

Историческіе стигматы и вырожденіе (Къ вопросу объ истеріи въ войскахъ).

Л. В. Блуменау.

Въ 1889 году *P. Marie*, изслѣдуя больныхъ въ Парижскомъ *Bureau central d'admission*, пришелъ къ неожиданному результату, что въ низшихъ классахъ общества истерія встрѣчается очень часто и притомъ гораздо чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ ¹⁾. Немного спустя, этотъ результатъ былъ подтвержденъ и больничными наблюденіями *Souques'a* ²⁾.

Но еще раньше названныхъ авторовъ два военныхъ врача, *Lanoaille de Lachèse* ³⁾ и *Duronchel* ⁴⁾, доказали существованіе истеріи во французской арміи, а вскорѣ затѣмъ докторъ *А. И. Озеревковскій* былъ опубликованъ рядъ наблюденій надъ тою же болѣзью у нашихъ солдатъ ⁵⁾. Въ диссертациі этого автора ⁶⁾, вышедшей въ свѣтъ въ 1891 году, собрано 93 наблюденія, изъ коихъ около 70 собственныхъ. Послѣ *Озеревковскаго* отдѣльные случаи истеріи у нижнихъ чиновъ были описаны *Трапезниковымъ* ⁷⁾, *Юшкевичемъ* ⁸⁾,

¹⁾ Progrès médical, 1889, n° 30.

²⁾ Archives générales de médecine, 1890, стр. 168.

³⁾ Gazette des hôpitaux, 1884.

⁴⁾ Revue de médecine, 1886, n° 6

⁵⁾ Медицинское Обозрѣніе 1886, стр. 321 и 1887, стр. 1061; докладъ на III съѣздѣ врачей въ 1889 г. и пр.

⁶⁾ Объ истеріи въ войскахъ. Москва. 1891.

⁷⁾ Врачъ 1891, стр. 381 (3 случая).

⁸⁾ Военно-Медицинскій Журналъ, 1893, в. 11.

Максомъ Блюменау ¹⁾, Новацкимъ ²⁾, Яроцкимъ ³⁾ и др. Такимъ образомъ, по вопросу объ истеріи въ войскахъ составила цѣлая литература, и званіе фактовъ этой категоріи сдѣлалось достояніемъ всѣхъ военныхъ врачей.

Признаніе истеріи у солдатъ, можно сказать, было не только важнымъ открытіемъ, но и настоящимъ благодѣяніемъ,— благодѣяніемъ для сотенъ и тысячъ больныхъ, которыхъ прежде наказывали и судили, какъ притворщиковъ, только потому, что болѣзнь ихъ была непонятна врачамъ. Теперь, когда діагнозъ „истерическое разстройство“ сталъ повторяться почти на каждомъ шагу въ медицинскихъ свидѣтельствахъ и актахъ госпитальныхъ комиссій, мы впадаемъ скорѣе въ другую крайность и приписываемъ истеріи часто то, что ей вовсе не свойственно, и что требуетъ иного объясненія.

Нечего говорить о тѣхъ случаяхъ, гдѣ, по незнанію ли врача, или по излишней его осторожности, больные съ органическими пораженіями мозга признаются истеричными, потому только, что у нихъ имѣется отсутствіе глоточнаго рефлекса или другой какой-нибудь „стигмать“. Въ такихъ случаяхъ ученіе объ истеріи въ войскахъ оказываетъ поистинѣ медвѣжью услугу не только больнымъ но и военному вѣдомству, такъ какъ временныя увольненія, на годъ или на шесть мѣсяцевъ, не приводятъ здѣсь ни къ чему, кромѣ лишнихъ расходовъ и затрудненій.

Случаи, на которые я хочу обратить вниманіе, совсемъ другого рода. Въ послѣднее время у врачей, особенно военныхъ, замѣчается склонность относить къ истеріи нѣкоторые *функциональныя* разстройства, на самомъ дѣлѣ едва ли стоящія въ связи съ нею. Таковы—недержание мочи, многіе случаи заиканія, нѣкоторые виды дрожанія и пр. Обыкновенно въ этихъ случаяхъ старательно ищутъ истерическихъ при-

¹⁾ Врачъ 1894 (12 случаевъ) и 1895 (2 случая).

²⁾ Врачъ 1897, стр. 593.

³⁾ Военно-Медиц. Журналъ, 1897, кн. 3.

