

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Трофическія разстройства кожи и слизистыхъ оболочекъ у истеричной ¹⁾.

(Изъ клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго университета. Директоръ — проф. Л. О. Даркшевичъ).

(Съ таблицей рисунковъ)

Д-ра мед. А. Ѳаворскаго.

Область трофическихъ разстройствъ представляется до сихъ поръ мало изслѣдованною, въ особенности въ смыслѣ механизма ихъ происхожденія. Клиническія наблюденія съ несомнѣнностью только указываютъ, что при различныхъ заболѣваніяхъ нервной системы, какъ периферическаго ея отдѣла, такъ и центральнаго, нерѣдко встрѣчаются пораженія кожи, мышцъ и даже костей. При этомъ такія страданія нервной системы далеко не всегда имѣютъ основу органическую. Иногда мы должны отнести ихъ къ страданіямъ динамическимъ. Какъ на примѣръ органическаго пораженія нервной системы, дающаго въ результатъ трофическія разстройства, можно указать на сириноміэлію и невриты. Яркимъ же доказательствомъ существованія трофическихъ разстройствъ при динамическомъ страданіи нервной системы являются трофическія разстройства кожи при различнаго рода невралгіяхъ и неврозахъ.

Намъ въ клиникѣ представился случай наблюдать истеричку, у которой явленія на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ были настолько интересными, что заслуживаютъ быть отмѣченными. Къ описанію этой больной я и перейду.

Больная Г., дѣвица, 16 лѣтъ, грамотная, была прислана 13-го октября 1898 года въ мѣстную нервную клинику изъ терапевтической клиники съ подозрѣніемъ на микседему.

Больная жаловалась на общую слабость, головную боль, отечность лица, шеи и верхней части груди и чувство скованности во

¹⁾ Доложено въ научномъ собраніи врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго университета, 5-го Марта 1903 года.

всѣхъ членахъ. Изъ разспроса больной было выяснено, что въ семьѣ ея никакихъ нервныхъ и душевныхъ заболѣваній не было. Отецъ умеръ послѣ продолжительной болѣзни (какой—неизвѣстно). Мать жива, но, очевидно, женщина нѣсколько нервная. Въ семьѣ больной было 12 человекъ дѣтей, изъ которыхъ наша больная по счету была 10-ю. Въ живыхъ изъ нихъ осталось семеро, остальные умерли въ возрастѣ отъ 7 до 20 лѣтъ. Указаній на туберкулезъ, сифилисъ и алкоголизмъ въ семьѣ нѣтъ. Г. до настоящаго заболѣванія ничѣмъ не страдала, въ дѣтствѣ судорогъ и припадковъ никакихъ не было. Она, по ея словамъ, *virgo intacta*, появленіе первыхъ регулъ отмѣчаетъ на 15-мъ году, причемъ никакихъ ненормальностей въ теченіи ихъ не было.

Начало своей болѣзни Г. относитъ къ январю 1897 года. Она рассказываетъ, что, проснувшись какъ-то утромъ, она замѣтила, что верхнія вѣки очень сильно распухли, а черезъ два дня появилась синева-красная окраска ихъ, которая постепенно становилась все выраженнѣе. Передъ этимъ злополучнымъ днемъ у больной не было никакихъ непріятностей или сильныхъ огорченій, а равно и простуды. Такъ дѣло обстояло до августа 1897 года, когда отекъ распространился съ вѣкъ по всему лицу и приобрѣлъ такую же окраску, какъ и на вѣкахъ. Съ этого времени начинаются головныя боли. Она обратилась послѣ этого за врачебною помощью въ мѣстную больницу, гдѣ ей были назначены теплыя ванны. Послѣ четырехъ ваннъ наступило какъ бы улучшеніе, но послѣ слѣдующихъ двухъ отеки лица снова усилились, самочувствіе ухудшилось, появилась слабость во всемъ тѣлѣ. Въ такомъ состояніи больная и выписалась изъ больницы; а черезъ два дня послѣ этого у нея отекали шея, грудь и руки. Цвѣтъ отека на груди и шеѣ тоже сталъ скорѣе синева-краснымъ. На рукахъ же этой окраски не было. Затѣмъ, появляется затрудненіе при разгибаніи рукъ въ локтевыхъ суставахъ. Г. должна была слечь въ постель. Головныя боли становятся очень мучительными, но не сопровождаются ни тошнотою, ни рвотою; тѣмъ не менѣе болѣе на отечныхъ мѣстахъ больная никогда не замѣчаетъ. Ноги въ это время не отекали. Послѣ шестинедѣльнаго пребыванія въ постели Г. стала чувствовать себя крѣпче, начала ходить; головныя боли почти исчезли; отекъ рукъ уменьшился, на лицѣ же, шеѣ и груди оставался въ прежнемъ видѣ и степени. За все это время больная не лечилась, а только, слѣдуя совѣтамъ окружающихъ, часто парилась въ банѣ, чему и приписывала наступившее улучшеніе, которое и длилось до 1-го февраля 1898 года. Тутъ снова безъ всякаго видимаго повода, какъ и при возникновеніи болѣзни, больная почувствовала ухудшеніе: появились сильныя головныя боли, пол-

ный упадокъ силъ при прежнихъ явленіяхъ отека. Больная опять слегла въ постель. Въ это время на спинѣ появились красныя пятна величиною до серебрянаго рубля; пятна эти, просуществовавъ два мѣсяца, исчезли безъ всякаго терапевтическаго вмѣшательства. Послѣ вторичнаго обостренія болѣзни колебалась: временами являлось хорошее самочувствіе, отеки уменьшались, а равно уменьшались головныя боли, и больная оставляла постель; временами же наступало опять ухудшеніе и больная снова ложилась въ постель. Въ сентябрѣ 1898 года послѣ испуга (кошка неожиданно для больной вскочила ей на колѣни), у Г. сразу отекли обѣ ноги; отекъ продержался нѣсколько часовъ и исчезъ безслѣдно.

Status praesens. 25/x. 1898. При осмотрѣ больной все тѣло ея представляется отечнымъ, что особенно замѣтно на лицѣ, которое сильно одутловато и, кромѣ того, обезображено на лѣвой сторонѣ увеличенными лимфатическими железами, лежащими впереди уха и на шеѣ, начиная отъ края нижней челюсти и почти до ключицы. Железы эти при ощупываніи тверды и болѣзненны, кожа надъ ними напряжена, но красноты не видно. При давленіи отечныхъ мѣстъ слѣда въ видѣ углубленія не остается. Кожа на этихъ мѣстахъ блестяща и лоснится. Особенно бросается въ глаза своеобразная голубоватая окраска всего лица, шеи, верхней части груди и спины до линіи, проходящей сзади черезъ середину лопатокъ и спереди черезъ середину грудей. Такая же окраска распространяется и на кожу плечевыхъ костей, и тыльную поверхность пястнофаланговыхъ и фаланговыхъ суставовъ руки, и ладонную поверхность лѣваго предплечья. На щекахъ же и вѣкахъ голубой цвѣтъ становится сине-багровымъ. Окраска эта переходитъ въ нормальную не рѣзко, причемъ граница перехода имѣетъ языкообразный видъ. Помимо того, на измѣненныхъ участкахъ кожи, на основномъ голубоватомъ фонѣ, разбросаны безъ всякаго порядка и симметріи ограниченныя, синеваatokрасныя пятна величиною отъ просаго зерна и до серебряннаго пятачка. Пятна эти на нѣкоторыхъ мѣстахъ, какъ напримѣръ, на нижней части верхняго лѣваго вѣка, около рѣсницъ, имѣютъ видъ выступившихъ капель крови, величиною съ булавочную головку, чернаго цвѣта. Между этими каплями крови вены кожи представляются на ограниченномъ пространствѣ расширенными. Такое же расширеніе венъ въ различныхъ степеняхъ замѣчается и въ остальныхъ вышеупомянутыхъ красныхъ пятнахъ. Подъ давленіемъ пальца окрашенныя мѣста кожи становятся блѣдными, а красныя пятна совершенно исчезаютъ. Если сдавливать пальцемъ тѣ мѣста, гдѣ имѣются такія петехіи, отъ периферіи къ центру, то петехіи сильно блѣднѣютъ; а если сдавливать отъ центра къ периферіи, то онѣ по окраскѣ становятся интенсивнѣе.

