

## Секція психіатрії на XIII-омъ между- народномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Парижѣ.

(2—9 Августа 1900 г.).

Для меня въ всякаго сомнѣнія полная неудача XIII-го медицинскаго конгресса; главныя цѣли международныхъ конгрессовъ не были достигнуты и громадное большинство осталось недовольно этимъ конгрессомъ. Главная цѣль конгрессовъ—это ознакомленіе съ современнымъ состояніемъ науки: члены, представившіе доклады, конечно, желаютъ ознакомить съ своею работою возможно большее число товарищей; члены, не представившіе доклады, желаютъ ознакомиться съ новыми, интересующими ихъ работами. Вторая цѣль конгрессовъ—это сближеніе съ сотоварищами; понятно, что участники международныхъ конгрессовъ желаютъ познакомиться, сблизиться съ иностранными товарищами.

Ни одна изъ этихъ цѣлей не была достигнута; на засѣданіяхъ было поразительно мало членовъ, многіе докладчики не пріѣхали; доклады читались почти въ пустыхъ залахъ, не обсуждались; по поводу очень немногихъ возникали живыя пренія. О сближеніи съ иностранными товарищами не могло быть и рѣчи, такъ какъ хозяева съѣзда, т. е. французы, подавали примѣры абсентизма и невнимательности.

Неудача конгресса отчасти обусловлена сущностью дѣла, отчасти зависѣла отъ плохого его устройства и веденія. Международные медицинскіе конгрессы отживаютъ свой вѣкъ;

самые солидные ученые ими мало интересуются и неохотно въ нихъ участвуютъ. Ученые карьеристы злоупотребляютъ правомъ члена конгресса и дѣлаютъ сообщенія, отбивающія у самыхъ любознательныхъ членовъ конгресса охоту присутствовать на засѣданіяхъ. Только умѣло выбранные программные вопросы, интересующіе многихъ, и удачный подборъ докладчиковъ могутъ привлечь на конгрессъ *активныхъ* членовъ. Распорядители конгресса не справились съ возложенною на нихъ задачею, что и отразилось крайне незначительнымъ числомъ членовъ, посѣщавшихъ засѣданія. Конечно, каждый членъ можетъ по своему оцѣнивать настоящій конгрессъ, но относительно небольшое число членовъ, посѣщающихъ засѣданія,—явленіе несомнѣнное и вполне ясно квалифицирующее этотъ конгрессъ.

Распорядители сдѣлали, по моему мнѣнію, три ошибки. Во-первыхъ, они устроили *очень* много секцій, а именно: 1) Секція сравнительной анатоміи. 2) Секція описательной анатоміи. 3) Секція гистологіи и эмбриологіи. 4) Секція физиологіи, физики и біологической химіи. 5) Секція общей и экспериментальной патологіи. 6) Секція бактеріологіи и паразитологіи. 7) Секція патологической анатоміи. 8) Секція внутренней медицины. 9) Секція дѣтской медицины. 10) Секція фармакологіи. 11) Секція неврологіи. 12) Секція психіатріи. 13) Секція по кожнымъ болѣзнямъ. 14) Секція общей хирургіи. 15) Секція дѣтской хирургіи. 16) Секція хирургіи мочеполовыхъ органовъ. 17) Секція офталмологіи. 18) Секція ринологіи и ларингологіи. 19) Секція отологіи. 20) Секція стоматологіи. 21) Секція акушерства. 22) Секція гинекологіи. 23) Секція судебной медицины. 24) Секція военной и морской медицины.

Никто не могъ мнѣ объяснить, зачѣмъ понадобилось такое множество секцій; нельзя же считать объясненіемъ высказанное злыми языками предположеніе, что при такомъ распредѣленіи многимъ удалось председательствовать, быть членомъ бюро и т. п. Такое дробленіе крайне печально отрази-



лось на занятіяхъ секцій нейрологіи и психіатріи. Просто непостижимо, какъ можно было отдѣлить психіатрію отъ нейрологіи. Поневоля повѣришь злымъ языкамъ: вѣдь единственное преимущество такого дѣленія могло только состоять въ томъ, что вмѣсто одного предсѣдателя понадобилось два и т. д.; мелкое самолюбіе играетъ большую роль въ жизни и портитъ самыя хорошія дѣла.

Вторая ошибка распорядителей—это неудачный выборъ программныхъ вопросовъ; напримѣръ, на секціи психіатріи были выбраны такія неудачныя темы: патологическая анатомія идіотизма; половыя извращенія въ судебно-медицинскомъ отношеніи. Понятно, что такія темы не могли вызвать поучительныхъ докладовъ и интересныхъ преній.

На секціи фізіологіи, т. е. одной изъ самыхъ важныхъ секцій, темъ для докладовъ не было намѣчено; не было объявлено и сообщеній; было лишь сказано, что обѣщано много сообщеній.

Третья ошибка распорядителей состояла въ томъ, что они допускали безъ разбора всѣ доклады, поэтому были доклады ниже всякой критики. Одинъ врачъ на секціи нейрологіи сообщилъ непонятый имъ „случай“ и въ заключеніе благодарилъ, профессора Raymond'a, будто-бы согласившагося съ нимъ въ пониманіи этого случая. Встаетъ проф. Raymond и небрежно заявляетъ докладчику, что тотъ его не понималъ, что онъ, напротивъ, считаетъ наблюденіе ошибочнымъ, заключенія навѣрными; докладчикъ совершенно растерялся. Очевидно, этого тягостнаго происшествія не было-бы, если-бы Raymond—предсѣдатель секціи—просмотрѣлъ-бы докладъ; докладчикъ безропотно подчинился-бы столь авторитетному въ его глазахъ Raymond'у.

Обиліе мало содержательныхъ, напр. казуистическихъ, докладовъ весьма вредило дѣлу, у многихъ отбило охоту посѣщать засѣданія секціи; на одномъ засѣданіи секціи по нейрологіи я

насчиталъ 27 членовъ; едва-ли больше было на послѣднихъ засѣданіяхъ секціи психіатріи.

Способствовать сближенію товарищей этотъ конгрессъ не могъ уже потому, что хозяева подавали примѣръ небрежнаго отношенія къ дѣлу. Хотя бюро каждой секціи состояло изъ нѣсколькихъ болѣе или менѣе извѣстныхъ специалистовъ, однако на засѣданіяхъ присутствовали или одинъ секретарь, или же одинъ изъ членовъ бюро и секретарь Хозяева даже не потрудились явиться на послѣднее засѣданіе, чтобы попрощаться съ своими гостями. Гости были вполнѣ предоставлены самимъ себѣ: хозяева даже и не пытались быть любезными.

Празднествъ было достаточно; французскіе врачи устроили вечеръ для гостей въ Люксембургскомъ дворцѣ, но такъ какъ приглашенныхъ было, по крайней мѣрѣ, вдвое больше, чѣмъ могло вмѣститься въ залахъ дворца, то давка, толкотня и духота были ужасныя. Ни хозяевъ, ни распорядителей не было замѣтно. Блестящій приемъ былъ у Президента Республики; на приемѣ въ Городской Думѣ было гораздо меньше членовъ, чѣмъ въ Люксембургскомъ дворцѣ; вѣроятно многіе испугались повторенія давки, бывшей въ Люксембургскомъ дворцѣ.

