dementiae post-traumaticae болѣе или менѣе распространенный кровоизлѣнія въ корѣ, инфильтрацію и энцефалитъ. Онъ считаетъ особенно характернымъ явленіемъ—мелкие рубцы съ многочисленными слѣдами крови и дефекты наружныхъ слоевъ коры въ видѣ ямочекъ и втяженій; особенно характерны эти рубцы и ямки, когда они обнаруживаются на основаніи мозга.

Микроскопически: гіалиновое перерожденіе, кругловлѣточковая инфильтрація, анейризматическая и лакунарная расширенія капилляровъ, преждевременное развитіе облитерирующего эндarterита и т. д.

Вторично, на почвѣ разстройства питания происходить регressiveные измѣненія нейроглійныхъ и гангліозныхъ клѣтокъ: хроматолизъ, вакуолизация клѣтки, гомогенизациіа ядра и варикозная атрофія.

По *Baller'у*—вскрытие даетъ очаги размягченія въ мозгу, а микроскопъ—объзвѣствленный клѣтки, измѣненія сосудовъ, лепто и пахименингитъ.

Отсюда ясно, что одними молекулярными измѣненіями клѣтокъ мозга (шокъ) объяснить болѣзнейшихъ явлений—нельзя. Въ основу такихъ явлений, видимо, должно принять болѣе важные, чѣмъ молекулярные измѣненія; естественнѣе предположеніе что въ основѣ процесса „ сотрясенія мозга “ лежитъ сдавленіе вещества мозга, всей его массы, вызванное передвиженiemъ самой массы и цереброспинальной жидкости; отсюда всѣ вышеописанные явленія болѣзни, въ случаяхъ, въ которыхъ грубыхъ кровоизлѣній въ вещество мозга не было.

*Schmaus* и *Schäffer* указываютъ, что и безъ кровоизлѣнія въ спинной мозгъ—можно наблюдать очаги размягченія.

Таково въ общихъ чертахъ состояніе нашихъ знаній въ настоящее время о травматическомъ психозѣ.

Вышеуказанная пестрота клинической картины, которая объясняется, повидимому, включенiemъ въ группу травмати-

ческихъ психозовъ—заболѣваній послѣ травматическихъ, гдѣ этиология болѣзни оставалась спорной—такое положеніе вопроса дѣлаетъ интересными для описанія случаи, въ которыхъ причинная связь между болѣзнью и травмой неспорима, и исключено наследственное и индивидуальное предрасположеніе къ болѣзни.

Таковъ именно случай, наблюдавшійся нами въ 1908—1909 году въ Казанской Окружной Лѣчебницѣ и послуживший предметомъ одной изъ клиническихъ лекцій проф. В. П. Осипова въ весеннемъ семестрѣ 1909 г.

Больной А. В. Симбирскій мѣщанинъ 38 лѣтъ, женатъ, имѣетъ 3 дѣтей; учился въ городскомъ училищѣ; по профессіи машинистъ, служилъ въ послѣднее время до болѣзни машинистомъ при паровомъ шоссейномъ катке въ Симбирской Губернской Земской управѣ.

Родители больного совершенно здоровыя люди, такъ же, какъ всѣ другіе родственники по восходящей и боковымъ линіямъ. Отцу 70 лѣтъ; онъ въ возрастѣ 60 лѣтъ женился вторично и имѣетъ 5 дѣтей отъ второго брака; человѣкъ спокойный, уравновѣшенный, заботливый. Мать больного имѣла 14 дѣтей, изъ которыхъ нѣсколько умерли въ дѣтствѣ отъ эпидемическихъ заболѣваній; мать была убита лошадью. Братья отца такъ же очень крѣпкие люди; одинъ умеръ 80 лѣтъ. Ихъ отецъ (дѣдъ больного) умеръ 105 лѣтъ отъ роду. Туберкулеза, сифилиса, душевныхъ болѣзней, алкоголиковъ во всей роднѣ, не было.

До 1-го сентября 1907 года В. былъ совершенно здоровъ, никогда ничѣмъ не болѣлъ и не лѣчился; удивлялся, какъ много лѣчатся его товарищи; спиртныхъ напитковъ не употреблялъ.