Въ области плечевой кости кожа слегка шелушится, а также и на окрашенных мѣстахъ фаланговыхъ суставовъ, гдѣ упомянутыя пятна походятъ на бляшки. По направленію *nervi tibialis postici sinistri* имѣется на нормальной по цвѣту кожѣ рядъ шелушащихся пятенъ краснаго цвѣта съ синеватымъ оттѣнкомъ, характера отчасти розеолъ, а отчасти и папулъ. Кромѣ того, на правой тыльной поверхности кисти имѣется бѣлое пятно, рѣзко ограниченное, величиною съ серебряный пятакъ. Всѣ описанныя пятна не обнаруживаютъ боли, но иногда въ нихъ бываетъ зудъ.

На ощупь кожа окрашенныхъ участковъ представляется нѣсколько болѣе теплою по сравненію съ неокрашенною. Измѣреніе кожной температуры посредствомъ термометра *Immisch'a* показало, что на окрашенныхъ мѣстахъ она равнялась 30° — $31\frac{3}{5}^{\circ}$; а на неокрашенныхъ $28\frac{2}{5}$ до 30 . Имѣются явленія бѣлаго дермографизма, ясно выраженнаго. На мѣстахъ перехода дужекъ въ мягкое небо видны аналогичныя кожныя красноватыя пятна, состоящія изъ расширенныхъ венъ.

Мускулатура у больной въ общемъ развита удовлетворительно, за исключеніемъ *m. bicipitis dex.*, который представляется нѣсколько похудѣвшимъ.

Костный скелетъ развитъ удовлетворительно. На мѣстѣ соединенія 2-го ребра съ грудиною на обѣихъ сторонахъ можно констатировать періоститъ, справа выраженный рѣзче. Позвоночникъ не искривленъ, при постукиваніи безболѣзненъ. Періоститовъ на голеняхъ нѣтъ.

Со стороны нервной системы было обнаружено слѣдующее. Черепные нервы въ порядкѣ. Активные движенія рукъ въ плечевомъ сочлененіи по объему нормальны, по силѣ же вслѣдствіе общей слабости больной нѣсколько ослаблены. Въ локтевомъ сочлененіи сгибаніе и разгибаніе ограничены активно и пассивно вслѣдствіе появляющихся при этомъ болей въ сгибателяхъ. Въ правомъ лучезапястномъ сочлененіи разгибаніе и сгибаніе активно и пассивно ограничены по той же причинѣ. Въ остальныхъ суставахъ движенія по объему въ предѣлахъ нормы. Сила правой руки по динамометру равна 6 kilo., лѣвой 12 kilo. Типъ дыханія грудной. Движенія туловища во всѣхъ направленіяхъ по объему нормальны, а по силѣ нѣсколько ослаблены. Движенія активныя и пассивныя въ тазобедренныхъ суставахъ ограничены нѣсколько вслѣдствіе появляющихся при этомъ болей въ нижнемъ отдѣлѣ четырехглаваго мускула. Всѣ движенія въ остальныхъ суставахъ ногъ по объему нормальны, по силѣ же нѣсколько ослаблены вслѣдствіе общей слабости больной. Координація движеній не нарушена. Разстройства походки нѣтъ. Имѣется легкое трясеніе пальцевъ обѣихъ рукъ. Судорогъ нѣтъ. Божные рефлексы подмышечной впадины, живота, стопы

и лопаточный отсутствуют. Рефлексы съ слизистых оболочек носа, глаза и зѣва нормальны. Сухожильные рефлексы верхних конечностей въ предѣлахъ нормы. Колѣнные рефлексы оживлены. Рефлексъ съ ахиллова сухожиля имѣется, но клонуса стопы нѣтъ. Тазовые органы въ порядкѣ. Зрачки равномерно расширены, на свѣтъ и конвергенцію реагируютъ хорошо. Острота, поле зрѣнія и состояніе глазного дна, по изслѣдованію проф. Е. В. Адамюка, а равно слухъ, вкусъ и обоняніе уклоненій отъ нормы не представляютъ. Болевое чувство разстроено: на верхней части груди, начиная отъ середины маммае, идя вверхъ, задѣвая попутно область плечевыхъ суставовъ, лице, волосистую часть головы и переходя на спину до линіи, раздѣляющей лопатки пополамъ, имѣется ясно выраженная гиперѣстезія. На правомъ предплечьѣ также замѣчается ампутаціонная гиперѣстезія. На бляшкахъ въ области фаланговыхъ сочлененій и на тыльной поверхности первыхъ фалангъ обѣихъ рукъ—анѣстезія. На остальныхъ мѣстахъ болевое чувство нормально. Тактильное чувство на мѣстахъ бляшекъ и на тыльной поверхности первыхъ фалангъ обѣихъ рукъ понижено. „Мышечное“ чувство, температурное и чувство давленія сохранены.

Изслѣдованіе кожной электровозбудимости показало, что замедленія проводимости тока нѣтъ. На мѣстахъ съ измѣненными покровами при раздраженіи фарадическимъ токомъ первое ощущеніе получалось при 100 mm., а ощущеніе боли—при 90 mm.; на остальныхъ же мѣстахъ первое ощущеніе получалось при 85 mm., а болевое при 70 mm. Изслѣдованіе мышечной электровозбудимости уклоненій отъ нормы не обнаружило.

Со стороны внутреннихъ органовъ найдено: легкія вполне нормальны; пульсъ равенъ 62 въ минуту, съ небольшой аритміей въ частотѣ. По изслѣдованію проф. С. В. Левашова, правое сердце у больной слегка гипертрофировано, имѣется легкій систолическій шумъ у верхушки, акцентъ на *arteria pulmonalis*. Моча бѣлка и сахара не содержитъ; суточное количество равнялось 920 к.с.

Температура тѣла 37,3 С. Настроеніе духа угнетенное; психика нормальна.

Больная находилась подъ нашимъ наблюденіемъ по 6-е марта 1899 года, т. е. въ теченіе почти 5-ти мѣсцевъ. Теченіе болѣзни представляется настолько интереснымъ, что я считаю необходимымъ привести нѣкоторые выдержки изъ него.

20 октября 98 г. При визитации у больной сдѣлался истерическій припадокъ съ крикомъ и плачемъ, но безъ судорогъ.