Правленіе Съѣзда предложило даровой возвратный билетъ по французскимъ желѣзнымъ дорогамъ, но эта льгота была обставлена такими неудобными формальностями, что я не встрѣтилъ ни одного товарища, пожелавшаго воспользоваться этимъ правомъ. Членамъ съѣзда былъ выданъ билетъ на бесплатный входъ на выставку, но на билетѣ было написано, что передача этого билета другому лицу преслѣдуется закономъ. Входный билетъ стоитъ всего 15 копѣекъ (40 сантимовъ) и потому право бесплатнаго входа не имѣло значенія; напротивъ, этотъ билетъ на бесплатный входъ причинялъ только расходы и неприятели, такъ какъ онъ давалъ право на бесплатный входъ только черезъ двое воротъ; чтобы дойти до одного изъ этихъ входовъ, нужно заплатить извозчику 60 к. и потерять 15—30 минутъ времени.

Правленіе Съѣзда рекомендовало членамъ агентства для найма помѣщеній; послѣднія такъ безцеремонно хотѣли нажитися на счетъ иностранцевъ, что даже не бывавшіе въ Парижѣ предпочитали обойтись безъ помощи рекомендованныхъ агентствъ.

На нашей секціи были организованы осмотры заведеній для душевно-больныхъ: (Sainte-Anne, Ville-Evrard, Dun-sur-Auron).

Всего членовъ конгресса было болѣе 6000; изъ нихъ русскихъ 805, германцевъ 572, англичанъ 222; австрійцевъ 141; французовъ было 2293. Французы любезнѣе всего были съ нѣмцами, которые и занимали повсюду первое мѣсто.

Было три общихъ собранія; на первомъ торжественномъ собраніи произносились пріветственныя рѣчи и, между прочимъ, говорилъ Вирховъ (Травматизмъ и инфекция).

На второмъ общемъ собраніи должны были прочесть свои доклады Vasselli (лечение тетануса подкожными впрыскиваніями карболовой кислоты), Sanderson (Нѣкоторые современные вопросы патологіи), Iacobi (Медицина и врачи въ Соединенныхъ Штатахъ), Albert (Архитектура костей человѣка и животныхъ); профессоръ Павловъ, обѣщавшій докладъ для перваго собранія „Экспериментальная терапія, какъ новый и весьма плодотворный методъ въ физиологіи“, не пріѣхалъ. Я не встрѣтилъ ни одного товарища, вполне разслышавшаго эти рѣчи, потому что акустика зала была дурна; такъ какъ я зналъ про акустику зала, то и не пошелъ на эти собранія.

На третьемъ собраніи премія Московской думы была присуждена Ramón-y-Sajal'ю, что прежде всего объясняется симпатіями французскихъ врачей къ испанскимъ; выборъ можно признать удачнымъ. Слѣдующій международный конгрессъ будетъ въ Мадридѣ въ 1903 г. Слѣдуетъ пожалѣть о столь неудачномъ выборѣ мѣста будущаго конгресса; въ Мадридѣ очень мало гостинницъ, приуроченныхъ къ нашимъ требованіямъ; остальные гостинницы, уже не говоря о мебели-

рованныхъ комнатахъ, могутъ удовлетворять только испанцевъ. Поэтому товарищи, рискнувшіе поѣхать въ Мадридъ, не обезпечивъ себѣ заранее подходящее помѣщеніе, будутъ сильно раскаяваться. Считаю необходимымъ объ этомъ предупредить товарищей.

Члены съѣзда получили хорошо составленныя и прекрасно изданныя (Masson) двѣ книги: Paris-Medical. (402 pp.) и Stations hydro-minerales climatériques et maritimes de la France (pp. 450); затѣмъ передъ утреннимъ засѣданіемъ раздавался бюллетень конгресса; тутъ были перечислены только названія сообщеній на этотъ день и напечатаны справочныя свѣдѣнія. На секціи психіатріи резюме докладовъ по программнымъ вопросамъ были напечатаны; только нѣкоторые авторы не программныхъ докладовъ напечатали резюме своихъ работъ. Конечно, нельзя обвинять бюро конгресса за то, что не были напечатаны резюме всѣхъ докладовъ; бюро виновато лишь въ томъ, что оно допускало безъ разбора всѣ доклады. Въ самомъ дѣлѣ: развѣ можно было напечатать резюме до 1500 сообщеній?

Секція психіатріи имѣла восемь засѣданій; кромѣ докладовъ по четыремъ программнымъ вопросамъ, было заявлено двадцать восемь сообщеній; но не всѣ сообщенія были доложены. Какъ я уже говорилъ, ни хозяева, ни гости не утруждали себя посѣщеніемъ засѣданій; нѣкоторыхъ членовъ бюро я не видалъ ни разу, другіе на минутку посѣщали засѣданія; о томъ, что Jolly и Hitzig въ Парижѣ, я узналъ только на одномъ празднествѣ; Benedikt'a и Ziehen'a я видѣлъ на секціи только одинъ разъ; повторяю, кресла, предназначенныя для членовъ бюро, были пусты такъ же, какъ и скамейки, назначенныя для гостей. Особенно грустное впечатлѣніе производили послѣднія засѣданія; повидимому, все большее число членовъ проникалось убѣжденіемъ, что не стоитъ посѣщать засѣданія. Право, это очень печально.

Засѣданія психіатрической секціи были открыты рѣчью предсѣдателя Magnan'a. Ораторъ прежде всего выразилъ

глубокое сожалѣніе по поводу смерти одного изъ докладчиковъ по програмному вопросу—о постельномъ режимѣ—профессора С. С. Корсакова, выдающагося ученаго и истиннаго филантропа. Затѣмъ онъ выразилъ сожалѣніе по поводу смерти Dr. Bouchereau, члена бюро секціи.

Конгрессъ 1900 г. долженъ имѣть большое значеніе въ исторіи психіатріи. Психіатры всѣхъ странъ не только съ большимъ успѣхомъ участвуютъ въ общемъ прогрессѣ всей медицины и біологическихъ наукъ, но съ большой настойчивостью стремятся выработать раціональную терапію душевныхъ болѣзней и провести въ жизнь всѣ разумные способы призрѣнія душевно-больныхъ. Клиническая психіатрія, чуждая метафизическихъ спекуляцій психологовъ, ограничивающихся самонаблюденіемъ, изучаетъ не только отдѣльныя проявленія болѣзней, но стремится понять болѣзни въ ихъ цѣломъ, въ ихъ развитіи.

Патологическая анатомія и фізіологія выяснили намъ локализацию мозговой коры, вслѣдствіе чего мы уже можемъ объяснить опредѣленные патологическія расстройства пораженіемъ опредѣленныхъ мозговыхъ центровъ. Примѣненіе опыта въ психологіи обогатило наши знанія о простѣйшихъ психическихъ процессахъ мышечныхъ, о зрительныхъ, слуховыхъ, вкусовыхъ, обонятельныхъ и осязательныхъ ощущеніяхъ. Прекрасныя изслѣдованія Ribot о памяти, волѣ, личности, вниманіи показываютъ, какъ плодотворны объективные методы и какъ много они разъясняютъ вопросовъ въ психіатріи.

Удивительныя открытія Pasteur'a, работы Bouchard'a о питаніи, Gautier о химическомъ обмѣнѣ открыли передъ нами самыя обширныя горизонты. Возникло ученіе объ инфекціи, о самоотравленіи, и нѣкоторыя психическія расстройства уже объясняются этими причинами; послѣднія могутъ лежать въ основѣ психической спутанности, амнезій, психической тупости, но они не могутъ вызвать чистый психозъ, систематическій бредъ, манію, меланхолію, импульсы, навязчивыя идеи.

