

лечение рентгеном и радием давало временный успех, а затем развитие склеромы шло медленно и неудержимо. Как ни грустно, но можно повторить слова проф. Цитовича, что при современных наших знаниях об этиологии и патогенезе „вылечить склеромных больных мы не можем, только в исключительных счастливых случаях ограниченного процесса мыслимо излечение“. Возможно, что профилактические мероприятия окажутся орудием более совершенным, чем методы лечебные, но для этого нужно, чтобы широкая врачебная масса знала и помнила о риносклероме. Нужна тщательная регистрация возможных очагов заболевания.

На основании всего вышеизложенного мы позволим себе высказать следующие положения:

1. Несомненно, что количество опубликованных случаев риносклеромы неполно и гораздо меньше действительного числа их.

2. Поступательное действие склеромы с запада на восток имеется налицо. Вероятною причиною этого движения являлись беженцы и военнопленные.

3. Склеромные „уголки“ имеются, наряду с Московским, Юго-западным и Восточно-сибирским очагами, и на Урале (в частности в Курганском округе).

4. Не имея надежных средств для радикальной терапии заболевания, мы должны ввести для борьбы с развивающейся склеромой профилактические мероприятия.

5. Для выяснения степени распространения риносклеромы необходим учет каждого случая заболевания.

Литература: 1. Проф. М. Ф. Цитович. Болезни уха, горла и носа. 1924 г.—2. Н. В. Шварц. Общая хирургия, том II. 1928 г.—3) Проф. Волкович. Риносклерома. Диссертация. 1888 г.—4) Проф. А. М. Пучковский. Вестн. Рино-лар. отиатрии, № 1, 1929 г.—5) Н. Смирнов. Вестн. Р.-л. отиатрии, № 2, 1929 г.—6) А. Г. Фетисов. Сибмедархив, том II, кн. 3—5.—7) Б. Н. Лебедевский. Казан. мед. журнал, № 4, 1930 г.

Республиканская психиатрическая больница Узбекистана (г. Ташкент).

Психозы абстиненции у курильщиков гашиша¹⁾.

Д-ра А. Ю. Выясновского.

Изменение психики в периоде абстиненции у наркоманов вообще—достаточно хорошо изучено. Однако о формах протекания абстиненции при гашише известно мало. Поэтому мы и считаем небезинтересным привести свои наблюдения²⁾.

Случай 1. Б-ой Н., 17 лет, поступил 13/II—1930 г. в стационар Нервно-психиатрического диспансера для лечения от гашипизма. Анашу (местное назв. гашиша) курит 8 лет, выкуривая приблизительно по 5 папирос в день. Поступает по настоянию родителей. С 8 лет бродяжничал, занимался воровством. За последнее время отмечает у себя сонливость и оцепенение. Венерические болезни отрицает.

¹⁾ Доложено на заседании Психо-неврологического научного о-ва в г. Ташкенте 15/II—1931 г.

²⁾ Наблюдению 3-х первых случаев я обязан д-ру Заглубской А. Л. а последнего д-ру Пустоваловой Т. А., коим приношу мою глубокую благодарность.

алкоголь употребляет умеренно, при случае. *Статус:*—астеник, без каких-либо уклонений от нормы со стороны соматической и неврологической. При исследовании психики формальных расстройств ее не обнаружено, следы дебильности.

Первые 12—15 дней пребывания в стационаре не обнаруживает никаких изменений ни в физической, ни в психической сферах. Сон и аппетит вполне удовлетворительны. В последующие 7—8 дней отмечается резкое изменение в поведении: 6-ной уединяется, мало общается с больными, на вопросы отвечает односложно, стремится избегать встреч с врачами. Соседи больного по палате неоднократно отмечают следующие странности его поведения: он прячет вещи, находящиеся в его пользовании (чашки, ложки), и потом проделывает процедуру их кражи, соблюдая при этом все нужные предосторожности. Сон тревожный, аппетит удовлетворительный.

Последующие 12—14 дней состояние больного изменяется следующим образом: появляется резкая плаксивость. Обычное замечание по его адресу, от кого бы оно ни исходило, вызывает длительный плач с обильным слезотечением. Попржнему мало общителен. Сон тревожный. Временами ночью во сне громко плачет. В последующие 2—3 дня эти симптомы исчезают. У больного устанавливается хороший сон, он принимается энергично за работу, появляется обычная для него общительность и 7/IV больной выписывается в хорошем состоянии.