знаковъ, и если у изслѣдуемаго находить отсутствіе глоточнаго и конъюнктивальныхъ рефлексовъ съ болѣе или менѣе выраженнымъ притупленіемъ кожной чувствительности, то діагнозъ истеріи ставится безъ колебаній. Такъ же поступаютъ и съ большинствомъ испытуемыхъ по падучей болѣзни, у которыхъ не удается наблюдать приступы. Еслибъ основываться на статистикѣ военныхъ госпиталей, то настоящую эпилепсію въ нашемъ народѣ пришлось бы признать большою рѣдкостью въ сравненіи съ истеро-эпилепсіей.

Располагая обширнымъ матерьяломъ перваго отдѣленія Варшавскаго Уяздовскаго госпиталя, я занялся прежде всего случаями *недержанія мочи*. Изъ 114 такихъ случаевъ, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ въ теченіе прошлаго года, въ 97 недержаніе было *функциональнымъ* или, по крайней мѣрѣ, представлялось таковымъ въ данное время, въ виду отсутствія какихъ-либо органическихъ симптомовъ.

У всѣхъ этихъ 97 субъектовъ я находилъ при изслѣдованіи различныя разстройства со стороны нервныхъ функций и, прежде всего, со стороны *кожной чувствительности*. Только у 15 чувствительность кожи была всюду нормальна или слегка лишь притуплена на кистяхъ и ступняхъ, что объяснялось, впрочемъ, синюхой этихъ частей. Общая или мѣстная гиперѣстезія наблюдалась только въ 9 случаяхъ; въ остальныхъ имѣлась анестезія или, чаще, гипѣстезія, при чемъ въ 27 случаяхъ она распространялась на все или почти на все тѣло, въ 24—ограничивалась одними половыми органами и сосѣдними частями бедеръ, въ 4—имѣла видъ геміанестезіи и, наконецъ, въ остальныхъ случаяхъ занимала одну или нѣсколько частей тѣла. Иногда при этомъ область анестезіи представляла рѣзкія границы на подобіе ампутаціонныхъ линій. Въ двухъ случаяхъ геміанестезіи имѣлось значительное пониженіе слуха и потеря вкуса и обонянія на той же сторонѣ тѣла. Поле зрѣнія изъ 14 изслѣдованныхъ на этотъ предметъ больныхъ оказалось значительно суженымъ только у одного.

Замѣчательно часто встрѣчалось, далѣе, притупленіе чувствительности и ослабленіе рефлексовъ со *слизистыхъ оболочекъ* зѣва и глазныхъ яблокъ. Глоточный рефлексъ отсутствовалъ совершенно въ 27, былъ ясно ослабленъ въ 26 случаяхъ; такимъ образомъ, изъ 97 больныхъ онъ былъ хорошо выраженъ только у 44. Конъюнктивальный рефлексъ былъ ослабленъ въ 33, потерянъ въ 11 случаяхъ; у 3 больныхъ онъ былъ ослабленъ только на одной сторонѣ. Притупленіе чувствительности слизистой оболочки уретры наблюдалось почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ была анестезія половыхъ органовъ ¹⁾; однако, полная нечувствительность ея къ фаралитическому току встрѣчалась очень рѣдко. Рефлекторное сокращеніе сфинктера уретры (при введеніи бужа) отсутствовало совершенно у 3 больныхъ, было замѣтно ослаблено—у 13.

Что касается кожныхъ рефлексовъ, то съ ними обстояло обыкновенно такъ, какъ описывается *Pitres'*омъ и *Gilles de la Tourette'*омъ при истерическихъ анестезіяхъ: состояніе брюшныхъ рефлексовъ, по большей части не соответствовало измѣненіямъ чувствительности кожи живота, подошвенный же рефлексъ, напротивъ, былъ обыкновенно пониженъ или даже отсутствовалъ на ногѣ, пораженной анестезіей. Мошоночные рефлексy были ослаблены въ 26 случаяхъ. Иногда замѣчалась неравномѣрность кожныхъ рефлексовъ на разныхъ сторонахъ тѣла. Сосудодвигательные рефлексy весьма нерѣдко были повышены, и у нѣкоторыхъ больныхъ существовалъ настоящій дермографизмъ.

Колѣнные рефлексy были нормальны приблизительно въ $\frac{1}{2}$ случаевъ; въ 31 случаѣ они были повышены, въ 17—понижены.

¹⁾ Считаю нужнымъ замѣтить, что анестезія въ этихъ случаяхъ не соответствовала, по своему распредѣленію, той, какая характерна для заблѣваний спинномозгового конуса. Два наблюденія, въ которыхъ такое заблѣваніе, дѣйствительно, можно было признать, описываются мною одновременно въ другомъ мѣстѣ (въ «Обозрѣніи Психіатріи»).