Наблюденія, приписываюція инфекціямъ, діатезамъ, пораженіямъ внутреннихъ органовъ различные психозы, вызываютъ сомнѣніе уже потому, что одно и то же отравленіе не можетъ вызывать различныхъ явленій. Правда, разнообразіе душевныхъ разстройствъ, конечно, зависитъ отъ разнообразія почвы, на которую воздѣйствуетъ ядъ. Такъ, алкоголь у нормальныхъ, здоровыхъ людей всегда вызываетъ одни и тѣже патологическія разстройства; но у лицъ, обремененныхъ патологической наслѣдственностью, у вырождающихся алкоголь вызываетъ всѣ клиническія формы, начиная съ меланхоліи и маніи и кончая бредомъ преслѣдованія.

Вышеупомянутыя научныя открытія не только обратили вниманіе психіатровъ на соматическія разстройства при душевныхъ болѣзняхъ, но и вызвали новыя терапевтическіе методы—опотерацію, электротерапію, гиподермическій методъ, примѣненіе хирургіи.

Всѣ психіатры согласны въ томъ, что необходимо расширить, улучшить и измѣнить способы призрѣнія душевныхъ больныхъ. Переполненіе заведеній для душевно-больныхъ всѣми признано. Прежде всего необходимо больныхъ, страдающихъ старческимъ слабоуміемъ, слабоуміемъ вслѣдствіе органическаго пораженія мозга (*les dements organiques*), неопасныхъ хрониковъ не помѣщать въ заведенія для душевно-больныхъ. Этихъ больныхъ нужно призрѣвать на дому, или въ пріютѣ. Особенно удобно для этихъ больныхъ семейное призрѣніе въ колоніяхъ, по шотландскому образцу или по образцу Гееля. Понятно, что среди такой колоніи долженъ быть госпиталь.

Затѣмъ слѣдуетъ освободить заведенія для душевно-больныхъ отъ эпилептиковъ и алкоголиковъ; первые должны призрѣваться въ земледѣльческихъ колоніяхъ; во время припадковъ ихъ нужно переводить въ больницу. Для алкоголиковъ должны быть устроены особыя больницы.

Такимъ не слѣдуетъ помѣщать въ заведенія для душевно-больныхъ идіотовъ и больныхъ, страдающихъ врожден-

нымъ слабоуміемъ; для нихъ нужны большія пріюты, гдѣ ихъ лечили-бы и учили-бы; Bourneville въ Бисетрѣ уже осуществилъ образецъ для такихъ заведеній.

Наконецъ, такъ называемые преступные душевно-больные, а именно вырождающіеся нравственно-слабоумные не должны быть помѣщаемы въ заведенія для душевно-больныхъ; для нихъ необходимы заведенія по образцу Бродмура.

Если заведенія для душевно-больныхъ будутъ освобождены отъ всѣхъ этихъ больныхъ, тогда они будутъ въ состояніи выполнять свою задачу; содержаніе въ постели, не стѣсненіе, открытыя двери—вотъ главные способы леченія и ухода за душевно-больными. Заведеніе для душевно-больныхъ должно состоять изъ больницы для острыхъ душевно-больныхъ, наблюдательнаго отдѣленія (*quartier de surveillance*) для покойныхъ, но опасныхъ больныхъ, и колоніи съ открытыми дверями для выздоравливающихъ.

Первый программный вопросъ былъ: психозы періода половой зрѣлости; по этому вопросу было представлено три доклада—Morro, Jules Voisin и Ziehen.

Morro особенно настаиваетъ на томъ, что въ періодѣ половой зрѣлости происходитъ ослабленіе организма вслѣдствіе измѣненій въ общемъ метаморфозѣ; въ этомъ періодѣ повышается въ общемъ метаморфозѣ расходъ бѣлка и солей; этотъ усиленный расходъ вызываетъ усиленную работу пищеварительныхъ органовъ и временное уменьшеніе общей сопротивляемости организма, что и выражается усиленной заболѣваемостью. Понятно поэтому, что какъ врожденные причины, такъ и случайныя, въ этомъ періодѣ легко вызываютъ душевныя болѣзни. Специфической болѣзнію этого возраста слѣдуетъ считать гебефрению; въ этой болѣзни есть симптомы, наблюдаемые и при другихъ болѣзняхъ, но только въ гебефрениі всѣ эти симптомы соединены вмѣстѣ. Какъ клиническія проявленія, такъ и патолого-анатомическія изслѣдованія указываютъ, что патолого-анатомическій субстратъ гебефрениі—это пораженіе мозговой коры и мягкой мозговой обо-

лочки. Съ большою вѣроятністю можно допускать, что причина гебефрениі самоотравленіе, обусловленное разстройствомъ пищеварительныхъ органовъ. Необходимо тщательно устранять для предохраненія отъ заболѣванія въ возрастѣ полового созрѣванія всѣ ослабляющіе моменты, а именно: физическое и умственное утомленіе; особенно опасны половыя злоупотребленія.

J. Voisin считаетъ періодъ половой зрѣлости отъ 12—14 лѣтъ до 22; въ этомъ возрастѣ всѣ вредныя условія дѣйствуютъ сильнѣе, особенно на лицъ, предрасположенныхъ къ заболѣванію душевными болѣзнями. Неправильныя менструаціи, недостаточное питаніе, очень продолжительная работа, какъ физическая, такъ и умственная, инфекціонныя болѣзни, нравственныя потрясенія—вотъ главныя причины душевныхъ болѣзней въ этомъ возрастѣ. Эти причины вызываютъ заболѣваніе у лицъ, обремененныхъ патологической наслѣдственностью; это доказывається картиной болѣзней, развивающихся въ этомъ возрастѣ: возбужденіе смѣняется угнетеніемъ, часто наблюдается періодичность въ теченіи болѣзни, часты импульсивныя состоянія. Болѣзни этого возраста весьма разнообразны; наблюдаются чистые психозы, душевный распадъ, психозы вырожденія, нейропсихозы, токсическіе психозы. Авторъ предлагаетъ классификацію психозовъ половой зрѣлости; въ ней перечислены почти всѣ душевныя болѣзни. Въ этомъ возрастѣ могутъ развиваться всѣ психозы; гебефрениа, какъ отдѣльная форма не существуетъ; гебефренией слѣдуетъ называть случаи слабоумія. Психозы, развивающіеся въ началѣ этого періода, менѣе спасны, чѣмъ развивающіеся въ теченіи или концѣ этого періода. Первые слѣдуетъ называть психозами половой зрѣлости, вторые психозами возмужанія (*d'adolescence*).

Чистые психозы, развивающіеся въ этомъ возрастѣ, протекають нетипично и въ половинѣ случаевъ оканчиваються выздоровленіемъ. Меланхоліа чаще всего сопровождается ступоромъ; весьма часты импульсивныя состоянія, навязчивыя



идей, галюцинаціи, по содержанію опасныя для окружающихъ; также часто наблюдаются мистицизмъ и онанизмъ.

Манія часто переходитъ въ моріа (moria) и рѣдко оканчивается выздоровленіемъ. Гебефрениа проявляется въ двухъ формахъ—въ тяжелой и легкой. Тяжелая форма характеризуется ступоромъ, слабоуміемъ, спутанностью, иногда протекаетъ, какъ кататонія. Легкая форма гебефрениа или раннее простое слабоуміе должно быть отличаемо отъ прогрессивнаго паралича и эпилептического слабоумія Юношескій прогрессивный параличъ отличается отъ прогрессивнаго паралича взрослыхъ отсутствіемъ бреда величія и болѣе медленнымъ теченіемъ.