31. Лице менѣе отечно. Глаза открываются больше.

4 ноября. На кожѣ лба появились такія же quasi-петехіи, какъ и на вѣкахъ. Сыпь на правой ногѣ стала блѣднѣе и болѣе пигментированной.

7. На правой рукѣ, на внутренней поверхности предплечья появились двѣ бляшки.

10. На тыльной поверхности большого пальца правой руки появилась бляшка величиною въ пятнадцатикопѣечную монету, состоящая изъ круга папулъ величиною съ чечевицу. Въ серединѣ круга кожа почти нормальна и не содержитъ папулъ. Бляшка очень напоминаетъ herpes tonsurans или eczema marginata (см. рис. 2). Она не зудитъ.

13. Въ центрѣ бляшки появились папулы.

16. Папулы, составляющія бляшку, стали гораздо блѣднѣе, а въ особенности въ центрѣ. Онѣ болѣе расплывчаты. На лѣвой дужкѣ появилось бѣлое пятно. Красноты на дужкахъ нѣтъ. Ощущаетъ большое напряженіе въ покровахъ носа.

19. Бляшка на большомъ пальцѣ правой руки поблѣднѣла и совершенно потеряла свои очертанія. Эффлоресценціи стали разбросанными.

23. Въ 11 ч. дня и вечеромъ было кровотеченіе изъ носу. На мѣстѣ перехода правой дужки въ мягкое небо появилось ограниченное расширеніе сосудовъ, какое замѣчается на кожѣ пальцевъ рукъ.

25. Появилась капля крови на верхнемъ правомъ вѣкѣ.

26. Окраска лица и груди стала болѣе блѣдной. Бляшка на большомъ пальцѣ правой руки совсѣмъ поблѣднѣла.

27. Пятна на пястнофаланговомъ суставѣ V пальца совсѣмъ поблѣднѣли.

29. Появилась петехія на верхней губѣ.

30. Пятно на пястнофаланговомъ суставѣ правой руки очень поблѣднѣло.

2 декабря Петехія на верхней губѣ стала значительно блѣднѣе. Плохое общее самочувствіе, какъ передъ истерическимъ припадкомъ.

18. На правомъ среднемъ пальцѣ руки появился кровоподтекъ. Въ области 3-й фаланги безымяннаго пальца, на тыльной сторонѣ, около ногтя, кровоподтекъ, величиною съ горошину. Передъ появленіемъ ихъ были боли, какъ при созрѣваніи нарыва.

28. Сильный судорожный истерическій припадокъ, продолжавшійся въ теченіе часа.

16 января 99 г. На лбу появилось много красныхъ quasi-петехій.

20. Распухла верхняя губа. Истерическій припадокъ.

21. На концахъ пальцевъ рукъ выступают капли свѣтло-желтой блестящей жидкости, съ вислой реакціей.

27. Сыпь на правой ногѣ по направленію n. tibialis postici почти исчезла, оставивъ маленькія бурья чешуйки. Пульсъ 80, съ аритміей.

28. Сильная аритмія пульса. На верхней губѣ появились поперечныя трещины.

1-го февраля. 2 раза шла изъ носу кровь. Указательный палецъ правой руки отеченъ и при давленіи болѣзненъ.

2. На лѣвомъ ухѣ, на внутренней поверхности раковины вчера появились какъ бы двѣ язвочки, неправильно круглаго очертанія, съ слегка желтоватымъ дномъ. Сегодня онѣ покрыты блестящей красновато-желтой коростой. На краю раковины появилась трещина, изъ которой выдѣлялась свѣтлая жидкость. Реакція отдѣляемаго ясно щелочная. На верхнихъ вѣеахъ quasi-петехіи почти исчезли; онѣ остаются въ незначительномъ количествѣ на лѣвомъ вѣѣ.

5. Ночью 2 раза шла сильно кровь изъ носа.

6. Конъюнктивы глазъ гиперемированы, ломота въ глазахъ. На лѣвомъ вѣѣ опять появились мелкія красныя петехіи.

8. Ночью сильное кровотеченіе изъ носа.

10. Носовое кровотеченіе.

12. Правая рука въ кисти и предплечьѣ нѣсколько покраснѣла, болѣзненна при давленіи и на оцупъ теплѣе лѣвой руки. Кровотеченіе изъ носа.

13. Язвочки на правомъ ухѣ исчезаютъ.

18. Истерическій судорожный припадокъ.

20. Кровотеченіе носовое.

25. Больная выписалась изъ клиники.

По полученнымъ мною свѣдѣніямъ отъ сестры нашей больной, спустя 1½ года со времени выписки всѣ вышеописанныя явленія у больной постепенно исчезли будто-бы подъ вліяніемъ даннаго ей врачомъ какого-то лѣкарства.

Представленная исторія болѣзни и теченіе ея даютъ намъ возможность резюмировать клиническую картину въ главныхъ ея симптомахъ слѣдующимъ образомъ. У больной были наблюдаемы

1. Отечное состояніе подкожной влѣтчатки верхней части груди, спины и лица съ синеватымъ оттѣнкомъ.

2. Различной окраски и разнообразной величины эффлоресценции на кожѣ и слизистой оболочкѣ зѣва, иногда очень быстро появляющіяся и не подходящія ни подѣ одинѣ изъ извѣстныхъ доселѣ типовъ эффлоресценцій при самостоятельномъ заболѣваніи кожи (проф. А. Ге). Кромѣ того, пятна эти на нѣкоторыхъ мѣстахъ есть ничто иное, какъ вышедшая на поверхность кожи запекавшаяся кровь, а на другихъ они представляютъ только рѣзко ограниченное расширение подкожныхъ венъ. Иногда эти пятна имѣютъ видъ рѣзко ограниченныхъ мѣстъ кожи, очень анѣмичныхъ и даже какъ-бы лишенныхъ пигмента; на иныхъ же мѣстахъ они являются настоящими экхимозами. Эти эффлоресценціи появлялись у больной или послѣ предварительнаго зуда мѣста ихъ расположенія или даже послѣ сильной боли, похожей на боль при созрѣваніи нарыва. Чаще же эти кожные явленія развивались безъ всякаго предварительнаго ощущенія, были для больной неожиданны и открывались только наблюдающимъ врачомъ. Продолжительность существованія этихъ эффлоресценцій была различна. Однѣ держались все время нашего наблюденія, другія быстро появлялись и такъ-же быстро исчезали. Огромная часть оставшихся эффлоресценцій претерпѣвала измѣненія въ цвѣтѣ.

3. Появленіе на кожѣ трещинъ, изъ которыхъ выдѣлялась соломенно-желтаго цвѣта жидкость, не содержащая никакихъ форменныхъ элементовъ, щелочной, а иногда и кислой реакціи. Появленіе этихъ выдѣленій не сопровождалось никакими субъективными ощущеніями. На иныхъ мѣстахъ выдѣленіе упомянутой жидкости происходило безъ предварительнаго образованія на кожѣ трещинъ.

4. Носовыя кровотечения, не отличавшіяся упорствомъ и остававшіяся или отъ примѣненія холодной воды или внезапно, сами собою.

5. Гиперѣстезіи и анестезіи пораженныхъ участковъ кожи.

6. Судорожные припадки истерическаго характера, угнетенное настроеніе духа, головныя боли, головокруженія.