Случай 2. Больной Б., 21 года. Русский, молотобоец. 13/II 1930 г. поступил в стационар Диспансера с целью лечения от анашекерения. Свое намерение объясняет тем, что в последнее время он стал „сумасшедшим от анаши“: на прошлой неделе, напр., во время работы в мастерской, после того как он накурился анаши, он схватил молот и сделал попытку убить кузнеца. Когда кузнец начал удирать, он побегал за ним и опомнился только после того, как кузнец скрылся. Никакой злобы или неприязни у него к кузнецу не было и нет. Анашу употребляет регулярно с шестнадцатилетнего возраста. В последнее время выкуривает около 20 грамм в день. С двенадцатилетнего возраста до 18 лет у больного были какие-то припадки, характер которых выявить не удалось. С восемнадцатилетнего возраста припадки прекратились без всякого лечения.

Алкоголь употребляет умеренно. Венерические болезни отрицает. Не женат. Половой жизнью не живет.

Status: смешанное телосложение с наличием ярко выраженных атлетических черт. Со стороны внутренних органов N. Неврологически тоже N. Формальных расстройств психики нет. Как особенность характера отмечено: застенчив, деятелен, энергичен, движения угловаты. Запас житейских сведений обилен. Отмечается некоторый практицизм мышления.

Ближайшим поводом к курению анаши было, по словам 6-ого, желание отличаться в пляске. С малых лет он танцует и слыл у себя в деревне за отличного танцора. Когда однажды зрители высказали одобрение составляющему с ним конкуренту—это его очень огорчило. У него появилась мысль попробовать перед танцами анашу, опыт оказался удачным, и он начал употреблять его постоянно.

Течение: первые 12 дней в состоянии больного ничего особенного не отмечается. Как обычно, он спит, работает, причем все это на фоне прекрасного самочувствия. Лишь в незначительной мере отмечается повышение аппетита. Затем у больного появляются резкие головные боли, продолжающиеся в течение 2—3 дней. В это время больной перестает работать, у него расстраивается сон, уменьшается аппетит. Затем больной замыкается в себя, у него появляется подозрительность к окружающим больным, а потом и к персоналу. Он заявляет врачу, что к нему скверно относятся, как-то особенно смотрят на него, говорят о нем, повидимому, что-то недоброе („когда подхожу к говорящим они умолкают“). Персонал больницы тоже „не особенно хорошо“ к нему относится: некоторые сестры, посмотрев на него, улыбаются „двусмысленно“. Стал плохо спать. Через 9 дней такого состояния заявил врачу, что больной, его сосед собирается его убить. Категорически отказался помешаться с ним в одной палате. На предложение курирующего врача поместиться в другую палату, где находился больной инвалид, наш больной тоже отказался, мотивируя тем, что у инвалида есть костыли, которые могут послужить орудием убийства. Убеждениям и уговорам как будто бы поддается, но только в тот момент, когда с ним беседуют. Стоит же больному только остаться одному, как он начинает опять подозрительно осматриваться. Сон тревожный, аппетит не удовлетворителен. Еще через 5—6 дней больной стал более общителен, спокоен, начала исчезать подозрительность, он приступил

к работе, стал хорошо спать. Свое прошлое состояние характеризует как состояние „не по себе“. Выписан 12/IV 1930 года.

Случай 3. Больной Ч., П. 23 лет. Русский, из крестьян. Поступил добровольно в стационар Диспансера 6/IV 1930 года для лечения от анашизма. Анашу употребляет с марта м-ца 1926 года. Первый раз начал курить в ночлежном доме в Сибири. Небезинтересен его рассказ о первом его знакомстве с гашишем: „Лежал я в грязной ночлежке на нарах. Было сыро, холодно, кругом толпы грязных в отрепьях лиц. Среди них продавец свернутых папирос из анаши. На пробу желающим новичкам дает право бесплатно затянуться из одной общей папиросы. Не раскусив и после двух затяжек, я купил себе целую и принялся курить. После нескольких затяжек у меня в глазах заплесало. Предметы ожили, приняли необычные для них положения в пространстве, мое тело наполнилось ощущением необычайной легкости. Окружающее утратило серые, неприглядные краски, мое горе исчезло“.

С тех пор больной начал систематически употреблять анашу, выкуривая в последнее время свыше 30 грамм в день. С той целью, чтобы „бесперебойно“ получать анашу, переехал в Среднюю Азию. Со времени знакомства с анашой, за 3 года, сидел в доме заключения общей сложностью около 14 месяцев. Алкоголь употребляет редко, опий и кокаин пробовал, но не получил никакого удовольствия, бросил.

В 1925 г. заразился сифилисом, принял 2 курса лечения. Libido за время употребления гашиша не изменилось. Себя характеризует как человека скрытного, малообщительного, любящего книги и ограниченное в числе общество избранных лиц.