Ziehen основываетъ свои выводы на изученіи почти четырехсотъ случаевъ душевныхъ болѣзней въ возрастѣ между 13 и 21 годами. Въ этомъ возрастѣ особенно часты заболѣванія душевными болѣзнями. Причины этихъ заболѣваній—наслѣдственность, анэмія, переутомленіе (тѣлесное и умственное), острия инфекціонныя болѣзни, половыя злоупотребленія. Почти всѣ психозы наблюдаются въ этомъ возрастѣ; вліяніе возраста проявляется въ относительно болѣшемъ заболѣваніи нѣкоторыми психозами и часто въ теченіи болѣзни. Гебефрениа—болѣзнь рѣдкая.

Наиболѣе часто въ этомъ возрастѣ развиваются: циркулярное помѣшательство, манія, меланхолія, острая галюциаторная параноя (аменція), истерическое помѣшательство, эпилептическое помѣшательство. Возрастъ придаетъ этимъ заболѣваніямъ особый характеръ, а именно: часто наблюдаются—крайняя подвижность аффективныхъ разстройствъ (аффективная диссоціація), несоотвѣтствіе между аффективными разстройствами и измѣненіями мимики (гебефреническая парамимія), безсвязность (Incohaerenz) не только бредовыхъ идей, но и вообще мышленія, стереотипность мимики и рѣчи, нелогичность, фантастичность бредовыхъ идей, ясно выраженное циркулярное теченіе болѣзни, прогрессирующее слабоуміе.

Вообще предсказаніе психозовъ возраста половой зрѣлости гораздо хуже, чѣмъ психозовъ, развившихся въ послѣдующихъ періодахъ жизни. Лечение этихъ психозовъ ничѣмъ не отличается отъ леченія душевныхъ болѣзней вообще. Только необходимо избѣгать постельнаго режима <sup>1)</sup>; онъ примѣнимъ только въ случаяхъ крайняго истощенія. Весьма полезна для этихъ больныхъ правильно распредѣленная по днямъ и часамъ работа. Примѣненіе наркотическихъ средствъ должно быть, по возможности, ограничено. Слѣдуетъ съ крайней осторожностью помѣщать взрослыхъ больныхъ вмѣстѣ съ больными юношескаго возраста <sup>2)</sup>.

По поводу этихъ трехъ больныхъ были сдѣланы замѣчанія многими членами.

Benedikt въ блестящей и остроумной рѣчи указалъ на значеніе половой жизни въ развитіи психозовъ юношескаго возраста. Врачи мало знаютъ о значеніи этого момента, потому что не умѣютъ добиться откровенности со стороны юношей, а особенно дѣвушекъ, которыя, понятно, крайне скрытны въ этомъ отношеніи. Неудовлетворенность половых желаній въ очень многихъ случаяхъ крайне вредно вліяетъ на состояніе здоровья, а теперь именно очень многія дѣвушки обречены на половое воздержаніе. Это обстоятельство, конечно, весьма замѣтно вліяетъ на ужасающее увеличеніе числа неврастеничекъ, истеричекъ и т. п. Половые излишества также, хотя и не такъ часто, бываютъ причиной нервныхъ и душевныхъ болѣзней. Аномаліи половой жизни являются также предвѣстниками грядущихъ заболѣваній, и лица, надѣленные слабыми половыми влеченіями, потомъ за-

---

<sup>1)</sup> Мнѣ было особенно пріятно узнать, что Ziehen пришелъ къ тому же заключенію относительно примѣненія постельнаго режима у этихъ больныхъ, какой я высказалъ въ моемъ докладѣ на VII-мъ сѣздѣ врачей въ Казани. (Нейрологическій Вѣстникъ. 1899 г. № 4).

<sup>2)</sup> Въ справедливости послѣдняго положенія я уже давно убѣдился; меня поражало половое стремленіе нѣкоторыхъ взрослыхъ больныхъ по отношенію къ больнымъ юношамъ.

болѣвають меланхоліей, ипохондріей и т. д. У лицъ, половыя влеченія которыхъ развиваются рано и сильно выражены, потомъ развиваются манія, истерія.

Ballet вполне справедливо указалъ на необходимость строго различать психозы полового созрѣванія, т. е. психозы, развивающіеся въ возрастѣ отъ 12—16 лѣтъ, и психозы возмужалости (d'adolescence), причины которыхъ должны быть совершенно другія. Гебефрения—это болѣзнь періода полового созрѣванія, а кататонія болѣзнь періода возмужалости.

А. А. Токарскій выяснилъ, что психозы половой зрѣлости характеризуются вполне для нихъ специфическими симптомами (театральныя позы, патетическая декламація и т. п.). Въ этомъ періодѣ развиваются душевныя болѣзни, не представляющія ничего типическаго, и потому ихъ не слѣдуетъ смѣшивать съ тѣми заболѣваніями, которыя бывають только въ этомъ періодѣ.

Regis настаиваетъ на томъ, что кататонія, столь характерная для этого возраста, обусловлена самоотравленіемъ, зависящемъ отъ пораженія почекъ.

Къ этимъ прогномнымъ докладамъ примыкаетъ сообщеніе Cullerre'a „Прогнозъ при психозахъ возраста половой зрѣлости“.

Авторъ собралъ 120 случаевъ этихъ психозовъ; исходъ болѣзни былъ слѣдующій:

1) Умерло трое больныхъ.

2) Раннее слабоуміе развилось въ 33 случаяхъ; у 18 больныхъ слабоуміе развилось послѣ перваго припадка болѣзни, у 9 послѣ втораго, у 2 послѣ третьяго, въ 4 случаяхъ развился систематизированный бредъ и ослабленіе душевныхъ силъ.

3) Въ 20 случаяхъ были періодическіе психозы.

4) Въ 25 случаяхъ были возвраты болѣзни; отдѣльныя приступы были непродолжительны и оканчивались поправленіемъ.

5) 9 случаевъ помѣшательства съ сознаниемъ (*folies avec conscience*); навязчивыя и импульсивныя состоянія; болѣзнь длилась всю жизнь.

6) Въ 30 случаяхъ авторъ не могъ узнать о дальнѣйшемъ теченіи болѣзни.

Такимъ образомъ предсказаніе относительно исхода отдѣльнаго заболѣванія весьма благопріятно, а именно—въ 79% послѣдовало поправленіе; предсказаніе относительно отдаленнаго будущаго крайне неблагопріятно; этимъ болѣзнымъ угрожаетъ слабоуміе, рецидивы, періодическая форма болѣзни.

По моему мнѣнію, докладъ Cullere'a выяснилъ намъ самый важный вопросъ, а именно—предсказаніе относительно этихъ психозовъ. Все остальное намъ было извѣстно, и я не думаю, чтобы настоящій конгрессъ подвинулъ впередъ ученіе о психозахъ половой зрѣлости.

Второй програмный вопросъ—патологическая анатомія идиотизма,—по моему мнѣнію, былъ намѣченъ неудачно; во первыхъ, большинство психіатровъ мало знакомы съ этою темою и мало ею интересуются; во вторыхъ, современныя свѣдѣнія о патологической анатоміи настолько несовершенны, что никакихъ общихъ, имѣющихъ значеніе, заключеній по этому вопросу дѣлать нельзя. Это ясно выразилось тѣмъ, что докладчики неодинаково поняли поставленный вопросъ и дѣлали совершенно различныя опыты.

И. П. Мержеевскій ограничился въ резюме своего доклада описаніемъ одной изученной имъ формы патолого-анатомической картины идиотизма. Какъ извѣстно, И. П. Мержеевскій первый описалъ эту форму въ 1877 г. Сущность измѣненій состоитъ въ недостаточномъ развитіи бѣлаго вещества; сѣрое вещество, напротивъ, развито болѣе нормальнаго.