Затѣмъ, довольно часто (въ 46 случаяхъ) наблюдалось *дрожаніе* рукъ и ногъ. Обыкновенно оно наступало только при вытянутомъ положеніи конечностей, но иногда было замѣтно и въ спокойномъ положеніи. Ритмъ его представлялъ большое разнообразіе, но, въ общемъ, это было скорѣе частное дрожаніе.

Наконецъ, кромѣ упомянутой группы симптомовъ у больныхъ обнаруживался цѣлый рядъ функциональныхъ, а отчасти и органическихъ, разстройствъ со стороны кровеносной системы: сплошь и рядомъ тоны сердца оказывались глухими, пульсъ учащеннымъ и слабватымъ (у 45 больныхъ онъ давалъ при повторныхъ изслѣдованіяхъ болѣе 100 ударовъ въ минуту); недостаточность периферическаго кровообращенія сказывалась *синюхой конечностей*, отмѣченной въ 55 случаяхъ. У многихъ, не смотря на молодой возрастъ, имѣлся рѣзкій склерозъ височныхъ артерій; у троихъ былъ найденъ порокъ сердца.

Упомянутыя выше анестезіи въ области моче-половыхъ органовъ, а также въ другихъ частяхъ тѣла, у лицъ не держащихъ мочу, были описаны еще въ 1889 году д-ромъ *Озериковскимъ*¹⁾, который производилъ свои изслѣдованія на 40 больныхъ Московскаго военнаго госпиталя. На основаніи сходства этихъ анестезій съ истерическими, названный авторъ высказалъ мнѣніе, что подобные случаи недержанія мочи могутъ быть поставлены въ связь съ истеріей.

Такое мнѣніе встрѣчаетъ, однако, не мало противорѣчій. Во-первыхъ, недержаніе мочи при настоящей истеріи наблюдается, какъ извѣстно, весьма рѣдко. Гораздо чаще при ней бываетъ, наоборотъ, задержаніе. По *Gilles de la Tourette*'у, *incontinentia urinae*, если и встрѣчается у истеричныхъ, то почти всегда въ связи съ параличомъ или сведеніемъ нижнихъ конечностей²⁾, чего не было ни въ моихъ случаяхъ,

¹⁾ «Къ патологій недержанія мочи», докладъ, читанный на 3-мъ съѣздѣ русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ.

²⁾ *Traité sur l'hystérie*, t. III, p. 425.

ни въ случаяхъ д-ра *Озерешковскаго*. *Frankl-Hochwart* и *Zuckerkanndl*, авторы только-что вышедшей монографіи о нервныхъ расстройствахъ мочевого пузыря ¹⁾ также совѣтуютъ соблюдать „величайшую осторожность въ вопросѣ о такъ называемомъ истерическомъ недержаніи мочи“. Въ томъ же смыслѣ и даже еще опредѣленнѣе высказывается *Guyon*, въ лекціяхъ о болѣзняхъ мочевыхъ путей ²⁾, и другіе совре-менные авторы.

Во-вторыхъ, недержаніе мочи, о которомъ идетъ рѣчь, въ громадномъ большинствѣ случаевъ существуетъ у больныхъ съ ранняго дѣтства; такъ было въ 74 изъ 97 моихъ случаевъ. Между тѣмъ, по *Batault* ³⁾, истерія обнаруживается у мужчинъ чаще всего между 10 и 20 годами. *Gilles de la Tourette*, цитируя это указаніе *Batault*, прибавляетъ, что по его собственнымъ наблюденіямъ, а также по статистикѣ *Bitot*, мужская истерія развивается обыкновенно еще позднѣе, во всякомъ случаѣ позднѣе, чѣмъ истерія у женщинъ.

Въ третьихъ, ни разу, ни у одного изъ моихъ больныхъ не наблюдалось истерическихъ приступовъ, хотя бы въ легкой и неполной формѣ; у нихъ не было ни истерогенныхъ точекъ, ни контрактуръ, ни истерическаго темперамента. Въ психическомъ отношеніи это были почти исключительно вялые, малоспособные и малоразвитые субъекты, нѣкоторые даже были присланы въ госпиталь для испытанія по 18-ой статьѣ (тупоуміе). Физически, рядомъ съ указанными расстройствами со стороны нервной системы, у большинства ихъ имѣлись также упомянутые выше признаки недостаточнаго кровообращенія; сравнительно часто встрѣчались заболѣванія и другихъ органовъ: хроническая пневмонія, гноетеченіе изъ ушей и т. п. Въ отдѣльныхъ случаяхъ enuresis

¹⁾ Die nervösen Störungen der Blase. Wien, 1898, стр. 89.