7. *Lymphadenitis cervicalis*.

8. Полное исчезновеніе всѣхъ этихъ симптомовъ, спустя нѣкоторое время послѣ начала заболѣванія.

При первомъ нашемъ знакомствѣ съ больной мы не могли безъ дальнѣйшаго наблюденія, вполне отвергнуть подозрѣніе терапевтической клиники на счетъ существованія у нея микседемы. Правда, съ этимъ предположеніемъ не гармонировало нѣсколько отсутствіе психической вялости, наличность у больной по-

тливости кожи на отечныхъ мѣстахъ, наличность кровоподтековъ и своеобразной окраски кожи. Тѣмъ не менѣе мы назначили ей внутрь thyreoidin Wiht'a по 0,06 на приемъ, сначала одинъ разъ въ день, а потомъ два раза. Приемы thyreoidin'a продолжались въ теченіе 2-хъ недѣль. Однако, за это время отечное состояніе нисколько не показывало наклонности къ уменьшенію, самочувствіе больной не улучшилось, наоборотъ, появились истерическіе припадки. Пульсъ сначала поднялся до 78, а затѣмъ опять упалъ до 68. Аритмія продолжалась попрежнему. Въ виду всего этого мы принуждены были здѣсь отказаться отъ діагностики микседемы и thyreoidin былъ отмененъ.

Изъ всѣхъ перечисленныхъ симптомовъ болѣе всего обращали наше вниманіе трофическія разстройства. Съ чѣмъ мы ихъ должны связывать? Существованіе у нашей больной частыхъ носовыхъ кровотеченій въ связи съ появленіемъ на тѣлѣ кровоподтековъ могло бы на первый взглядъ заставить насъ призвать здѣсь наличность гемофиліи, хотя бы въ такъ называемой зачаточной формѣ. Но, не говоря уже о томъ, что у нашей больной наблюдалось, кромѣ кровотеченій и кровоподтековъ и такіа кожныя мѣстныя явленія, какъ рѣзко ограниченныя расширенія кожныхъ сосудовъ или, наоборотъ, ихъ спазмъ, что при гемофиліи обычно не встрѣчается, самый характеръ кровотеченій у нашей больной не патогномониченъ для гемофиліи. Чтобы разсѣять наши сомнѣнія, обратимся къ ученію о гемофиліи. Вотъ что говоритъ Immermann ¹⁾ о кровоточивости: „то упорство, съ которымъ держится всякое отъ какой бы то ни было причины происшедшее кровотеченіе, составляетъ вмѣстѣ съ моментальнымъ обиліемъ изливающейся крови главнѣйшую и въ то же время патогномоническую особенность кровоточиваго діатеза“. Сказаннаго, по моему мнѣнію, достаточно, чтобы совершенно отвергнуть существованіе у нашей больной кровоточивости, такъ какъ кровотеченія у нея совсѣмъ не имѣли упорнаго характера и останавливались отъ холодной воды или сами собою, внезапно.

Изъ наблюденій надъ больной, какъ я уже упомянулъ выше, мы убѣдились между прочимъ въ существованіи у нея несомнѣнной истеріи. Посмотримъ теперь, нельзя-ли трофическія разстройства нашей пациентки отнести на счетъ истеріи. Если мы обратимся къ литературѣ, то въ ней найдемъ немалое количество наблюденій, свидѣтельствующихъ, что при истеріи нерѣдко встрѣ-

¹⁾ Immermann. Руководство къ частной патологіи и терапіи. Цимсень. Петербургъ, 1881 г., стр. 268. Т. XIII, часть II.

чаются разнообразныя трофическія разстройства. Въ 1882 году Quincke¹⁾ описалъ встрѣчающійся между прочимъ и при истеріи слѣдующій комплексъ трофическихъ симптомовъ: въ кожѣ и под-кожной клѣтчаткѣ появляются ограниченныя отечныя мѣста величиною отъ 2 до 10 сант. Отекомъ поражаются конечности, а равно, туловище и лице. Часто поражаются отекомъ цѣлыя части тѣла, напр. предплечье. Отечныя припуханія не имѣютъ рѣзкихъ границъ. Окраска кожи на такихъ мѣстахъ представляется въ однихъ случаяхъ нѣсколько блѣднѣе нормальной, а въ другихъ краснѣе. При этомъ въ кожѣ существуетъ нѣкоторое напряженіе и зудъ. Одновременно съ кожей могутъ быть поражены слизистыя оболочки губъ, щекъ, гортани, глотки, кишки и желудка. Опуханія появляются и исчезаютъ быстро, въ теченіе часовъ, самое большее въ теченіе дня, но очень часто рецидивируютъ. Страданіе это по своему теченію приближается къ urticaria. Нѣкоторые авторы (Riehl²⁾ и Forssberg³⁾ наблюдали на отечныхъ мѣстахъ маленькіе пузыри. Другіе наблюдатели (Schlesinger, Ormerod, Cuntz, Strübing, Jamieson)⁴⁾ отмѣчали появленіе кровоизліяній, благодаря чему окраска кожи представлялась розоватой или розовато красной.

Описанныя измѣненія близко подходятъ къ тѣмъ, которыя имѣются у нашей больной, но съ другой стороны они представляютъ разницу въ теченіи: у нашей больной отекъ, разъ появившись, не исчезалъ быстро, а держался сравнительно стойко. Затѣмъ, въ нашемъ случаѣ наблюдаются своеобразныя ограниченныя расширенія подкожныхъ сосудовъ или, наоборотъ, спазмъ ихъ, чего при такъ называемомъ ограниченномъ остромъ отеѣ не наблюдается.

Ближе всего трофическія измѣненія у нашей больной подходятъ подъ страданіе, которое было еще отмѣчено въ 1799 году Sydenham'омъ⁵⁾, затѣмъ, въ 1880 году Damaschino⁶⁾, въ 1883 году Fabre⁷⁾, въ 1884 г. Weir Mitchell⁸⁾ и, наконецъ, въ 1889 г. Charcot⁹⁾, и извѣстно подъ именемъ

¹⁾ Quincke. Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Richard Cassirer. Berlin, 1901 г., S. 462.

²⁾ Riehl. Ueber acutes umschriebene Oedem d. Haut. Wiener med. Presse, 1888, 11—13. Цитировано по Cassirer, S. 478.

³⁾ Forssberg. Hygiea, 1892, Januar. Цитировано ibidem.

⁴⁾ Цитировано по Cassirer.

⁵⁾ Médecine pratique de Sydenham avec notes, par feu M. A. Jualt., nouv. édit., 5-e partie. Avignon, an VIII, 1799, p. 479. Цитиров. по Athanassio. These pour le doctorat en médecine. Paris, 1890 г., p. 142.

⁶⁾, ⁷⁾, ⁸⁾, ⁹⁾, Цитиров. по Athanassio, p. 143.