Недостаточность бѣлаго вещества восполняется усиленнымъ развитіемъ сѣраго, вслѣдствіе чего сѣрый слой достигаетъ большой толщины. Въ однихъ случаяхъ всѣ отдѣльные слои сѣраго вещества развиты правильно, въ другихъ нѣтъ

правильности въ распредѣленіи слоевъ и нѣтъ гигантскихъ клѣтокъ.

Слѣдовательно идиотизмъ можетъ быть при богатствѣ мозга сѣрымъ веществомъ и нервными клѣтками; идиотизмъ въ этихъ случаяхъ объясняется недостаточностью соединительныхъ путей, отсутствіемъ гармоніи между отдѣльными частями мозга. Въ случаѣ И. П. Мержеевского между четвертымъ слоемъ мозговой коры и *stratum semiovale* имѣлся широкій слой нейробластовъ; это указываетъ на остановку въ развитіи нѣкоторыхъ частей мозговой ткани, обусловившую недостаточную функцію нервной системы. Въ слой нейробластовъ встрѣчаются иногда полиморфныя клѣтки. Нейробласты могутъ подъ вліяніемъ благоприятныхъ условій развиться, превратиться въ нервныя клѣтки, правильно функционирующія. Этимъ объясняются случаи глубокаго идиотизма, повидимому совершенно безнадежныя, въ которыхъ непонятнымъ намъ образомъ наступаетъ значительное улучшеніе: идиотъ какъ-бы просыпается отъ глубокаго сна; конечно, навсегда сохраняются признаки болѣе или менѣе значительнаго слабоумія.

Къ сожалѣнію, И. П. Мержеевскій не пріѣхалъ въ Парижъ, и его докладъ, сообщающій такъ много новаго, не былъ доложенъ.

Shuttleworth и Beach ограничились въ своемъ докладѣ классификаціей идиотизма въ зависимости отъ патолого-анатомическихъ измѣненій. Они дѣлятъ всѣ случаи на три группы: 1) Врожденные пороки образованія. 2) Пороки образованія, появившіеся въ періодъ развитія. 3) Приобрѣтенныя пороки.

Первую группу составляютъ: 1) Микроцефалія. 2) Гидроцефалія. 3) Скафоцефалія. 4) Несовершенное образованіе тканей, костей, кожи, слизистыхъ оболочекъ и иногда сердца. 5) Неправильное образованіе извилинъ мозга. 6) Врожденная слѣпота (amaurose). 7) Спорадическій кретинизмъ—неправильное развитіе щитовидной железы и ея отсутствіе. 8) Пороки

развитія нѣкоторыхъ частей мозга, напр. мозолистого тѣла, порэнцефалія.

Вторую группу составляютъ: 1) Эклампсія; случаи кровоизліянія или воспалительныхъ пораженій. 2) Случаи эпилепсіи, описанныя Bevan Levis, Batty Tuke и Echeverria. 3) Сифилисъ головного мозга и юношескій пригрессивный параличъ. 4) Случаи паралича, въ которыхъ имѣются дегенеративныя измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ и атрофія мозга.

Третью группу составляютъ: 1) Случаи травматизма мозга, происшедшаго во время родового акта, обусловленнаго сдавленіемъ вслѣдствіе узости таза, наложенія щипцовъ, а также произведеннаго случайными причинами. 2) Случаи воспаленій вслѣдъ за лихорадочными болѣзнями. 3) Склеротическій идіотизмъ.

Bourneville ограничивается менѣ сложной классификаціей; онъ также въ основу классификаціи кладетъ патологоанатомическія измѣненія: 1) Идіотизмъ, какъ симптомъ хроническаго менингита (*Idiotie meningitique*). 2) Идіотизмъ, какъ симптомъ хроническаго менинго-энцефалита (*Idiotie méningo-encéphalitique*). 3) Идіотизмъ, какъ симптомъ гипертрофическаго склероза или туберкулеза. 4) Идіотизмъ, какъ симптомъ атрофическаго склероза. 5) Идіотизмъ, обусловленный фокусными пораженіями мозга. 6) Идіотизмъ, какъ симптомъ гидроцефалія (*Idiotie hydrocephalique*). 7) Идіотизмъ съ пахидермической кахексіей (*Idiotie myxoedemateuse*). 8) Идіотизмъ, какъ симптомъ остановки въ развитіи мозга и врожденныхъ пороковъ развитія (истинная порэнцефалія, отсутствіе мозолистого тѣла и т. д.). 9) Идіотизмъ, какъ симптомъ микроцефалія.

Понятно, что при всемъ желаніи, слушатели не могли удержать въ памяти всѣ эти формы и названія, почему чтеніе этихъ двухъ докладовъ было совершенно бесполезно. Насколько удовлетворительны эти классификаціи и какая изъ нихъ лучше,—судить не берусь, но думаю, что ни одна изъ нихъ не будетъ принята въ наукѣ.

Въ дополненіе къ своему докладу Bourneville показаль нѣсколько идіотовъ изъ своего отдѣленія въ Bicêtre'ѣ; по его словамъ, въ подтвержденіе которыхъ онъ привелъ исторіи болѣзни паціентовъ, благодаря леченію и раціональному обученію въ состояніи этихъ несчастныхъ послѣдовало значительное улучшеніе. Нужно признаться, что эти больные имѣли самый жалкій видъ, напр. не могли сами найти дверей, и трудно себѣ представить то состояніе, по отношенію къ которому было констатировано улучшеніе.

Понятно, что относительно докладовъ по второму программному вопросу никакихъ преній быть не могло. Въ самомъ дѣлѣ: что можно сказать по поводу этихъ классификацій? Philippe и Oberthur дополнили эти доклады сообщеніемъ: „Къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при идіотизмѣ“. При эсенціальномъ идіотизмѣ наблюдаются разлитое разращеніе нейроглии, периваскулярный склерозъ, пораженіе мягкой мозговой оболочки. При атрофическомъ склерозѣ всегда бываетъ болѣе или менѣе ясно выраженный менингитъ; около сосудовъ наблюдаются узловидныя образованія. Склерозъ и менингитъ всегда бывють при гидроцефалии и микроцефалии.

По третьему программному вопросу — „постельный режимъ“ — было представлено три доклада: С. С. Корсакова, Morel'я, Neisser'a.

Докладамъ предшествовала рѣчь Ritti, посвященная памяти С. С. Корсакова; ораторъ со свойственнымъ французамъ мастерствомъ очертилъ дѣятельность покойнаго, какъ ученаго, врача, преподавателя и филантропа. Д-ръ Баженовъ благодарилъ Ritti отъ лица русскихъ психіатровъ.

Резюме обширнаго доклада С. С. Корсакова было сообщено В. П. Сербскимъ.

1) Необходимо отличать постельный режимъ, какъ способъ ухода за душевно-больными, отъ постельнаго режима, какъ метода леченія.

2) Основные принципы постельнаго режима суть слѣдующіе: а) содержаніе въ постели понимается какъ необходимый элементъ леченія, б) содержаніе въ постели достигается не силою, а путемъ нравственнаго воздѣйствія и внушенія, 3) необходима соотвѣтственная организація надзора за больными. При этой системѣ можно рѣже пользоваться изоляціонными комнатами, что уже составляетъ прекрасное послѣдствіе этой системы.

3) Точное распредѣленіе времени пребыванія въ постели, прогулокъ и занятій необходимо при этой системѣ.

4) Постельный режимъ примѣняется въ общихъ палатахъ, но можетъ быть примѣненъ и въ изоляціонныхъ комнатахъ.