²⁾ Русскій переводъ, изд. журнала «Практическая Медицина», 1898, лекція XI.

³⁾ Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme. Paris. 1885.

сочеталась съ падучей, съ заиканіемъ. Изъ тѣхъ 52 случаевъ въ которыхъ удалось собрать данныя относительно наследственности, въ 26, т. е. въ половинѣ, родители или братья больныхъ также страдали недержаніемъ мочи; у другихъ были въ семьѣ падучные и идіоты.

Наконецъ, у всѣхъ этихъ лицъ, за исключеніемъ одного или двухъ, я находилъ рѣзкіе антропологическіе *признаки вырожденія*. Изъ 73 больныхъ, у которыхъ были сдѣланы измѣренія черепа, нормальныя цифры получены только у 14; преобладали, главнымъ образомъ, короткіе черепа (39), между ними было даже 9 ультрабрахицефалическихъ; по окружности черепа, макроцефаловъ было гораздо больше, чѣмъ малоголовыхъ. Изъ признаковъ вырожденія отмѣчу въ особенности встрѣчавшіяся сравнительно часто аномаліи въ развитіи мочеиспускательнаго канала—гипоспадію и аномальныя заслонки, на которыя обращаютъ вниманіе и другіе авторы (см. *Frankl-Hochwart* и *Zuckerkanndl*, l. c., стр. 91). Эти неправильности въ образованіи уретры сами по себѣ не объясняли недержанія; онѣ интересны только какъ признаки, указывающіе, такъ сказать, на *locus majoris degenerationis* въ организмѣ разсматриваемыхъ субъектовъ.

И такъ, очевидно, что эти субъекты принадлежатъ къ числу *вырожденныхъ*, и что ихъ недержаніе мочи мы въ правѣ отнести къ функціональнымъ признакамъ вырожденія. Такого взгляда и держится большинство современныхъ, особенно французскихъ, авторовъ ¹⁾. Но, спрашивается теперь, какъ смотрѣть на другія разстройства нервныхъ отправленій, встрѣчающіяся у тѣхъ же лицъ,—на ихъ разстройства чувствительности, аномаліи рефлексовъ, дрожаніе и проч.? Слѣдуетъ ли видѣть въ нихъ, дѣйствительно, *stigmata* истеріи, или также функціональные признаки вырожденія?

¹⁾ Патогенезъ недержанія мочи будетъ рассмотрѣнъ мною подробно въ другомъ мѣстѣ, а потому я и не касаюсь здѣсь вопроса о томъ, что служить ближайшей причиною этого разстройства.

Для рѣшенія этого вопроса необходимо обратиться къ другимъ категоріямъ дегенерантовъ. Я остановлюсь на *эпилептикахъ*, потому что испытываемыхъ по эпилепсіи въ госпиталѣ очень много, и при изслѣдованіи ихъ, какъ уже сказано, признаки истеріи отыскиваются весьма тщательно. Изъ большаго числа этихъ испытываемыхъ мною исключаются здѣсь всѣ тѣ, припадки которыхъ имѣли хоть нѣкоторое сходство съ истерическими; я беру только такіе случаи, гдѣ приступы наблюдались или врачами, или, по крайней мѣрѣ, другими заслуживающими довѣрія лицами, и гдѣ, судя по описанію, можно было признать настоящую падающую. Такихъ случаевъ у меня набралось 54.

Всѣ приводимыя ниже явленія относятся къ *стойкимъ*, такъ какъ наблюдались у больныхъ постоянно, независимо отъ приступовъ.

Оказывается, что и у этихъ больныхъ расстройства чувствительности встрѣчаются весьма нерѣдко. Кожная чувствительность не представляла замѣтныхъ уклоненій отъ нормы только въ 17 случаяхъ; въ 19 имѣлось общее притупленіе ея на все тѣло, въ 15—мѣстныя анестезіи или гипестезіи, въ 3—притупленіе чувствительности въ формѣ геміанестезіи; послѣдняя у 2 больныхъ сопровождалась рѣзкимъ пониженіемъ слуха, обонянія и вкуса на соответствующей сторонѣ. Болѣе или менѣе значительное притупленіе специальной чувствительности, напр. слуха и обонянія, встрѣчалось повидимому, вообще нерѣдко, хотя систематическаго изслѣдованія въ этомъ направленіи мною не сдѣлано. Поле зрѣнія найдено значительно суженнымъ въ одномъ случаѣ (изъ 13). Глоточный рефлексъ былъ замѣтно ослабленъ у 14 больныхъ, отсутствовалъ совершенно у 19, оказался нормальнымъ у 21; конъюнктивальный рефлексъ былъ утраченъ у 11, ослабленъ у 21, сохраненъ вполне у 22. У многихъ больныхъ отмѣчена и анестезія слизистой оболочки носа.