истерического отека. Charcot и его ученики (Gilles de la Turrette, Dutil, Voix ¹⁾) на основаніи своихъ многочисленныхъ наблюденій дали довольно подробное описаніе клинической картины этого отека. Отекъ этотъ поражаетъ ту или иную часть тѣла и бываетъ подчасъ выраженъ очень сильно. На ощупь пораженная часть тѣла при немъ тверда. Подъ давленіемъ пальца иногда остается слѣдъ въ видѣ ямки, которая, спустя нѣкоторое время, исчезаетъ. Окраска покрововъ отечнаго мѣста большею частью принимаетъ цвѣтъ голубоватый, почему Charcot и далъ ему названіе „oedeme bleu“, названіе, нерѣдко употребляющееся и теперь, какъ синонимъ истерического отека, что едвали вѣрно, такъ какъ „oedeme bleu“ наблюдается и при органическихъ заболѣваніяхъ нервной системы. Однако, нерѣдко цвѣтъ отечнаго мѣста бываетъ или розовый или даже красный. На этомъ основномъ фонѣ часто встрѣчаются бляшки темно-синяго или бѣлаго цвѣта, что придаетъ пораженной отекомъ части тѣла мраморный видъ. Переходъ пораженной части тѣла изъ одного положенія въ другое (изъ горизонтальнаго въ вертикальное или наоборотъ) не вліяетъ на степень отечности. Температура кожная на мѣстѣ отека бываетъ или пониженной, или повышенной. Часто на отечныхъ мѣстахъ появляются внезапно самопроизвольные экхимозы или красныя папулы, что еще больше пестритъ и безъ того нерѣдко мраморный видъ отечной части тѣла. Отекъ появляется обыкновенно очень быстро, на протяженіи нѣсколькихъ часовъ и представляетъ въ силѣ своей и окраскѣ постоянныя колебанія даже въ теченіе дня. Появленіе его часто не сопровождается никакими субъективными ощущеніями. Иногда же предварительно замѣчаются въ мѣстѣ отека боли или зудъ, или чувство полноты. Въ особенности беспокоятъ больныхъ боли тогда, когда на отечной части появляются произвольныя кровоизліянія. Отекъ держится болѣе или менѣе продолжительное время—до нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Онъ обычно встрѣчается на ряду съ другими истерическими симптомами. Что касается патогенеза страданія, то, по мнѣнію Charcot, здѣсь происходитъ параличъ вазоконстрикторовъ, благодаря чему происходитъ застой крови, а отсюда пропотѣваніе крови въ подкожную вѣтчатку.

Если мы сравнимъ теперь клиническую картину нашей больной съ описаннымъ отекомъ, то должны согласиться, что здѣсь можно говорить о сходствѣ. На самомъ дѣлѣ, мы имѣемъ у на-

¹⁾ Voix. Contribution à l'étude de l'oedeme bleu hysterique. Nouvelle iconographie, 1889 г., p. 65.

шей больной острое начало отека и хроническое теченіе его; отечныя мѣста окрашены въ голубоватый цвѣтъ, тверды при пальпаціи и содержатъ кровоизліянія; наконецъ, у больной существуютъ судорожныя истерическіе припадки. Такое сходство позволяетъ намъ отнести этотъ отекъ у нашей больной къ истерическому. Однако, здѣсь мы должны отмѣтить, что въ нашемъ случаѣ отсутствуетъ наклонность къ рѣзкимъ колебаніямъ отека. Но имѣемъ-ли мы право ставить этотъ недочетъ въ противовѣсъ нашей діагностики? По крайней мѣрѣ изъ наблюденій надъ истеричными больными мы знаемъ, что у нихъ нѣкоторые симптомы могутъ держаться довольно стойко и не обнаруживаютъ характерныхъ колебаній.

Обратимся теперь къ разсмотрѣнію бляшекъ на тылѣ пальцевъ рукъ, сыпи по направленію *p. tibialis postici* и кровяныхъ точекъ на рѣсницахъ.

Какъ я уже упоминалъ выше, дерматологи не нашли возможнымъ признать ихъ за самостоятельное страданіе кожи. По ихъ мнѣнію, здѣсь должна итти рѣчь о нервномъ заболѣваніи кожи. Слѣдуя ихъ указаніямъ и имѣя въ виду, что наша больная страдаетъ ясно выраженнымъ нервнымъ заболѣваніемъ, именно истеріей, представляется интереснымъ выяснить, встрѣчаются-ли подобныя пораженія кожи при истеріи. Судя по тому литературному матеріалу, который имѣется у меня подъ рукою, я долженъ отвѣтить на поставленный вопросъ утвердительно. Роль нервной системы въ происхожденіи трофическихъ разстройствъ кожи была подмѣчена очень давно и съ несомнѣнностью была установлена трудами Gendrin'a, Chauffard, Caizergues, Magnus Huss, Parrot, Bourneville, Vulpian и, наконецъ, Charcot и его учениками, въ особенности Gilles de la Turrette, Legue, Babinski и др. Такіе видные дерматологи, какъ Karosi, Hebra, Leloir также своими наблюденіями подчеркнули большое значеніе нервной системы въ происхожденіи различнаго рода пораженій кожи. Насколько можетъ быть велико это вліяніе я приведу изъ литературы нѣсколько примѣровъ.

Florentinus Laudanus ¹⁾ сообщаетъ, что въ одномъ городѣ, взятомъ приступомъ, одна монахиня, попавшая въ руки необузданныхъ солдатъ, такъ сильно перепугалась, что у нея выступилъ кровавый потъ, отъ котораго она, по словамъ автора, и умерла.

¹⁾ Florentinus Laudanus. Цитировано по Мора.

М. Lordat ¹⁾ описываетъ одну проститутку, очень раздражительную, которая, будучи взята полиціей, пришла въ страшную ярость, причемъ у нея появились геморрагіи изъ носу и рта и сыпь въ видѣ пурпуровыхъ пятенъ, величиною съ дюймъ, покрывавшую все тѣло.

George-Tobie-Durrius ²⁾ описываетъ одного студента, который былъ посаженъ въ тюрьму за „одно ночное преступленіе“. Несчастный былъ такъ пораженъ этимъ обстоятельствомъ, что у него появился на груди, рукахъ (отъ плеча до кисти) кровавый потъ, прекратившійся только тогда, когда его освободили изъ тюрьмы.

По свидѣтельству Boituaц, Александръ Великій, видя, что онъ проигралъ сраженіе, что его войска ударились въ бѣгство, пришелъ въ такой гнѣвъ, что у него пошла обильно кровь изъ всего тѣла.

Въ „*éphémérides des curieux de la nature*“ можно найти примѣры кроваваго пота во время coitus'a.

Я не стану дальше приводить изъ литературы многочисленныхъ примѣровъ могучаго вліянія нервной системы на состояніе кожи, такъ какъ и вышеприведенное вполне, на мой взглядъ, доказываетъ его.

Изъ сказаннаго само собою вытекаетъ, что если извѣстное эмотивное состояніе можетъ вызывать рѣзкое нарушеніе отравленій кожи у лицъ съ сравнительно нормальнымъ состояніемъ нервной системы, то тѣмъ болѣе, конечно, оно возможно при заболѣваніяхъ нервной системы, какъ общаго такъ и мѣстнаго характера, какъ при органическомъ, такъ и при динамическомъ страданіи ея. Въ подтвержденіе этого положенія мы найдемъ не мало примѣровъ изъ литературы.

Такъ, Charcot ³⁾ въ одномъ изъ своихъ наблюденій (XXXV) отмѣчаетъ у молодой дѣвицы истерички, страдавшей истерическимъ отекомъ лѣвой ноги и правой задней половины груди, внезапное появленіе *rapules rouges*. Эти папулы развились на тыльной поверхности кисти вплоть до запястья и не сопровождались никакими субъективными ощущеніями. Спустя недѣлю, эти папулы исчезли.