5) Главныя преимущества этой системы суть слѣдующія: бѣльшій порядокъ въ заведеніи, особенно переполненномъ, бѣльшая безопасность больных; наблюденіе и уходъ за больными болѣе удобны; изоляціонныя комнаты заняты рѣже. Болѣзни, характеризующіяся возбужденіемъ, протекають болѣе мягко. Въ заведеніяхъ, гдѣ примѣняется этотъ методъ, смертность отъ нѣкоторыхъ острыхъ психозовъ уменьшилась.

6) Вмѣстѣ съ этимъ способомъ ухода нужно пользоваться и другими, полезность которыхъ доказана.

7) Показанія къ примѣненію постельнаго режима еще не выработаны окончательно; необходимы новыя изслѣдованія, особенно о вліяніи режима на метаморфозъ.

8) Главное показаніе для примѣненія постельнаго режима—это возбужденіе. Продолжительное содержаніе не показуется относительно больныхъ съ вялою умственною дѣятельностью, апатичныхъ, анэмичныхъ и ованистовъ.

9) Примѣненіе этого метода должно быть строго индивидуализировано. Этотъ методъ особенно полезенъ при маніи, алкогольномъ бредѣ, спутанности и меланхоліи. Его необходимо примѣнять относительно больныхъ съ повышенной температурою, у истощенныхъ.



Горячимъ сторонникомъ постельнаго режима выступилъ Dr. Neisser.

Примѣненіемъ постельнаго режима мы доказываемъ, что мы смотримъ на сумасшедшихъ, какъ на больныхъ. Благодаря этому методу измѣнился наружный видъ заведеній для душевно-больныхъ; они стали похожи на больницы. Этотъ методъ долженъ примѣняться по отношенію ко всѣмъ возбужденнымъ больнымъ, ко всѣмъ больнымъ, поведеніе которыхъ беспорядочно, обращаетъ на себя вниманіе; форма болѣзни не имѣетъ значенія. Такъ какъ постельный режимъ облегчаетъ уходъ и леченіе, то его слѣдуетъ примѣнять даже тогда, когда неизлѣчимость больного очевидна. Постельный режимъ—это самый простой, самый естественный, самый общій терапевтическій пріемъ. Съ помощью этого метода мы даемъ заболѣвшему органу физическій покой, что такъ важно при всѣхъ острыхъ болѣзняхъ; этотъ методъ помогаетъ намъ сохранить остатки душевной жизни при неизлѣчимыхъ болѣзняхъ. Понятно, необходима индивидуализація при примѣненіи этого метода; въ большинствѣ случаевъ заболѣваній юношескаго возраста не слѣдуетъ долго пользоваться этимъ методомъ.

Постельный режимъ можетъ быть примѣняемъ во всѣхъ заведеніяхъ для душевно-больныхъ, какъ старыхъ, такъ и новыхъ. Такъ какъ при примѣненіи этого режима изоляціонныя комнаты употребляются гораздо рѣже, то при постройкѣ новыхъ заведеній не слѣдуетъ строить отдѣленій, состоящихъ только изъ изоляціонныхъ комнатъ. Для этого режима удобнѣе всего небольшія—кроватей на 20—отдѣленія, состоящія изъ трехъ - четырехъ уютныхъ комнатъ. Примѣненіе этого метода не требуетъ расходовъ, напротивъ обуславливаетъ даже небольшое сокращеніе расходовъ; особенно замѣтна экономія въ расходахъ на бѣлье и платье.

Mogel въ своемъ докладѣ устанавливаетъ слѣдующія показанія для примѣненія постельнаго режима и слѣдующія желанія для того, чтобы этотъ режимъ приносилъ наибольшую пользу:

1) Постельный режимъ необходимъ для всѣхъ острыхъ больныхъ и для хрониковъ въ періоды возбужденія и угнетенія.

2) Онъ необходимъ для больныхъ съ расстройствами общаго питанія.

3) Наконецъ, его слѣдуетъ примѣнять по отношенію къ больнымъ, дурно ведущимъ себя, больнымъ нечистоплотнымъ, отказывающимся отъ пищи, съ стремленіемъ къ самоубійству, разрушенію и т. п.

Для того, чтобы этотъ методъ достигалъ цѣли, необходимо:

1) Чтобы въ заведеніяхъ для душевно-больныхъ было достаточно врачей-спеціалистовъ.

2) Чтобы врачи жили въ заведеніи.

3) Чтобы мѣры стѣсненія употреблялись только въ рѣдкихъ и исключительныхъ случаяхъ.

4) Чтобы врачи обучали прислугу уходу за больными, какъ теоретически, такъ и практически.

5) Чтобы служителя были хорошо обезпечены.

6) Чтобы зданія и устройство заведеній для душевно-больныхъ были вполне приспособлены для своей цѣли, были комфортабельны.

Наиболѣе горячими сторонниками этого метода были Garnier и Magnan. Dr. Garnier заявилъ, что онъ не узнаетъ отдѣленія своего знаменитаго учителя Dr. Magnan'a съ тѣхъ поръ, какъ тамъ введенъ постельный режимъ. Но для того, чтобы этотъ режимъ измѣнилъ весь видъ отдѣленія, нужно такъ слѣдить за больными, такъ ухаживать за ними, такъ вліять на нихъ, какъ этотъ извѣстный психіатръ.

Другіе члены не раздѣляли оптимизма Garnier и Magnan'a. Dr. Doutrebente убѣдился, что при прогрессивномъ параличѣ и юношескихъ психозахъ содержаніе въ кровати даетъ дурные результаты; при острой маніи этотъ методъ даетъ болѣе благоприятные результаты.

Briand пришелъ къ заключенію, что этотъ методъ не примѣнимъ по отношенію къ нѣкоторымъ паралитикамъ; приходится прибѣгать къ силѣ, что можетъ быть опасно.

Mairet и Ardin-Delteil познакомили секцію съ результатами примѣненія этого метода въ ихъ заведеніи для душевно-больныхъ женщинъ.

Постельный режимъ при хроническихъ болѣзняхъ (35 случаевъ) не принесъ ни малѣйшей пользы; ни продолжительное—до шести мѣсяцевъ—ни кратковременное содержаніе въ постели ни вліяло благотворно на больныхъ. Постельный режимъ примѣнялся у 55 больныхъ съ острыми заболѣваніями; въ 11 случаяхъ, т. е. въ 20 0/0, послѣдовало выздоровленіе; въ 35 случаяхъ пришлось отказаться отъ примѣненія этого метода вслѣдствіе того, что двухъ-трехъ мѣсячное содержаніе не вело къ улучшенію, вслѣдствіе анэміи, потери аппетита, уменьшенія вѣса, головныхъ болей, головокруженій, онанизма, нечистоплотности, усиленія бреда. Сравнивая 0/0 выздоровленій по отношенію къ числу поступленій тѣхъ-же самыхъ формъ душевныхъ болѣзней, оказывается, что въ 1887, 1888, 1889 годахъ, когда постельный режимъ не примѣнялся, 0/0 выздоровленій были 42 0/0, 46 0/0, 43 0/0; при примѣненіи постельнаго режима 0/0 выздоровленій были 20 0/0; если даже присоединить сюда 13 больныхъ изъ 35, выздоровѣвшихъ послѣ отбѣвы этого метода леченія, 0/0 выздоровленій окажется 43 0/0. Слѣдовательно вліяніе метода на число выздоровленій, по меньшей мѣрѣ, не доказано.