Колѣнные рефлексы найдены нормальными въ половинѣ случаевъ (27), повышенными—въ 21, пониженными—въ 6. У 12 больныхъ наблюдалось дрожаніе конечностей.

Затѣмъ, и здѣсь очень часто обращали на себя вниманіе синюха кистей и стопъ, тахикардія, преждевременный склерозъ височныхъ артерій и увеличеніе размѣровъ сердца. Въ одномъ случаѣ найдена недостаточность двустворчатаго клапана.

Впрочемъ, всѣ перечисленные симптомы, въ отдѣльности или въ различныхъ сочетаніяхъ, описывались при эпилепсїи уже неоднократно. Не говоря о сосудистыхъ и сердечныхъ расстройствахъ, о которыхъ упоминается почти во всѣхъ руководствахъ, аналгезіи у эпилептиковъ съ психическимъ расстройствомъ были описаны *Smoler*'омъ еще въ 1866 году ¹⁾. Много позднѣе состояніе кожной и спеціальной чувствительности у падучихъ изучалось подробно *Thomsen*'омъ и *Oppenheim*'омъ ²⁾, которые, какъ извѣстно, доказали притупленіе чувствительности (въ особенности спеціальной) и сѣженіе поля зрѣнія *post приступовъ*; они наблюдали, правда, и стойкія измѣненія чувствительности, но, какъ и *Smoler*, преимущественно у психически ненормальныхъ (слабоумныхъ) эпилептиковъ. Въ 1886 году тѣмъ же вопросомъ занялся д-ръ *Озерцовскій* ³⁾; въ своихъ случаяхъ онъ находилъ нерѣдко расстройства, какъ спеціальной, такъ и кожной чувствительности, и не только послѣ приступовъ, но и внѣ ихъ, при чемъ особенной связи этихъ расстройствъ съ состояніемъ психической сѣры больныхъ не замѣтилъ; притупленіе кожной чувствительности имѣло характеръ то общей анестезіи, то геміанестезіи, болѣе или менѣе полной, то, наконецъ, мѣстныхъ анестезій, иногда съ очень неправильнымъ распредѣленіемъ. Дрожаніе и различныя аномалїи кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ, въ промежуткахъ между при-

¹⁾ Prager Vierteljahrschrift, 1866.

²⁾ Archiv für Psychiatrie, Bd. XV (1884).

³⁾ Медицинское Обозрѣніе, т. XXV, стр. 795. О чувствительности у эпилептиковъ писалъ также *C. Agostino* (Rivista sperimentale di Freniatria, XVI, 1890).

ступами, описаны *Browning*'омъ ¹⁾, *Féré* ²⁾ и друг. Такимъ образомъ, приводимые мною факты не представляютъ ничего новаго.

Подобныя же разстройства наблюдались мною, далѣе, и въ другихъ классахъ дегенерантовъ, а именно—довольно часто у *заякъ*, у многихъ изъ *тупоумныхъ*, въ отдѣльныхъ случаяхъ *самороднаго дрожанія*, *односторонняго потнїя лица* ³⁾ и т. п.

Наконецъ, въ литературѣ, особенно итальянской (*Lombroso*, *Agostino* ⁴⁾ и друг.), описываются тѣ же разстройства чувствительности (главнымъ образомъ, гипѣстезіи), отсутствіе рефлексовъ со слизистыхъ оболочекъ и проч. у *дегенерантовъ-преступниковъ*.

Очевидно, было бы слишкомъ большою натяжкой считать всѣхъ этихъ субъектовъ истеричными на томъ основаніи, что у нихъ среди различныхъ функціональных разстройствъ встрѣчаются такія, которыя представляютъ большее или меньшее сходство съ истерическими стигматами.

Съ другой стороны, у всѣхъ этихъ лицъ—недержавшихъ мочу, падучныхъ, заякъ, тупоумныхъ преступниковъ и проч.—существуетъ одно общее: то, что всѣ они, въ большей или меньшей степени, принадлежатъ къ невропатической семьѣ вырождающихся. Поэтому, и общія имъ всѣмъ аномаліи первыхъ функцій могутъ быть поставлены въ непосредственную связь съ *вырожденіемъ*.

¹⁾ Journal of nervous and mental diseases, 1893, стр. 449 и 528.

²⁾ Comptes rendus de la Société de Biologie, 1897.