Всегда былъ человѣкомъ спокойнымъ, добродушнымъ, правдивымъ, любилъ деревенскій образъ жизни, много читалъ, особенно по своей специальности, которой онъ очень интересовался; (машинистомъ сталъ почти самоучкой). Былъ хорошимъ, энергичнымъ работникомъ, которымъ вездѣ на службѣ дорожили; жизнь велъ нормальную, не переутомлялся на службѣ, въ семье чувствовалъ себя хорошо, прекрасно

относился къ женѣ и дѣтямъ. Тѣлосложенія былъ крѣпкаго, съ нѣкоторой наклонностью къ полнотѣ. Щѣль и спаль всегда хорошо. Заботъ, потрясеній не было; во время войны служилъ въ Кіевѣ, очень спокойно и хорошо.

1-го сентября 1907 года больной поѣхалъ на паровомъ каткѣ изъ Симбирска укатывать шоссе. Въ 6 часовъ вечера ему пришлось переѣзжать чрезъ рѣку по мосту, который рухнулъ подъ тяжестью 700 пудового катка; во время крушенія на больного упала, по словамъ свидѣтелей, балка, ударившая его по головѣ, и ноги были прижаты каткомъ; на водѣ онъ пробылъ, какъ говорятъ, отъ 10 до 15 минутъ, очевидно, удержавшись за балки. Вытащенаго изъ воды больного повели въ ближайшую деревню, но, неожиданно вырвавшись, онъ снова бросился въ воду, откуда его снова пришлось вытаскивать силой; къ 9 часамъ вечера его привезли въ Симбирскъ; во время пути онъ сильно стоналъ и сказалъ только одну фразу: „домой хочу, ребята посмотрѣть“. Привезенный во дворъ своего дома, больной на вопросы не отвѣчалъ, такъ же какъ въ первые часы пребыванія въ больнице; въ хирургическомъ отдѣленіи больницы найдены: „ушшибъ мягкихъ частей правой половины груди и правой голени; означенныя части слабо припухли. 3/ix Кровотеченіе носовое. Состояніе больного угнетенное. Жалуется постоянно на испугъ, а также на разнаго рода нервныя боли. Сонъ беспокойный, прерывистый; въ послѣдующіе дни больной постоянно говоритъ со всеми о бывшемъ съ нимъ происшествіи, жалуется на сильныя нервныя боли во всей правой верхней конечности; 7/ix  $t^{\circ}$  36,5 утромъ; 37,7 вечеромъ, 8-го лихорадки нѣтъ; 14/ix больной жалуется на сильныя ревматическія боли во всемъ организмѣ, заговоривается. Бредъ преслѣдованія. Выписанъ“. Свѣдѣній о состояніи пульса за время пребыванія въ больнице нѣтъ. 15—20/ix. Ходилъ въ управу, где сослуживцы замѣтили, что у него мутные глаза и безсвязная рѣчь; больной пересталъ есть, пить и спать, вскакивалъ съ постели, жаловался, что слышитъ трескъ проваливающагося моста; былъ очень угрюмъ, мраченъ, грубъ. Доставленный женой въ Карамзинскую колонію для душевно-больныхъ, на вопросы не отвѣчалъ, толкался; сознаніе помрачено; говорилъ о войнѣ, о каткѣ, не узнавалъ окружающихъ; (изъ колоніи исторіи болѣзни получить не удалось); въ такомъ-же состоя-