Я высказалъ, что примѣненіе этого метода въ теченіи девяти лѣтъ въ Юрьевской клиникѣ привело меня къ слѣдующимъ заключеніямъ: этотъ методъ не вліяетъ ни на число выздоровленій, ни на продолжительность болѣзни; его не слѣдуетъ примѣнять при юношескихъ психозахъ и у нѣкоторыхъ паралитиковъ; какъ способъ ухода за больными, постельный режимъ оказываетъ благотворные результаты, измѣняетъ къ лучшему весь строй заведеній для душевно-больныхъ.

Magnan возразилъ на мое замѣчаніе, что постельный режимъ, какъ онъ убѣдился наблюденіемъ въ теченіи трехъ послѣднихъ лѣтъ, оказываетъ крайне благотворное вліяніе на теченіе нѣкоторыхъ душевныхъ болѣзней, напр. острая манія

принимаетъ характеръ подь-острой; этотъ режимъ измѣнилъ характеръ болѣзней и больныхъ и вообще оказываетъ самое прекрасное вліяніе.

Затѣмъ Magnan, какъ предѣлатель, предложилъ секціи высказать пожеланіе, чтобы при постройкѣ новыхъ заведеній устраивали, по возможности, меньше изоляціонныхъ комнатъ, что и было принято большинствомъ. Въ виду крайней малочисленности членовъ, участвовавшихъ въ этомъ засѣданіи, едва ли это пожеланіе имѣетъ значеніе.

По четвертому программному вопросу—„Половые извращенія навязчивыя (*obsédantes*) и импульсивныя въ судебно-медицинскомъ отношеніи“—было представлено два доклада—Garnier и Krafft Ebing'омъ (авторъ не пріѣхалъ и докладъ былъ прочтенъ Obersteiner'омъ). Третій докладчикъ Morselli докладъ не прислалъ и въ Парижъ не пріѣхалъ.

Въ своемъ обширномъ докладѣ Paul Garnier прежде всего описываетъ и опредѣляетъ навязчивыя состоянія и импульсы <sup>1)</sup>. Навязчивое состояніе—это разновидность психического автоматизма, съ сознаниемъ, возникаетъ пароксизмами, при этомъ подь вліяніемъ чувствованій въ умѣ возникаетъ идея, слово, образъ; субъектъ не можетъ изгнать изъ своего ума эти навязчивыя представленія; душевная борьба сопровождается пѣтомъ, сердцебіеніемъ и другими физическими проявленіями.

Импульсъ—это двигательное возбужденіе въ направленіи желаемого акта; это желаніе не обусловлено идеями бреда; сознаніе порицаетъ это желаніе, тѣмъ не менѣе иногда желаніе подчиняетъ себѣ волю, становится непобѣдимымъ.

Авторъ такъ классифицируетъ навязчивыя и импульсивныя половыя извращенія: 1) эксгибиціонизмъ, 2) фетишизмъ, 3) садизмъ, 4) уранизмъ, 5) эротоманія; сюда же слѣдуетъ

---

<sup>1)</sup> Obsession, я думаю, правильнѣе всего переводить—навязчивое состояніе; навязчивый процессъ или актъ—выраженія менѣе удобныя, т. к. не содержатъ признака пассивности.

относить мазохизмъ или пассивизмъ, но это явленіе не имѣетъ значенія въ судебно-медицинскомъ отношеніи.

Экспозиціонизмъ—это навязчивое и половое извращеніе, характеризующееся неудержимой потребностью публично и обыкновенно въ опредѣленномъ мѣстѣ и въ опредѣленное время показывать свои половые органы, безъ какой либо попытки совершить половой актъ; совершивъ этотъ поступокъ, субъектъ чувствуетъ себя удовлетвореннымъ въ половомъ отношеніи.

P. Garnier много лѣтъ состоитъ врачомъ пріемнаго покоя для душевно-больныхъ Парижской полиціи и потому обладаетъ большою судебно-медицинскою опытностью, такъ какъ наблюдалъ много душевно-больныхъ, совершившихъ преступленіе. Онъ сообщилъ исторію одного купца—экспозиціониста, выставлявшаго свои половые органы въ церквахъ; онъ долженъ былъ прекратить торговлю, переѣзжать изъ города въ городъ, разорился, былъ нѣсколько разъ наказанъ.

Фетицизмъ—это импульсивное и навязчивое половое извращеніе, состоящее въ томъ, что только какой либо опредѣленный предметъ, или какая либо часть тѣла или непосредственно, или какъ представленіе, вызываютъ половое возбужденіе.

Патологическій садизмъ—это импульсивное и навязчивое половое извращеніе, характеризующееся тѣмъ, что половое возбужденіе возможно только при созерцаніи или представленіи страданія; при отсутствіи страданія жертвы полного полового возбужденія не бываетъ.

*Полное* извращеніе полового инстинкта, навязчивое и импульсивное, состоитъ въ неудержимомъ стремленіи къ половымъ актамъ съ лицомъ того же пола; половой актъ невозможенъ съ лицомъ другого пола.

Эротоманія—чисто психическая форма патологической любви; навязчивое половое извращеніе состоитъ въ томъ, что больной неудержимо стремится къ объекту своей любви; возникаютъ иллюзіи бредового характера; половыхъ желаній нѣтъ.

Какъ навязчивыя состоянія и импульсы, такъ и половыя извращенія суть проявленія вырожденія. Всѣ лица, обвиненныя въ преступленіяхъ, обусловленныхъ извращеніемъ полового чувства, должны быть изслѣдованы въ судебномедицинскомъ отношеніи; если доказана неудержимость ихъ стремленій — они невмѣняемы. Рядомъ съ извращеніемъ полового чувства у дегенерантовъ почти всегда бываютъ другіе признаки ихъ патологической организаціи.

Krafft-Ebing признаетъ навязчивыя состоянія, импульсы и половыя извращенія проявленіями вырожденія. Необходимо отличать отъ навязчивыхъ импульсивныхъ половыхъ извращеній: 1) преступные половые акты, совершаемые лицами типичными въ умственномъ и нравственномъ отношеніи, 2) преступные половые акты дегенерантовъ съ половую гиперэстезіей, 3) половые преступные акты эпилептиковъ, алкоголиковъ въ состояніи измѣненнаго сознанія, 4) половые акты лицъ, у которыхъ нормальное половое чувство замѣнено извращеннымъ, которое и замѣняетъ собою нормальное чувство.

Въ истинныхъ извращеніяхъ главную роль играетъ половое безсиліе, сочетанное съ половой гиперэстезіей; у фетишистовъ и садистовъ извращенный половой актъ замѣняетъ невозможный, вслѣдствіе полового безсилія, нормальный половой актъ.

Распознаваніе этихъ извращеній возможно лишь постольку, поскольку можно убѣдиться въ вырожденіи испытуемаго; необходимо выяснить, насколько ненормальна его половая жизнь во всей ея совокупности. Такъ какъ навязчивыя состоянія рѣдко переходятъ въ поступки, то навязчивость при половыхъ извращеніяхъ еще не исключаетъ вмѣненія. Для того, чтобы установить невмѣняемость обвиняемаго, нужно доказать, что онъ не могъ бороться съ навязчивымъ желаніемъ, не могъ сопротивляться. Сопротивляемость можетъ быть ослаблена вслѣдствіе недостаточнаго развитія умственныхъ силъ, вслѣдствіе необычайно сильнаго полового возбужденія, напр. при продолжительномъ воздержаніи; сопротивляемость часто бываетъ ослаблена алкоголемъ.

Если доказано, что половое извращеніе импульсивно и навязчиво, то обвиняемый не долженъ быть наказанъ.

По поводу этихъ докладовъ Regis замѣтилъ, что нѣкоторые субъекты съ извращеніемъ полового чувства могутъ бороться съ своими желаніями и нерѣдко ихъ побѣждаютъ. Мои наблюденія также убѣдили меня, что такая борьба у нѣкоторыхъ лицъ оканчивается побѣдой надъ извращенными желаніями, когда они знаютъ объ угрожающихъ имъ неприяностяхъ.