Veillon ⁴⁾ описываетъ больную, имѣвшую всѣ стигматы истеріи, у которой въ продолженіе двухъ мѣсяцевъ постоянно поя-

¹⁾ Lordat. *Troité des hemorrhagies*. Paris. 1808 г.

²⁾ Цитировано по Mora.

³⁾ Charcot. Цитировано по Athanassio, стр. 161.

⁴⁾ Veillon. *Troubles trophiques symétriques des mains et des avant-bras. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 201, 1892.

влялись на кожѣ кистей и предплечій обѣхъ рукъ на симметричныхъ мѣстахъ эффлоресценціи. Эти послѣднія развивались слѣдующимъ образомъ: на здоровой дотолѣ кожѣ, по словамъ больной, вдругъ показывалось маленькое красное пятно, на которомъ черезъ нѣсколько часовъ появлялась припухлость. При осмотрѣ ея врачемъ были, дѣйствительно, констатированы везикулезныя высыпанія, величиною съ чечевицу, имѣвшія въ центрѣ черноватую, вдавленную на подобіе пупка точку, и окруженныя краснымъ ореоломъ. Въ концѣ 4-го дня этотъ пузырь увеличивается, содержимое его дѣлается мутнымъ; въ концѣ концовъ онъ обращается въ пустулу покрытую желтоватой коростой. Если приподнять эту корочку, то мы найдемъ здѣсь нагноеніе. Края язвочки какъ бы разрѣзаны рѣзцомъ; дно покрыто гнойной бѣловато-желтоватой массой. Мало по малу язвочка заживаетъ и оставляетъ послѣ себя пигментированный рубецъ. Полная эволюція каждаго изъ этихъ элементовъ продолжается около мѣсяца. У этой больной можно было найти эффлоресценціи во всѣхъ періодахъ своего развитія. Онѣ были отдѣлены другъ отъ друга здоровой кожей. Субъективно больная ощущала въ моментъ появленія сыпи сильныя боли, гнѣздившіяся глубоко въ мускулахъ. Авторъ произвелъ бактериологическое изслѣдованіе содержимаго пузырей въ начальномъ ихъ періодѣ и въ позднѣйшемъ. Въ начальномъ періодѣ это изслѣдованіе дало отрицательный результатъ; а въ дальнѣйшемъ теченіи этихъ эффлоресценцій содержимое ихъ обнаруживало присутствіе обычныхъ бактерий гноя, что онъ относитъ ко вторичной инфекціи. Авторъ хотя и говоритъ, что эти высыпанія напоминаютъ болѣзнь, описанную Вросс'омъ подъ именемъ „симметрическихъ фолликулитовъ съ наклонностью ихъ къ рубцеванію“, но тѣмъ не менѣе въ виду существованія у больной истеріи считаетъ ихъ за высыпанія истерическаго характера, съ чѣмъ согласился Gilles de la Turette и Charcot, которымъ была эта больная показана. Для устраненія сомнѣнія, не было-ли здѣсь искусственнаго происхожденія этихъ эффлоресценцій Veillon говоритъ, что изслѣдованіе характера больной, ея образъ жизни, свѣдѣнія, собранныя отъ окружающихъ ее, дѣлаютъ подозрѣнія на этотъ счетъ мало вѣроятными.

Однако, по нашему мнѣнію, не смотря на ясное существованіе истеріи у описанной больной, мы должны съ нѣкоторою осторожностью отнести къ истерической натурѣ бывшихъ у нея эффлоресценцій, такъ какъ во-первыхъ изъ описанія автора не видно, чтобы онъ консультировалъ по поводу ихъ съ дерматологами, а во-вторыхъ надо принять къ свѣдѣнію, что здѣсь истерія могла существовать совмѣстно съ самостоятельнымъ пораженіемъ кожи.

Fere ¹⁾ описываетъ больную истеріей, у которой лѣвая грудная железа покрывалась маленькими красными пятнами, на подобіе скарлатинозной сыпи. Сыпь принимала затѣмъ видъ сплошной красноты и не распредѣлялась по направленію извѣстнаго нерва. Железа припухала, въ ней появлялось чувство жженія съ колющими болями. Черезъ нѣсколько минутъ всѣ эти явленія достигали своего апогея.

Lebrin ²⁾ въ своей диссертациі, написанной подъ руководствомъ проф. Leloir, приводитъ 7 наблюденій надъ vitiligo истерическаго происхожденія.

Karosi ³⁾ описываетъ 4 больныхъ истеріей, у которыхъ онъ наблюдалъ поражение кожи, названное имъ herpes zoster gangreneux hysterique. Этотъ zoster отличается отъ обыкновеннаго zoster своими постоянными рецидивами, причемъ сыпь распространялась по направленію тройничнаго нерва обѣихъ сторонъ. Форма эффоресценцій была такова, что Каросі назвалъ сыпь атипическимъ zoster'омъ. Частичный некрозъ эффоресценцій оправдываетъ наименованіе herpes'a гангренознымъ.

Къ сожалѣнію, я не могъ достать подробныхъ исторій болѣзни этихъ больныхъ; въ силу этого у меня является сомнѣніе, не имѣлъ-ли здѣсь Каросі кромѣ истеріи и невритъ, который нерѣдко сопровождается zoster'омъ.

При неврозахъ были наблюдаемы даже такія заболѣванія кожи, какъ pemphigus и пемфигинозные высыпанія. Такъ Mermet ⁴⁾ въ своей диссертациі опубликовалъ случай pemphigus при неврозахъ и душевныхъ разстройствахъ. Franck ⁵⁾ наблюдалъ pemphigus при истеріи. Martius, Schultze, Gignoux, Gailleton, Pick, Hebra ⁶⁾ описываютъ случаи pemphigus'a истерическаго происхожденія.

¹⁾ Fere. Les douleurs hysteriques et la simulation. Rivista de Neurologia e Psychiatria. 1888, p. 131. Цитиров. по Athanassio, p. 15.

²⁾ Lebrin. Du vitiligo d'origine nerveuse. These de Lille, 1886 г.

³⁾ Karosi. Ueber atypischen zoster gangraenosus und zoster hystericus. Vierteljahreschrift f. Dermatologie und Syphilis, 1889, H. 4. Цитиров. по Athanassio, p. 19

⁴⁾ Mermet. Цитировано по Athanassio, p. 24.

⁵⁾ Franck. Traité de médecine pratique. Paris, 1842 г. Цитиров. по Athanassio, p. 25.

⁶⁾ Martius, Schultze, Gignoux, Gailleton, Pick, Hebra, ibidem.

Caizerques, изслѣдуя кожу истеричной больной послѣ припадка, замѣтилъ у нея маленькія пятна свѣтло-желтаго цвѣта, которыя, казалось, находились подъ эпидермисомъ и скоро исчезли.

Magnus Huss описываетъ дѣвушку, страдавшую большой истеріей, у которой во время сильныхъ истерическихъ припадковъ появлялись на всей лѣвой половинѣ тѣла, на туловищѣ и особенно вокругъ плеча экхимозы и сугилляціи. Они были вначалѣ краснаго цвѣта, неправильнаго очертанія, діаметромъ отъ 4—6 сант.