ніи, очень слабый физически, пробылъ 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяца дома; самъ не просилъ пищи, былъ пассивенъ, что-то бормоталъ, на вопросы не отвѣчалъ, иногда сильно перегибался назадъ, рвалъ бѣлье, галлюцинировалъ. Припадковъ не было; замѣчалась опухоль голени. 15/ш 1908 г. поступилъ въ Казанскую Окружную Лечебницу, Отмѣчена вялая реакція зрачковъ; лѣвый зрачекъ шире; во времени не разбирается, въ пространствѣ также, молчаливъ, апатиченъ, плохо соображаетъ, память ослабла. Къ концу апрѣля сознаніе нѣсколько прояснилось; больной сталъ ориентироваться въ пространствѣ и времени, лучше спаль и ѳлъ. Временами являлась раздражительность и бредъ преслѣдованія: его отравляютъ, подмѣшиваются въ пищу ядъ, два дна отказывался отъ пищи, затѣмъ сталъ есть самъ. 31 мая выписанъ. Дома—безъ перемѣнъ. 7/үп 1908 г. снова поступаетъ въ Лечебницу; считаетъ себя здоровымъ; въ Лечебницу отправили будто бы по проискамъ жены. Сознаніе довольно ясное; жалобы на тяжесть и чувство давленія въ головѣ, а также сжиманія; вялъ; настроеніе пониженнное; соматическая жизнь въ порядке. Сознанія болѣзни нѣтъ. 20/үп увезенъ на кумысъ.

Въ третій разъ больной поступаетъ 25/х 1908 г. въ безсознательномъ состояніи; на вопросы не отвѣчаетъ, говорить что то про себя, онъ находится въ Уфѣ; жалуется на сильное давленіе въ вискахъ и темени. Память разстроена, плохо разбирается въ окружающемъ, во времени и пространствѣ. Иногда видѣть передъ собой катокъ; слышитъ трескъ падающаго моста; жалуется на затрудненіе при жеваніи пищи. Въ дальнѣйшемъ сознаніе нѣсколько яснѣе, походка медленная; плохой сонъ и аппетитъ, плохо разжевываетъ пищу. Мимика ослабла, рѣчь вялая; плохо соображаетъ. Запоры. Иногда спутанъ, собирается Ѳхать на паровозы. „Иногда говорить, что видѣть катокъ, но сознаетъ, что это ему кажется“ (изъ исторіи болѣзни).

Въ настоящее время: больной средняго роста, правильно сложенъ, костно-мышечная система развита правильно; общее питаніе ослаблено, подкожный жиръ почти отсутствуетъ, кожа чиста, на груди и животѣ значительная волосатость. Сзади угла нижней челюсти—рубецъ послѣ разрѣза нарыва. Слизистая оболочка окрашена слабо; железы не прощупываются. Типъ черепа Subdolichoceph. Index 76,5. Лицо симметрично;

лицевой уголъ (Ж. Брока) 72. Ушныя мочки приращены, не доразвиты, твердое небо глубокое; пульсъ 90; тоны сердца глухи, чисты. Внутренніе органы нормальны; наблюдаются постоянно запоры. Моча не содержитъ бѣлка.  $t^o$  нормальна. Нервная система: Движенія глазъ правильны; движенія лицевыхъ мышцъ ослаблены, замедлены; зажмурованіе глазъ неполное, жевательный движенія рѣзко ослаблены, больной не можетъ какъ слѣдуетъ открыть рта, сжать челюстей, не можетъ откусить хлѣбной корки, даже мягкой. Слегка открытый ротъ—больной не можетъ закрыть, и дѣлаетъ это: поднимая нижнюю челюсть рукой. Языкъ высовывается съ трудомъ, фибрillлярно сокращается. Движенія небной занавѣски правильны. Движенія головы нормальны, движенія рукъ ослаблены, сопровождаются дрожаніемъ. Движенія туловища также очень ограничены, особенно кзади; больной не можетъ сохранить равновѣсія, при нагибаніи падаетъ; движенія нижнихъ конечностей ослаблены очень рѣзко; больной съ трудомъ поднимаетъ ногу, вытягиваетъ ее, вслѣдствіе главнымъ образомъ мышечной слабости, выраженной рѣзко въ мускулатурѣ всего тѣла, и особенно, въ правой половинѣ. По динамометру сила правой руки 30, лѣвой 50.

Координатія движеній рѣзко нарушена; больной съ трудомъ сохраняетъ равновѣсіе; при стояніи вынужденъ держаться за столъ, сильно пошатывается и съ открытыми глазами; съ закрытыми глазами падаетъ назадъ („голова кружится“). При ходьбѣ покачивается, наклоняетъ голову впередъ, балансируетъ руками. Руки сильно дрожатъ. Рѣчь заикающаяся, замедленная, тихая, прерывистая. Писать совершенно не можетъ, проводя по бумагѣ лишь извилистую, дрожащую линію (до болѣзни В. писалъ хорошо) первые стволы при давленіи безболѣзненны.