³⁾ *Teuscher* въ Neurol. Centralbl. 1897 г. (стр. 1033) описываетъ, какъ особую форму гипергидроза, *hyperhydrosis unilateralis degenerativa*, что вполне соответствуетъ и моимъ наблюденіямъ.

⁴⁾ Въ Обществѣ Психіатровъ, гдѣ мною былъ сдѣланъ (31 октября прошлаго года) докладъ по обсуждаемому здѣсь вопросу, д-ръ *Е. С. Борншпольскій* сообщилъ мнѣ, что отсутствіе рефлексовъ со слизистыхъ оболочекъ и кожныя анестезіи, иногда весьма похожія на истерическія, наблюдались имъ у многихъ *глухонемыхъ*, а также у нѣкоторыхъ изъ *тупоумныхъ оптей* заведенія *И. В. Маларевскаго*.

Функціональные признаки вырожденія со стороны нервной системы изучены въ настоящее время весьма недостаточно, гораздо меньше, напримѣръ, чѣмъ антропологическіе (морфологическіе) или психическіе признаки. Это объясняется, быть можетъ, тѣмъ, что до сихъ поръ вопросъ о вырожденіи занималъ больше психіатровъ, чѣмъ невропатологовъ. Сальпетріерская школа, разработавшая съ такой изумительной полнотою ученіе объ истеріи, почти не касалась вопроса о первыхъ проявленіяхъ дегенеративной конституціи. Во всякомъ случаѣ, попытка изслѣдовать эти проявленія на большомъ матеріалѣ и въ различныхъ классахъ дегенерантовъ, такая попытка еще никѣмъ не сдѣлана.

Когда отдѣльные расстройства нервныхъ отравленій у вырожденныхъ будутъ изучены въ достаточной степени, тогда явится возможность создать полную картинку того, что можетъ быть названо *дегенеративной слабостью нервной системы* или, пожалуй, болѣе общимъ терминомъ „*состояніе вырожденія*“ (*état de dégénérescence*, по *Raymond*'у). Судя по тому, что намъ извѣстно въ настоящее время, эта картина должна представляться крайне разнообразной и непостоянной. Однако, весьма вѣроятно, что будущимъ изслѣдованіямъ удастся открыть единство въ кажущемся разнообразіи; что же касается непостоянства отдѣльныхъ явленій, то надо замѣтить, что то же самое относится и къ антропологическимъ признакамъ, которые также встрѣчаются далеко не постоянно у всѣхъ и каждаго дегенеранта.

Насколько можно судить теперь, однимъ изъ наиболѣе обычныхъ элементовъ картины являются симптомы, свидѣтельствующіе о недостаточности кровообращенія; такова синюха конечностей (акроціанозъ). Въ одномъ изъ моихъ наблюденій эта синюха достигала степени настоящаго синяго отека и служила, сама по себѣ, предметомъ испытанія относительно годности къ военной службѣ. О расстройствахъ сосудодвигательной иннерваціи, какъ функціональномъ признакѣ выро-

ждения, упоминается и въ нѣкоторыхъ руководствахъ, напр. у *Krafft-Ebing'a*.

Я не стану касаться здѣсь другихъ проявленій дегенеративной слабости, каковы: дрожаніе конечностей, нистагмъ, дизартрии, мѣстные поты и проч., останавлиюсь только на тѣхъ симптомахъ, которые могутъ быть приняты и, дѣйствительно, нерѣдко принимаются за истерическіе стигматы. Эти *quasi-stigmata* и составляютъ, собственно, предметъ моей статьи.

Относительно *отсутствія глоточнаго рефлекса* мнѣнія авторовъ сильно расходятся. Тогда какъ одни (*Souques, Kattwinkel* ¹⁾ считаютъ его надежнымъ и даже патогномическимъ (*Chairou* ²⁾) признакомъ истеріи, другіе, напротивъ, не придаютъ ему никакого значенія; такъ, *Engelhardt* ³⁾ не находилъ его въ 7 случаяхъ истеріи изъ 10; между тѣмъ, изъ 200 изслѣдованныхъ имъ здоровыхъ лицъ глоточный рефлексъ отсутствовалъ у 50 и былъ ослабленъ у 34.

Потеря конъюнктивальныхъ рефлексовъ рассматривается французскою школою невропатологовъ вообще какъ характерный симптомъ истеріи. Такое мнѣніе было высказано еще *Briquet* и позднѣе поддерживалось *Féré* ⁴⁾. Однако, оно раздѣляется не всѣми. Въ преніяхъ, возникшихъ въ Собраніи среднегерманскихъ психіатровъ (Дрезденъ, 1898 г.) по поводу доклада *Windscheid'a* объ оваріи, *Oppenheim* высказалъ сомнѣніе относительно значенія конъюнктивальныхъ рефлексовъ, такъ какъ эти рефлексы бывають часто ослаблены и даже утрачены и у здоровыхъ людей ⁵⁾.