Приведенныхъ литературныхъ данныхъ, на мой взглядъ, достаточно, чтобы убѣдиться въ существованіи геморрагическихъ кожныхъ явленій у истеричныхъ субъектовъ. Съ другой же стороны эти данныя даютъ намъ возможность признать трофическія разстройства кожи у нашей больной очень сходными съ измѣненіями кожи, описываемыми при истеріи, въ особенности если примемъ во вниманіе внезапное начало этихъ пятенъ и геморрагій, сопровождающихся нерѣдко чувствомъ зуда, а иногда и боли въ мѣстахъ ихъ появленія, причудливый характеръ ихъ расположенія, наличность гиперестезіи или анестезіи этихъ мѣстъ, а также и нерѣдко быстрое исчезаніе этихъ явленій.

Покончивъ съ выясненіемъ характера эффлоресценцій у нашей больной, мнѣ остается еще сказать относительно lymphadenitis шейныхъ железъ.

Какъ я уже говорилъ выше, эти железы расположены тамъ, гдѣ кожа претворяется наиболѣе сильно отеочной. Получается впечатлѣніе, что въ кожѣ имѣется процессъ воспалительный, на который железы и отвѣчаютъ своимъ увеличеніемъ. Но съ этимъ не согласуется, на примѣръ, тотъ фактъ, что когда явленія на кожѣ не только не уменьшаются, но какъ будто увеличиваются (появляются новыя геморрагіи въ ней), распухшія железы становятся значительно меньше и легче, а самостоятельныя боли въ нихъ исчезаютъ. Быть можетъ, и это увеличеніе железъ вызывается той же причиной, что и отекъ кожи, быть можетъ, и они находятся въ отеочномъ состояніи. Что касается періоститовъ на мѣстѣ соединенія вторыхъ реберъ съ грудиною, то, конечно, здѣсь очень трудно доказать, что они—результатъ простаго трофическаго разстройства, но съ другой стороны настаивать на люическомъ ихъ происхожденіи мы не имѣемъ никакихъ вѣсскихъ основаній.

Переходя къ обсужденію вопроса о сущности трофическихъ разстройствъ даннаго случая, мы должны отмѣтить, что они вы-

*) Magnus Huss, ibidem.

ражаются, главнымъ образомъ, явленіями со стороны сосудистой системы, какъ кровеносной, такъ и лимфатической. Отсюда само собою слѣдуетъ, что центръ тяжести здѣсь лежитъ въ нарушеніи функций этой системы. Это нарушение сказывается, главнымъ образомъ, въ мѣстномъ угнетеніи дѣятельности вазоконстрикторовъ кровеносныхъ сосудовъ, а, можетъ быть, въ усиленной дѣятельности вазодилататоровъ, что клинически и обнаруживается въ видѣ сильнаго расширенія сосудовъ. Съ другой же стороны здѣсь имѣетъ мѣсто и спазмъ вазоконстрикторовъ, что опять таки обнаруживается наличностью безкровныхъ, блѣдныхъ пятенъ. Такое расширение кровеносныхъ сосудовъ, очевидно, можетъ давать въ результатъ геморрагіи.

Однако, Brown Sequarde ¹⁾ думалъ, что исходная точка геморрагій нервного происхожденія заключается въ васкулярномъ спазмѣ. Но здѣсь нужно скорѣе согласиться съ Vulpiаномъ ²⁾, который, напротивъ, предполагаетъ въ подобныхъ случаяхъ параличъ вазомоторовъ. Къ этому взгляду примыкаетъ и Мора, который говоритъ, что если бы дѣло шло о спазмѣ вазомоторовъ, то геморрагіи должны были бы совпадать съ моментомъ истерическаго припадка, когда возбужденіе продолговатаго и спинного мозга доходитъ до maximum'a. На самомъ же дѣлѣ, наблюденіе показываетъ, что геморрагіи являются въ концѣ припадковъ, когда уже наступаетъ ослабленіе возбуждательной силы спинного мозга.

Сказанное по отношенію къ кровеносной системѣ, очевидно, можетъ имѣть мѣсто и по отношенію къ лимфатической. Хотя намъ не извѣстно про отдѣльное существованіе вазоконстрикторовъ и вазодилататоровъ для лимфатической системы, но работами проф. Догеля, проф. Великаго, Смирнова, а, главнымъ образомъ, Кытманова ³⁾ установлено, что лимфатическіе сосуды снабжены богатою сѣтью, какъ двигательныхъ, такъ и чувствительныхъ, а, можетъ быть, и секреторныхъ нервовъ. А разъ здѣсь имѣются двигательные нервы, то само собою слѣдуетъ, что мы можемъ имѣть ихъ параличъ, что въ нашемъ случаѣ и могло сказаться въ усиленномъ пропотѣваніи лимфы на поверхность кожи ушной раковины и пальцевъ.

Въ чемъ же должно состоять такое нарушеніе функций сосудисто-нервнаго аппарата съ точки зрѣнія анатомофизиологической? На основаніи изслѣдованій экспериментальныхъ на животныхъ

¹⁾ Brown-Sequarde. Цитировано по Мора.

²⁾ Vulpián, ibidem.

³⁾ Кытмановъ. Объ окончаніи нервовъ въ лимфатическихъ сосудахъ у млекопитающихъ. Дисс., 1901 г., Томскъ.

Eulenburg'омъ, Landois, Langley, Ditmor, Hellwega, а равно и клиническихъ—Rossolimo, Oppenheim, Goldstein, Бехтерева, Parchu, Goldstein, Reinhold и др., Cassirer приходитъ къ заключенію, что въ корѣ головного мозга существуютъ два центра: одинъ для вазодилататоровъ, а другой для вазоконстрикторовъ. О точной локализаци ихъ говорить пока преждевременно, такъ какъ одни локализируютъ ихъ въ области двигательной зоны, а другіе въ области чувствительной. Отъ этихъ центровъ вазомоторные пучки идутъ, весьма вѣроятно, по словамъ Cassirer'a, вмѣстѣ съ моторными и чувствительными путями черезъ внутреннюю капсулу къ субкортикальнымъ большимъ гангліямъ—*thalamus opticus* и *nucleus caudatus*, гдѣ, быть можетъ, прерываются въ новой группѣ клѣтокъ. Отсюда начинается новый нейронъ, который тянется черезъ *pons* къ вазомоторному центру въ продолговатомъ мозгу, находящемуся въ проксимальной части дна четвертаго желудка. Отъ этого центра идетъ третій нейронъ черезъ боковые столбы спинного мозга и на различныхъ высотахъ входитъ въ сѣрое вещество спинного мозга, и развѣтвляется около медиальной и дорзальной группъ клѣтокъ передняго рога. Эти клѣтки даютъ начало четвертому нейрону, который черезъ задніе корешки и *rami communicantes* входитъ въ *sympathicus* и идетъ дальше къ периферіи. Здѣсь вазомоторные пучки еще разъ прерываются въ группахъ гангліозныхъ клѣтокъ, расположенныхъ на различныхъ мѣстахъ по пути пучковъ, и отсюда уже (пятый нейронъ) идутъ къ оболочкамъ сосудовъ. Часть же волоконъ идетъ прямо къ оболочкамъ сосудовъ.