О прогрессивномъ параличѣ было представлено пять докладовъ.

Joffroy и Gombault сообщили случай „Прогрессивный параличъ у субъекта, восемнадцать лѣтъ страдавшаго бредомъ преслѣдованія. Глубокія внутреннія и кожныя аналгезіи. Отсутствие измѣненій въ спинномъ мозгу“. Больной умеръ отъ рожи лица. При вскрытіи найдено утолщеніе мягкой мозговой оболочки; она не отдѣляется отъ коры лобныхъ и теменныхъ долей. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены измѣненія, по преимуществу въ лобныхъ доляхъ и около Роландовой борозды. Въ клѣткахъ мозговой коры много пигмента, въ большихъ пирамидальныхъ клѣткахъ мало хроматиновыхъ зеренъ. Въ спинномъ мозгу, въ переднихъ и заднихъ корешкахъ измѣненій не найдено.

По поводу этого доклада Lalanne сообщилъ, что онъ также наблюдалъ прогрессивный параличъ у дегенеранта, перенесшаго сифилисъ.

Arnaud познакомилъ насъ съ своею работою „О послѣднемъ періодѣ прогрессивнаго паралича и о сметри паралитиковъ“. Авторъ прослѣдилъ 47 случаевъ; 9 больныхъ умерло въ раннихъ періодахъ болѣзни отъ случайныхъ заболѣваній; 19 умерли, болѣе или менѣе долго пролежавъ въ постели; 19 умерли, оставаясь на ногахъ. Первые не могли оставаться на ногахъ, вслѣдствіе слабости, контрактуръ и спазматическихъ явленій; слѣдовательно только половина больныхъ переживаетъ послѣдній періодъ.

Изъ этихъ 38 больныхъ двое умерло отъ мазама и 36 отъ мозговыхъ припадковъ. Авторъ поэтому считаетъ мозговые припадки или инсульты не случайнымъ явленіемъ этой болѣзни, а присущими прогрессивному параличу.

Сообщеніе Regis и Lalanne'a „Объ онирическомъ происхожденіи бреда въ нѣкоторыхъ случаяхъ прогрессивнаго паралича“ состояло изъ четырехъ наблюдений. Развитію бреда предшествовали сновидѣнія, изъ содержанія которыхъ и развивался бредъ величія. Этотъ бредъ безсвязенъ, мало соотанъ съ личностью больного. Авторы полагаютъ, что этотъ способъ происхожденія далеко не рѣдокъ. При старческомъ слабоуміи бредъ также развивается изъ сновидѣній <sup>1)</sup>.

Lalanne сообщилъ свое изслѣдованіе „Произвольные переломы при прогрессивномъ параличѣ“.

Авторы наблюдали четыре случая произвольныхъ переломовъ; какъ изслѣдованіе обстоятельствъ, при которыхъ произошли переломы, такъ и изслѣдованіе лучомъ Рентгена привели Lalanne'a къ заключенію, что переломы произошли произвольно, и онъ думаетъ, что это явленіе далеко не рѣдко.

Мой докладъ „Истинная причина прогрессивнаго паралича“ состоялъ въ слѣдующемъ.

Истинная и единственная причина прогрессивнаго паралича—это нелеченный или недостаточно леченный сифилисъ. Тщательное изслѣдованіе доказываетъ, что всѣ паралитики или совершенно не лечились или лечились недостаточно отъ перенесеннаго ими сифилиса. Сифилитики, хорошо лечившіеся, крайне рѣдко заболѣваютъ прогрессивнымъ параличомъ. Патологическая наслѣдственность и вырожденіе не играютъ никакой роли въ этиологіи прогрессивнаго паралича; напротивъ, лица съ ясно выраженными признаками вырожденія очень рѣдко заболѣваютъ прогрессивнымъ параличемъ. Злоупотреб-

---

<sup>1)</sup> Этотъ фактъ прекрасно былъ описанъ Достоевскимъ (Дядюшкинъ сонъ), что и было объяснено въ моей работѣ «Достоевскій какъ психопатологъ». 1884.



леніе алкоголемъ не имѣеть значенія въ этиологіи прогрессивнаго паралича.

Д-ра Баженовъ и Грейденбергъ не согласились съ моими заключеніями. Lalanne замѣтилъ, что онъ наблюдалъ только четырехъ женщинъ, страдавшихъ прогрессивнымъ параличемъ; всѣ онѣ перенесли сифились. Regis вполне согласенъ съ моими выводами и подтвердилъ ихъ собственными наблюденіями. Онъ обратилъ вниманіе, что между монахами и ксендзами не мало дегенерантовъ, злоупотребляющихъ спиртными напитками, но очень рѣдко можно наблюдать прогрессивный параличъ у монаховъ и ксендзовъ.

Лучшимъ подтвержденіемъ моихъ положеній было, конечно, сообщеніе Joffroy и Gombault и замѣчаніе Lalanne'a по поводу этого сообщенія. Если въ Парижѣ такъ рѣдки заболѣванія дегенерантовъ прогрессивнымъ параличемъ, что докладчики нашли необходимымъ сообщить свой случай, при томъ мало убѣдительный, то ясно, что я вполне правъ, утверждая, что дегенеранты крайне рѣдко заболѣваютъ прогрессивнымъ параличемъ.

Наконецъ, упомяну о работѣ Faure'a „О видѣ и развитіи нѣкоторыхъ измѣненій въ клѣткахъ мозговой коры при общихъ болѣзняхъ, сопровождающихся душевными расстройствами“. Авторъ демонстрировалъ пятнадцать прекрасныхъ микроскопическихъ препаратовъ пирамидальныхъ клѣтокъ парацентральныхъ долей.

Faure изслѣдовалъ двѣнадцать мозговъ, принадлежавшихъ больнымъ, умершимъ отъ туберкулеза, крупозной пневмоніи, болѣзней печени, почекъ; у всѣхъ больныхъ наблюдались какъ, осложненіе основной болѣзни, болѣе или менѣе сильно выраженныя психическія расстройства. Въ пяти мозгахъ не было найдено никакихъ патологическихъ измѣненій. Въ семи мозгахъ пирамидальныя клѣтки найдены измѣненными; эти клѣтки имѣють шарообразный видъ, ядро по краямъ усѣяно зернами, края клѣтки не окрашиваются (методъ Nissl'я). Такъ какъ во всѣхъ семи случаяхъ измѣненія были

одни и тѣже, не смотря на то, что больные умерли отъ различныхъ болѣзней, то очевидно, что причина измѣненій была не сама болѣзнь, а отравленіе, производимое болѣзнями.

О другихъ сообщеніяхъ ничего сказать нельзя; нѣкоторые, можетъ быть и весьма содержательные, доклады были переданы такъ кратко и неясно, что я ихъ не понималъ; нѣкоторые сообщенія были такъ безсодержательны, что, при всемъ желаніи, я не понималъ, зачѣмъ авторы ихъ злоупотребляли нашимъ вниманіемъ.

Изъ 28 докладовъ по непрограмнымъ вопросамъ 16 принадлежали французамъ (изъ нихъ 3 Dr. Toulouse и 2 Dr. Hartenberg'у), 4 американцамъ (изъ нихъ 3 Dr. Hughes), 2 англичанину (Dr. Sutherland), 2 нѣмцамъ, два румынамъ, чеху и одинъ докладъ русскому.

1 Сентября 1900 г.

В. Чижъ.