На основаніи своихъ наблюденій, я склоненъ считать отсутствіе глоточнаго и отсутствіе конъюнктивальныхъ рефлексовъ скорѣе дегенеративными, чѣмъ истерическими признаками. Изъ того, что ихъ находили нерѣдко у здоровыхъ,

¹⁾ Deutsches Archiv f. klin. Medicin, Bd. 57, стр. 549.

²⁾ Études cliniques sur l'hystérie, 1870.

³⁾ Ueber Pharynxreflex bei Normalen und Hysterischen. Jnaug.—Diss., Bonn, 1893. (Цитир. по реферату въ Neurolog. Centralbl. 1894, стр. 74).

⁴⁾ Archives de Neurologie, t. III (1882).

⁵⁾ См. Neurol. Centralbl., 1898, стр. 1111.

еще не слѣдуетъ, конечно, чтобъ это были явленія, лишенные всякаго патологическаго значенія. Почти любой изъ признаковъ вырожденія можетъ встрѣчаться, въ отдѣльности, у нормальныхъ людей, и это нисколько не противорѣчитъ нашему понятію объ этихъ признакахъ. Впрочемъ, еще вопросъ, было ли исключено вырожденіе въ случаѣ, о которыхъ говорятъ упомянутые наблюдатели (*Engelhard* и *Oppenheim*).

Кромѣ анестезіи слизистыхъ оболочекъ глотки и глазныхъ яблокъ, во многихъ случаяхъ я находилъ у изслѣдованныхъ мною дегенерантовъ также нечувствительность слизистой оболочки носа.

Что касается *анестезіи кожи*, то о нихъ можно сказать вообще, что въ большинствѣ моихъ случаевъ онѣ не были полными и имѣли скорѣе характеръ *интестезіи*. Чаще всего встрѣчалось *общее притупленіе* чувствительности на всей поверхности тѣла. Геміанестезіи, которыя, по *Briquet*, наблюдаются при истеріи болѣе, чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ случаевъ (въ 93 изъ 240), у простыхъ дегенерантовъ бывають сравнительно рѣдко и при томъ (какъ справедливо замѣчаетъ *Озерцовскій* касательно эпилептиковъ) представляютъ собою не столько потерю, сколько притупленіе кожной (а нерѣдко и специальной) чувствительности по сравненію съ другой половиной тѣла. Замѣчу здѣсь, что въ двухъ случаяхъ, у эпилептиковъ, мнѣ удалось подтвердить наблюденіе, сдѣланное *Agostino* ¹⁾: при рѣзко выраженной плягіоцефаліи чувствительность оказывалась притупленной на сторонѣ, противоположной той половинѣ черепа, которая отстала въ развитіи. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (у эпилептика съ недержаніемъ мочи), гдѣ геміанестезія занимала правую сторону, сила правой руки была значительно уменьшена и относилась къ силѣ лѣвой, какъ 30:43. Эти факты наводятъ, конечно, на мысль, что геміанестезіи дегенерантовъ могутъ обуславливаться органи-

¹⁾ Rivista sperimentale di Freniatria, 1890.

ческими причинами, а именно задержкой развитія или ранней атрофіей одного изъ полушарій мозга. Возможно, что подобнымъ же образомъ, т. е. недоразвитіемъ, но только частичнымъ, чувствующихъ центровъ коры объясняются и нѣкоторыя мѣстныя анестезіи, или *моноанестезіи*, дегенерантовъ. Врядъ ли, однако, такое объясненіе приложимо ко всѣмъ случаямъ, и чаще, быть можетъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ явленіемъ чисто динамическаго свойства ¹⁾).