*Чувствительность:* болевая отсутствуетъ по всему тѣлу, кроме области II вѣтви п. trigeminii слѣва и, отчасти, въ области всей лѣвой верхней конечности, где она лишь рѣзко понижена.

*Чувство прикосновенія* въ правой половинѣ совершенно отсутствуетъ, слѣва ослаблено; сильное давленіе двумя разставленными широко пальцами ощущается какъ одно давление; давленіе стеклянной крышки ощущается какъ давленіе

пальцемъ—въ правой половинѣ; въ лѣвой половинѣ—остатки чувства давленія на лицо.

Температурное чувство справа совершенно отсутствуетъ и едва констатируется въ лѣвой половинѣ тѣла: больной не различаетъ ощущеній отъ рядомъ приложенныхъ къ кожѣ правой половины тѣла пробирокъ съ нагрѣтой до 80° водой и со снѣгомъ.

Мышечное чувство сохранено для грубыхъ пассивныхъ движений и сопротивленія; чувство положенія своихъ членовъ рѣзко ослаблено.

Поле зрѣнія для бѣлого цвѣта сильно сужено; въ правомъ глазу стѣженіе сравнительно съ нормой сильнѣе чѣмъ въ лѣвомъ; тоже самое, въ болѣе рѣзкой степени относительно красного цвѣта (также сравнительно съ нормой). Слухъ справа почти отсутствуетъ, слѣва сильно понижентъ; костная проводимость звука также; обоняніе разстроено; запаховъ не различается; вкусъ также. Рефлексы: нижне-челюстной справа получается, слѣва нѣтъ, акроміальные отсутствуютъ, локтевые сгибательный и разгибательный слѣва вызываются, справа повышенны; запястно-пальцевые слѣва слабы, справа ясно выражены; дотрогивание до задней стѣнки глотки не вызываетъ рефлекса; пателлярные и Ахилловы повышенны. Подошвенные слѣва есть, справа слабѣ. Babinski отсутствуетъ; то же съ corneae; рефлексы съ cremaster'а выраженъ справа, отсутствуетъ слѣва; съ покрововъ живота слѣва на лицо, справа отсутствуетъ; зрачки слегка неправильны, лѣвый шире; на конвергенцію реагируютъ, на свѣтъ слабѣ. Тазовые органы въ порядкѣ.

Больной мало подвиженъ, апатиченъ, вяль; обычно сидѣть слегка согнувшись на стулѣ, куда-то устремивъ глаза, съ грустно-неподвижнымъ лицомъ, по которому временами пробѣгаютъ слабая, жалкая улыбка; иногда онъ шепчетъ что-то губами, временами жестикулируетъ.

При разспросахъ больной временами обнаруживаетъ пониманіе мѣста; во времени не ориентируется; предоставленный же самому себѣ больной погружается въ свои размышленія и, видимо, переносится всецѣло въ прошлое, которое онъ въ эти моменты принимаетъ за настоящее и дѣйствительное; вопросъ, къ нему обращенный заставляетъ его вздрогнуть и въ такой моментъ больной обнаруживаетъ содержание своего