Если теперь принять во вниманіе, что въ основѣ истеріи, судя по ея клиническимъ проявленіямъ, съ точки зрѣнія патологии, лежитъ или сильное возбужденіе или, наоборотъ, угнетеніе дѣятельности различнаго рода центровъ, какъ головного, такъ и спинного мозга, появляющіяся подъ вліяніемъ различныхъ этиологическихъ моментовъ, то возможно допустить, что и въ случаѣ, подобномъ нашему, имѣется такое же или возбужденіе центровъ вазодилататоровъ или угнетеніе дѣятельности центровъ вазоконстрикторовъ, передающееся по описаннымъ выше путямъ сосудамъ кожи. Съ этой точки зрѣнія можно до нѣкоторой степени смотрѣть на внезапное появленіе сыпей и различныхъ пятенъ, какъ на эквиваленты истерическаго припадка, но только въ сферѣ вазомоторной.

Мнѣ остается еще отвѣтить на одинъ вопросъ: почему мы сравнительно рѣдко встрѣчаемся съ подобными заболѣваніями кожи, тогда какъ больныхъ истеріей много. Весьма вѣроятно, что здѣсь еще играетъ роль способность самихъ стѣнокъ сосудовъ противостоять усиленнымъ приливамъ. Дѣйствительно, въ нашемъ случаѣ эта способ-

ность была понижена, въ пользу чего говорить, между прочимъ, и заболѣваніе у нашей больной части сосудистаго аппарата, именно сердца.

По нѣкоторымъ обстоятельствамъ появленіе въ свѣтъ этой статьи замедлилось. Между тѣмъ за это время ученіе объ истеріи, какъ нозологической единицы, подверглось весьма существенному измѣненію. Многіе клиницисты во главѣ съ Babinski ¹⁾ совершенно отрицаютъ за истеріей способность продуцировать какія бы то ни было трофическія разстройства въ родѣ только что описанныхъ, и склонны признавать всегда какую либо органическую причину для подобныхъ явленій.

Нѣкоторые же невропатологи (Raymond, P. Marie) ²⁾, дѣлая уступку этому мнѣнію, говорятъ, что истерія сама по себѣ не способна вызывать трофическія разстройства, но извѣстные истерики обладаютъ особенно ненормальной реакціей вазомоторовъ, которая играетъ роль въ производствѣ такого, напримѣръ, трофическаго разстройства, которое клинически описано подъ именемъ истерическаго отека.

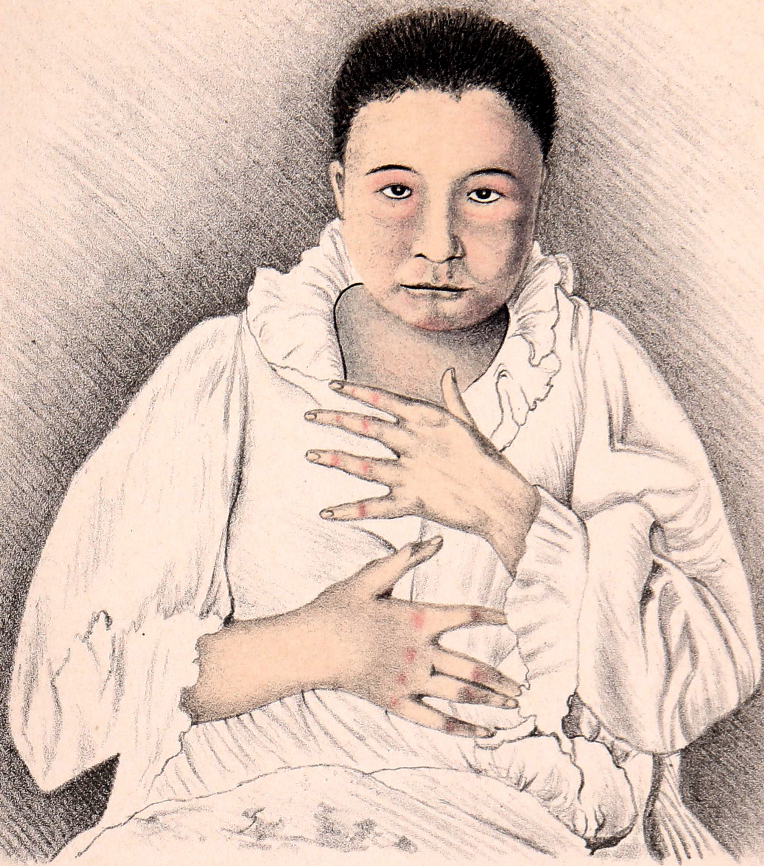
Babinski особенно настаиваетъ на томъ, что во всѣхъ такихъ случаяхъ необходимо искать моментъ, вызывающій то или иное трофическое разстройство. Между прочимъ онъ приводитъ очень интересный случай спорной діагностики т. наз. истерическаго отека, который мнѣ лично пришлось видѣть за время моихъ занятій въ Парижѣ. Дѣло въ томъ, что въ одномъ изъ засѣданій *société de neurologie de Paris* 1906 года былъ представленъ изъ клиники проф. Raymond больной съ діагнозомъ истерическаго отека кисти и предплечья. Вскорѣ послѣ этого больной попалъ на пріемъ къ проф. Babinski, который и констатировалъ у него синовитъ острый въ области пальцевъ руки, вызвавшій отекъ кисти и предплечья.

Если встать на точку зрѣнія Babinski, то, конечно наблюдавшіяся у нашей больной трофическія разстройства нельзя считать истерическими. Скорѣе, согласно его взглядамъ, они обязаны всецѣло той ненормальности сосудистой системы, которая несо-

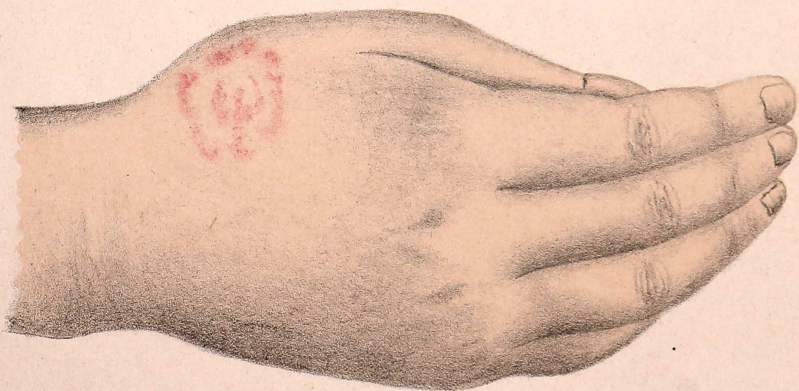
¹⁾ Babinski. *Ma conception de l'hysterie*. Paris, 1907 г.

²⁾ Raymond и P. Marie. *Société de Neurologie de Paris*. Séance du 6 juin, 1907. *Revue neurologique*, 1907, p. 620.

мѣнно была въ наличности у нашей больной. За существованіе этой ненормальности могутъ говорить неправильности со стороны сердца и носовыя кровотеченія. Подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ случайныхъ моментовъ (напр. истерическаго припадка) кровообращеніе въ сосудахъ настолько нарушалось, что это могло подать поводъ къ появленію трофическихъ разстройствъ.



I.



II.