Status: Астеник. Глуховатые тоны сердца. При неврологическом исследовании уклонений от N не обнаружено. WaR в крови отриц. Формальных расстройств психики нет. Общий уровень умственного развития значительно выше той среды, в которой больной вращается. Выявляет значительную начитанность в области путешествий, фантастики. Совершенно не сведущ в вопросах бытовых и социальных. Живой, подвижной ум. Немного склонен к позировке. Жалобы на замеченное им незначительное ослабление памяти обычными клиническими методами исследования обнаружить не удалось. Отмечает, что он общается только с такими же авашистами, как и он; их он считает близкими ему и дорогими людьми, ради них он пойдет на самопожертвование. В отношении остальных людей уже в течение нескольких лет наличие некоторого недоверия и „пожалуй, говорит больной, боязни“; „это повидимому, добавляет он, порождает отчуждение от людей, стремление к обособлению“. Настроение слегка приподнятое. С большим воодушевлением рисует планы и перспективы будущей после лечения жизни.

Течение. В течение первых 5 дней у больного отмечается повышенная сонливость, заметно уединяется от больных, ни с кем не вступает в контакт, много читает. Отмечает резкое повышение аппетита и никаких тягостных ощущений. Следующие 8—9 дней у больного появляется несколько повышенная общительность и говорливость. Стремится организовать вокруг себя больных, рассказывает анекдоты, вслух читает и комментирует книжки. Попрежнему много кушает и довольно много спит. Вслед за отмеченным периодом, т. е. на 12—13 день абстиненции, на фоне общительности и повышенной деятельности у больного появляется резкая раздражительность. По малейшему поводу он приходит в сильную ярость. За короткое время он перессорился почти со всеми больными и сестрами. Совершенно не допускает возражений, высказываемых собеседником, даже в духе личных суждений. Через 2—3 дня такого состояния 6-ой стал очень осторожно высказывать врачу свои опасения по поводу отношения к нему некоторых лиц из больных, а также персонала. Так, заявляет, что сестра И. к нему относится очень скверно и он ей не доверяет. Считает, что лечащий врач тоже стал относиться к нему очень скверно. Отказался от всех сделанных ему назначений. В течение 9—10 дней все эти явления у больного нарастали. Появилась агрессивность, связанная с требованием немедленной выписки. В виду особых условий жизни Стационара, не позволяющих дальнейшего его наблюдения, больной был выписан 3/V 1930 года.

Случай 4. Больной П. О., 21 года. Татарин. Доставлен из провинции с двумя сопровождающими 22/V 30 г. в состоянии резкого речевого возбуждения. Больной связан по рукам и ногам. На теле множественные ссадины и кровоподтеки. Отвечает на вопросы по существу. Причины препровождения в Психиатри-

ческую больницу не называет. Анамнестически установлено (по выздоровлении): свыше года систематически курит анашу, выкуривая по несколько папирос в день. За месяц, приблизительно, до поступления в больницу поступил на тяжелую работу землекопом вдали от населенных пунктов, где проработал 2 недели. Здесь он особенно много курил, примерно удваивая, а потом утраивая обычные порции. Затем уехал с этой работы на более легкую, одновременно решив бросить курение совершенно. Через 10, примерно, дней полной абстиненции—заболел. Появилась тревога, сильный страх с последующим беспокойством, что и привело его в Психиатрическую больницу.

В детстве болел малярией. В последующие года никаких болезней не отмечает. С шестнадцати лет живет самостоятельно, работая в качестве чернорабочего, несмотря на наличие семьи. Алкоголь употреблял редко, в умеренном количестве. Половая жизнь случайна, с шестнадцати лет. Луес отрицает.

Status: телосложение атлетическое с наличием диспластических черт. Таутировка предплечий. Со стороны внутренних органов особых отклонений от нормы не обнаружено. Мышечный валик. Красный стойкий дермографизм. В остальном неврологически ничего особенного. WaR крови отриц. Ориентирован в месте и окружающей обстановке. Сознание болезни отсутствует. На вопросы отвечает по существу, связно. Степень умственного развития соответствует среде. Больной во время исследования подозрительно насторожен: вслушивается, приглядывается к чему-то. Бременами вскакивает, причем на лице выражение страха.

Течение: 23—29 мая не удерживается в кровати, много ходит; движения порывисты, часто нападает на окружающих больных. Врачу сообщает, что больные узбеки собираются его убить, смеются над ним, говорят о нем дурное. Рассказывает какую-то путанную историю о краже каких-то вещей.