сознанія: „Павелъ унесъ ключи отъ люка и вотъ 4-й день не несетъ, а мнѣ нужно котель промывать“. Затѣмъ больной понемногу приходитъ въ себя, опредѣляеть гдѣ онъ, но не сразу, а продолжаетъ разсказывать, что сейчасъ прїѣхалъ Павелъ, его помощникъ; онъ велѣлъ ему принести ключъ, и тотъ обѣщалъ къ вечеру это сдѣлать; утромъ они поѣдутъ укатывать шоссе по приказу инженера Михаила Аркадьевича; Павла онъ хорошо видѣлъ; онъ одѣтъ въ пиджакъ; на вопросъ не холодно ли Павлу—отвѣчалъ: да вѣдь теперь тепло (разговоръ происходитъ въ январѣ). Черезъ 2—3 минуты бесѣды больной устанавливается, что катокъ разбитъ, что онъ давно боленъ, находится въ III хроническомъ отдѣленіи Окружной Лѣчебницы, приходитъ въ себя, начиная сознавать окружающее; сознаніе больного обычно заполнено представлѣніями прошлаго; галлюцинируетъ онъ часто, и почти всегда одними и тѣми же образами: ему представляется очень ярко паденіе моста, слышитъ трескъ балокъ, и т. д. Больной считаетъ, что у него въ вискахъ, въ мозгу, лягушка, которая при людяхъ молчитъ, а безъ людей, въ тишинѣ, начинаетъ кричать; она постоянно ростетъ, и ее необходимо вырѣзать. Въ этомъ кругѣ идей и ощущеній протекаетъ сознаніе больного; говоритъ часто безсвязно, вслѣдствіе, очевидно, появленія противорѣчащихъ мыслей и образовъ, которыхъ сочетать онъ не можетъ; больной плохо считаетъ, не знаетъ хорошо азбуки, не можетъ вычислить, сколько мѣсяцевъ онъ боленъ. Память разстроена (ретро-антеградное разстройство). Больной помнить событія непосредственно до заболѣванія, (травмы) довольно хорошо помнить самый день, въ который произошло несчастіе: на вопросъ не было ли съ нимъ несчастія, травмы, отвѣчаетъ: „нѣтъ... не помню; слышалъ я, какъ затрешалъ мостъ... а больше ничего не было“, не можетъ вспомнить достаточно быстро и легко имена своихъ дѣтей, путаетъ ихъ возрастъ; но помнить, что служилъ въ 1904—5 году въ Кіевѣ, въ 1906 г. были выборы въ 1-ую Государственную Думу, за кого голосовалъ на выборахъ.

Значительно сильнѣе выражено разстройство памяти относительно событій послѣ начала болѣзни: больной не помнить, сколько разъ поступалъ въ Лѣчебницу, когда, въ какомъ мѣсяцѣ Ѵздили на кумысъ; обычно, больной считаетъ, что теперь 1908 г. и у него выпадаетъ изъ памяти 10—12

мѣсяцевъ. Разстроено и запоминаніе: Онъ не можетъ повторить сказанныхъ пять цифръ, пять именъ. Чрезвычайно рѣзко выражена у больного утомляемость вниманія: самая простая логическая операциія быстро утомляютъ его, также, впрочемъ, какъ малѣйшее физическое напряженіе, особенно, глазъ. Кроме того, вниманіе больного быстро и властно отвлекается галлюцинаціями.

Самочувствіе понижено главнымъ образомъ, повидимому, вслѣдствіе болѣзнейныхъ ощущеній отъ головы и отъ бока, на что больной постоянно жалуется; тѣмъ не менѣе больной считаетъ себя окрѣпшимъ, здоровымъ и работоспособнымъ, не отдавая себѣ отчета въ своемъ состояніи. Настроеніе безразлично-депрессивное; по ночамъ страхи, давить катокъ: душевная чувствительность ослаблена, притуплена. Воля ослаблена.

Такимъ образомъ мы имѣемъ дѣло съ человѣкомъ совершиенно нормальнымъ и здоровымъ до травмы, безъ всякихъ слѣдовъ сифилиса, алкоголизма, заболѣванія почекъ, сердца и сосудовъ, въ цвѣтущемъ возрастѣ, съ отличной наследственностью, ведущаго совершенно нормальный, трудовой (безъ переутомленія) образъ жизни.

Черезъ нѣсколько минутъ послѣ комбинированной механически-психической травмы при паденіи въ воду — обнаруживается явное психическое разстройство, продолжающееся до сего времени. Важно отметить, что болѣе или менѣе грубаго поврежденія головы больной не получилъ, ушибъ касался лишь мягкихъ частей правой половины груди и правой голени. Извлеченный изъ воды, больной въ состояніи патологического аффекта, въ безсознательномъ состояніи снова бросается въ воду; по минованіи аффективнаго состоянія, сознаніе, на короткое время, возвращается и наступаетъ реакція — состояніе угнетенія; затѣмъ снова, повидимому, потеря сознанія; все это съ очевидностью указываетъ на явленія сотрясенія мозга, хотя намъ и неизвѣстно состояніе пульса въ то время. На слѣдующій день новое явленіе, указывающее на