Какъ бы то ни было, въ клиническомъ отношеніи эти мѣстныя, ограниченныя анестезіи могутъ обладать всѣми характерными качествами истерическихъ (которыя, кстати сказать, самъ *Charcot* относилъ къ анестезіямъ корковаго типа, „*de cause corticale*“, конечно, въ динамическомъ смыслѣ). Онѣ бываютъ сходны съ послѣдними не только своимъ сегментарнымъ распредѣленіемъ, не соотвѣтствующимъ распредѣленію нервовъ, не только сохраненіемъ при нихъ кожныхъ рефлексовъ, болевой реакціи зрачка и проч., но и своей интенсивностью, своей полнотою. Особенно часто такія полныя мѣстныя анестезіи наблюдались мною у недержавшихъ мочу въ области половыхъ органовъ и сосѣднихъ частей бедеръ и живота. Слѣдуетъ ли отнести подобные случаи къ истеріи? Я полагаю, что нѣтъ, такъ какъ во всемъ остальномъ они ничѣмъ не отличались отъ другихъ случаевъ недержанія, на основаніи же одного стигмата, хотя бы даже „настоящаго“, ставить діагнозъ истеріи было бы довольно опрометчиво, тѣмъ болѣе, что само разстройство чувствительности представляло въ моихъ случаяхъ всевозможные переходы отъ характерной истерической анестезіи до легкаго и болѣе диффузнаго припуленія, въ которомъ не было уже ничего характернаго.

¹⁾ Припуленіе чувствительности на концахъ конечностей (кистяхъ, голеняхъ и стопахъ), наблюдаемое у очень многихъ дегенерантовъ, можетъ имѣть и периферическое происхожденіе—отъ застоя крови въ этихъ частяхъ, выражающагося ихъ синюхой и пониженной температурой. Такъ же объясняется, вѣроятно, и часто встрѣчающаяся гипестезія волосистой части головы.

Съуженіе поля зрѣнія, считающееся однимъ изъ главныхъ стигматовъ истеріи, наблюдалось мною въ рѣзкой степени только 2 раза (изъ 27). Въ одномъ изъ этихъ случаевъ, у энуретика, имѣлось, кромѣ того, лѣвосторонняя геміанэстезія съ участіемъ слуха, вкуса и обонянія, такъ что здѣсь диагнозъ истеріи былъ, дѣйствительно, весьма вѣроятенъ. Само недержание мочи появилось у этого больного въ позднемъ возрастѣ (на 19-мъ году), подъ вліяніемъ психическаго момента (испуга во время пожара). Это былъ, быть можетъ, единственный случай изъ всѣхъ наблюдавшихся мною, гдѣ недержание мочи могло быть названо истерическимъ. Въ другомъ случаѣ съуженіе поля зрѣнія было найдено у эпилептика, не представлявшаго никакихъ другихъ признаковъ истеріи и не имѣвшаго передъ тѣмъ приступовъ, по крайней мѣрѣ, за недѣлю.

И такъ, съуженіе поля зрѣнія (въ рѣзкихъ степеняхъ), если и встрѣчается иногда въ истеріи, какъ симптомъ простой дегенеративной слабости, то это бываетъ все же сравнительно рѣдко. Впрочемъ, въ виду недостаточности собственныхъ изслѣдованій, я не могу настаивать на этомъ выводѣ. Состояніе зрѣнія и вообще специальной чувствительности у различныхъ дегенерантовъ изучается, по моему предложенію, моими товарищами по отдѣленію, д-рами *Ф. А. Бабаровымъ* и *Е. А. Нильсеномъ*, результаты которыхъ будутъ опубликованы въ непродолжительномъ времени.

Ограничиваюсь пока слѣдующими выводами:

1) Нѣкоторые изъ такъ назыв. стигматовъ истеріи должны быть причислены скорѣе къ функціональнымъ признакамъ вырожденія, такъ какъ встрѣчаются весьма часто у различного рода дегенерантовъ. Сюда я отношу пониженіе или отсутствіе глоточнаго и конъюнктивальныхъ рефлексовъ, а также общее и мѣстное притупленіе кожной чувствительности (гипестезію).

2) Другіе симптомы, какъ-то: геміанэстезія съ участіемъ органовъ чувствъ, полная мѣстная анэстезія съ ея типичными

особенностями, съуженіе поля зрѣнія и т. п., въ общемъ, заслуживаютъ названіе стигматовъ истеріи, хотя, взятые порознь, они могутъ встрѣчаться и при простомъ вырожденіи.

Только сочетаніе такихъ стигматовъ у одного лица даетъ право на діагнозъ истеріи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ истерическихъ приступовъ (судорогъ, сна, бреда и проч.).

Держась такого взгляда, мы избѣгнемъ опасности сдѣлать изъ истеріи слишкомъ широкое и потому слишкомъ неопредѣленное понятіе. Мы не станемъ, вмѣстѣ съ тѣмъ, навязывать ей чуждыя явленія, причину которыхъ надо искать глубже, въ самомъ вырожденіи, и, вѣроятно, придемъ къ тому выводу, что истерія у мужчинъ и въ простомъ народѣ все же не чаще, чѣмъ у женщинъ.