С 30 мая по 7 июня несколько спокойнее. Считает себя не больным, а „немного утомленным“. Иллюзии не отмечаются. Очень осторожно высказывает бредовые идеи: то его здесь могут расстрелять, то к нему подходят больные („зачем так подходят, что им нужно?“). Говорит шепотом, принимая таинственный вид.

С 8—15 июня спокоен, контактен. Работает вне отделения. Относится критически к своему состоянию, приведшему его в больницу. Помнит все, связанное с его поступлением в больницу, до подробностей. Выписан поправившимся 23/VI 1930 г.

Переходя к разбору наших наблюдений, прежде всего следует отметить одну особенность: наличие явно психотических черт в характере наших больных. Почти все больные—лица с явно выраженной склонностью к социопатии. Этот факт должен быть не только поставлен в связь с гашишизмом, как видом наркомании, но должен быть особенно принят во внимание.

В периоде вынужденной абстиненции в процессе лечения во всех наших случаях мы видели расстройство душевной деятельности в форме бредового симптомокомплекса.

Наш первый случай, правда, на первый взгляд не вполне убедителен в этом смысле. Здесь было более резко выражено участие эмотивной сферы, но нерезкая связь бредовых идей с аффектами позволяет нам рассматривать его как мягко выраженный бредовой status или, правильнее, ядро, из которого развиваются бредовые идеи отношения, типичные для всех наших случаев.

Участие эмотивной сферы довольно явственно во всех трех первых случаях. Все они были депрессивны.

Случай четвертый несколько отличается от первых трех не столько качественными своими особенностями, сколько силой своего проявления. Здесь, повидимому, заболевание дебютировало делириозным симптомокомплексом с нарушением процессов восприятия.

Временами мы наблюдали у наших больных иллюзорные восприятия, но все же эти иллюзии как будто ни в какой интимной связи с бредово-параноидным симптомокомплексом не находятся.

Отметим, что появление бредового симптомокомплекса относится приблизительно к 10—14 дню абстиненции, и развивается он или внезапно (4-й случай), или исподволь. Средняя продолжительность 2—3 недели с исходом в полное выздоровление.

К вопросу о реставрации трупов неизвестных личностей с целью их опознания.

Суд. мед. эксперта БНКЗ В. Г. Кузнецова (Уфа).

(с рис. на отд. листе).

При всяком вскрытии необходимо установить тождество личности. Если же труп принадлежит неизвестному лицу, или личность его установлена с недостаточной точностью, то суд. мед. эксперты должны точно описать и установить все, что может впоследствии послужить для определения подлинности трупа и тождества лица. Какое значение имеет в таких случаях выяснение личности по данным обследования трупа, понятно каждому. От возможно быстрого опознания трупа зависит наиболее быстрое раскрытие преступления и поимка преступника. Идентификация личности по трупу может быть сделана на основании установления определенных признаков и особенностей, являющихся отличительными для того или другого лица, обнаруженных либо на самом теле, либо в находившейся на нем одежде. К главнейшим опорным пунктам в этом отношении относятся: осмотр одежды и других предметов, описание личности, т. е. тех телесных особенностей, по которым можно узнать данное лицо (пол, возраст, длина тела, строение головы и лица, состояние зубов), анатомо-патологические и, наконец, профессиональные особенности. Кроме этих приемов опознания личности также применяется выставление трупов в секционных для публичного осмотра, фотографирование трупа, снятие отпечатков с мягкотных концов пальцев и наведение по ним справок в регистрационных бюро Уголовных розысков. Перечисленные способы опознавания трупов не во всех случаях отвечают своему назначению. Опознавание трупа часто совершенно невозможно или, по крайней мере, невозможно с достоверностью, когда труп обнаружен через более или менее продолжительное время после смерти, а также в тех случаях, когда труп обезображен повреждениями. В последних случаях оказывает несомненную пользу в опознавании личности, и вместе с тем в деле раскрытия преступления, восстановление лица покойного до возможно естественного его вида.

Попытки восстановления изуродованных лиц делались неоднократно. Из доступной мне литературы, как выдающиеся примеры, известны случаи Штрауха¹⁾ и А. А. Салькова²⁾.

В 1908 г. в Берлине обнаружены части человеческого трупа. На лице и волосистой части головы кожные покровы отсутствовали и не доставало одного глаза. Кожа с головы и глаз была найдена отдельно. Суд.-мед. эксперт Штраух восстановил голову, и труп был опознан. Для восстановления кожа натянута на голову, глаза вставлены, а кожа лица нашита и части ее соединены.

¹⁾ Проф. Бокариус. Суд. мед. стр. 124. ²⁾ Суд. мед. эксп., кн. 7.