разстройство въ сосудистой системѣ мозга—именно: носовое кровотечение, которое хирурги считаютъ патогномоничнымъ для тромбоза sinus longitudinalis superior послѣ травмы головы. Послѣ нѣсколькихъ дней полусознательного состоянія съ небольшой лихорадкой взрывъ бреда преслѣдованія и ясно выраженное измѣненіе характера; дальше—аментное состояніе съ характеромъ депрессіи и галлюцинаціями, и постепенно надвигающееся слабоуміе при неясномъ сознаніи, безразличномъ настроеніи, слабости психическихъ процессовъ, рѣзко выраженной ретроградной амнезіи, ложными воспоминаніями и разстройствомъ памяти ближайшихъ событій; изъ физическихъ явлений бросается въ глаза почти тотальная анестезія, сильнейшая головокруженія, дрожаніе, пораженіе органовъ чувствъ, парестезіи, слабость нижней челюсти, измѣненіе сердечной дѣятельности и пульса.

Въ общемъ настоящее состояніе больного довольно близко напоминаетъ описанное *Köppen*'омъ посттравматическое слабоуміе. Дифференціальная діагностика легка; здѣсь нѣть сифилиса мозга, ибо нѣть гнѣздныхъ симптомовъ и lues'a въ анамнезѣ. Здѣсь не прогрессивный параличъ, такъ какъ нѣть его характерныхъ чертъ и, наоборотъ, имѣются налицо необычные для прогрессивного паралича разстройство памяти, чувствительности, суженія поля зрѣнія и т. п.

Картина болѣзни составляется, такимъ образомъ, изъ характерной для травматического нейроза группы истеро-нейрастеническихъ симптомовъ (*Oppenheim* и друг.) и явлений глубокаго прогрессирующего ослабленія умственныхъ способностей, которымъ характеризуется dementia posttraumatica (*Köppen*).

Мы имѣемъ здѣсь, слѣдовательно, случай органическаго душевнаго заболѣванія, возникшаго въ совершенно здоровомъ мозгу, вслѣдствіе сотрясенія мозга при паденіи въ воду.



## ЛИТЕРАТУРА.

- 1) *Mendel*. Der Unfall in der Aetiologie der Nervenkr. Monatsschr. f. Psych. 1907—1908 г.
- 2) *Joffroy*. Traumatismes craniens et troubles mentaux. L'encephale. 1907. 2.
- 3) *Meschede*. Paralytische Geistesstörungen nach Trauma. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 55. H. 4.
- 4) *Wende*. Ein Fall von traumatischer Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 61. H. 2.
- 5) *Reichardt*. Ueber akute Geistesstörungen nach Hirnerschütterung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 61. H. 4.
- 6) *Köppen*. Ueber Erkrankung des Gehirns nach Trauma. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 33. H. 2.
- 7) *Bruns*. Die traumatischen Neurosen. Spec. Pathol. und Therapie von Nothnagel. B. XII.
- 8) *Hasche-Klünder*. Ueber atypisch. verlaufende Psychosen nach Unfall. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkr. Bd. 44, H. 2.
- 9) *Stadelman*. Ueber späterkr. des gehirns nach Schädeltrauma Deutsche medic. Wochenschr. 1903.
- 10) *Baller*. Zur Lehre von der Gehirnerschütterung. Vierjahrschrift f. Gerichtliche Medicin. 1908. IV.
- 11) *Oppenheim*. Руководство по нервнымъ болѣзнямъ. 1896 г.
- 12) *Давиденковъ*. Dementia possittraumatica. Современная Психиатрия. 1908—9.
- 13) *Thomsen*. Commotio. Hirnverletzung oder Neurose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 51. H. 4.  
*Крепелинъ*. Психиатрия.  
*Binswanger* и *Siemerling*. Учебникъ психиатрии. 1908.  
*Корсаковъ*. Курсъ психиатрии. 1901 г.  
*Albert*. Частная хирургія. 1902 г. т. I.