

Объ истерическомъ метеоризмѣ ¹⁾.

Н. Н. Топоркова.

13 сентября 1897 г. поступила въ Казанскую Окружную Лечебницу больная Л. въ качествѣ „неизвѣстнаго званія женщины“, такъ какъ была подобрана на улицѣ полиціей и доставлена въ Лечебницу безъ всякихъ документовъ. На приѣмѣ она правильно, какъ оказалось впослѣдствіи, назвала свое имя; сообщила, что съ ней бывають „истерики“ и „видѣнія“; во время припадковъ она царапаетъ себѣ руки, бьется головой: на кистяхъ больной дѣйствительно оказались царапины. Позднѣе, отъ родныхъ больной. удалось получить слѣдующія данныя о патологической наследственности ея: отецъ больной, сельскій дьяконъ, пилъ запоемъ, родной братъ—алкоголикъ; другой братъ умеръ отъ чахотки; у него были припадки, появившіеся съ 21 года; дядя по отцѣ пилъ запоемъ; дѣдъ по отцѣ пилъ запоемъ,—съ отцовской стороны вообще много алкоголиковъ.

Сама больная рассказываетъ о себѣ слѣдующее: она съ дѣтства была крайне злобной и раздражительной: въ припадкѣ гнѣва, по ея словамъ, „готова была убить“ и часто била своихъ младшихъ братьевъ и сестеръ. Училась плохо и не кончила сельской школы. Менструаціи начались съ 13 лѣтъ: были неправильны и болѣзненны. Лѣтъ 20-ти поступила просфорней въ село. Когда больной былъ 21 годъ, она сильно испугалась пожара ночью, и съ ней тутъ же случился первый судорожный припадокъ. Съ тѣхъ поръ припадки не прекращались. Недавно она пріѣхала въ Казань хлопотать о новомъ мѣстѣ; остановилась на какомъ-то постояломъ

¹⁾ Доложено въ научномъ Собраніи Врачей Казанской Окружной Лечебницы 11 іюня 1901 года.

дворѣ; на какой улицѣ—не знаетъ. Когда она приѣхала въ Казань, не знаетъ; заболѣла внезапно, на улицѣ, и не помнитъ, что было дальше: очнулась уже здѣсь, въ лечебницѣ.

Съ физической стороны отмѣчается слѣдующее: ¹⁾ больная среднего роста, посредственнаго тѣлосложенія и питанія, кожа и слизистыя оболочки блѣдноваты. Подкожный жиръ отложенъ въ умѣренномъ количествѣ. Обращаетъ на себя вниманіе довольно рѣзко выраженный дегенеративный типъ больной: лицо асимметрично: правая половина его замѣтно больше лѣвой; уши поставлены нѣсколько несимметрично; ушные сережки недоразвиты; зубы неправильной формы, поставлены неправильно, рѣдко; твердое небо глубокое съ продольнымъ валикомъ посрединѣ. Форма черепа рѣзкихъ отклоненій отъ нормы не представляетъ.

Со стороны легкихъ не отмѣчается ничего особеннаго. При выслушиваніи сердца—шумъ со вторымъ тономъ; шумъ заглушаетъ тонъ; послѣдній яснѣе всего слышенъ у верхушки сердца. Перкуссия указываетъ на нѣкоторое увеличеніе сердца. Печень, селезенка, почки ничего особеннаго не представляютъ. Суточное количество мочи пытались опредѣлить нѣсколько разъ, но безуспѣшно. Не смотря на всѣ просьбы мочиться въ поставленный больной сосудъ, она дѣлала это лишь изрѣдка, ссылаясь на то, что она „стѣсняется“. Если за больной начинали слѣдить съ цѣлью заставить выпускать мочу въ опредѣленный сосудъ, она начинала мочиться подъ себя, лишь бы только не сдѣлать такъ, какъ ее просили.

Мочепусканіе нерѣдко учащено: на это указываетъ сама больная: этотъ фактъ удавалось подмѣчать и окружающимъ. Получить болѣе точныя данныя на этотъ счетъ не удалось, такъ какъ на заявленія самой больной полагаться совершенно невозможно, а слѣдить за ней, какъ только что говорилось, крайне трудно и въ большинствѣ случаевъ бесполезно.

При химическомъ изслѣдованіи мочи иногда обнаруживаются слѣды бѣлка. Реакція на сахаръ дала отрицательные результаты.

Дѣятельность пищеварительнаго аппарата представляетъ значительное отклоненіе отъ нормы. У больной почти постоянно отмѣчаются запоры, которые нерѣдко заставляютъ прибѣгать къ различнымъ слабительнымъ. Сама больная, отличающаяся неустойчивой склонностью къ преувеличеніямъ и притворству, сообщаетъ на этотъ счетъ довольно фантастическія данныя: такъ, по ея словамъ, ее иногда не слабитъ по мѣсяцу и больше; бываетъ что больная охаетъ, стонетъ, кричитъ, что на нее не обращаютъ

¹⁾ Скорбный листъ вели д-ра: Л. А. Сергѣевъ, Н. С. Скуридинъ, Г. В. Сороковиковъ, М. М. Маевскій, В. С. Болдыревъ, Н. Н. Топорковъ и А. Д. Сколосубовъ.

никакого вниманія, жалуются, что ее не слабило цѣлыхъ двѣ недѣли, между тѣмъ какъ наканунѣ еще едва удалось вымыть и самую больную и изоляторъ, измазанный ея испражненіями.

Энергичныя слабительныя въ такихъ случаяхъ большею частью не дѣйствуютъ; но за то нерѣдко оказываетъ прекрасное дѣйствіе незначительное количество *natrii bicarbonici*.

Наряду съ запорами нерѣдко отмѣчаются поносы, но и къ заявленіямъ послѣдняго рода нужно относиться съ большою осторожностью: больная указываетъ неимовѣрные число испражненій въ день, сохраняя въ то-же время сравнительно бодрый и свѣжій видъ, хотя и старается прикинуться совершенно разслабленной.

Время отъ времени, въ связи съ измѣненіемъ общаго состоянія, у больной отмѣчается полный отказъ отъ пищи, продолжающійся до 10 и болѣе дней и заставляющій прибѣгать къ кормленію черезъ зондъ. Сама больная указываетъ, что передъ тѣмъ, какъ у нея пропадаетъ аппетитъ, она въ теченіе нѣкотораго времени испытываетъ напротивъ крайнее обостреніе его: „мнѣ хочется ѣсть безъ конца... у меня бываютъ несмытые глаза“, говоритъ больная; такое состояніе продолжается, по словамъ ея, 1—2 недѣли. Объективнымъ наблюденіемъ дѣйствительно устанавливается временами значительная прожорливость больной. Отказъ отъ пищи больная объясняетъ полнымъ отсутствіемъ аппетита, тошнотой, рвотой послѣ пищи и сильными болями въ желудкѣ. Жалобы на рвоту объективно не подтверждались, такъ какъ пища, введенная черезъ зондъ обычно не извергалась рвотой. А происхожденіе рвоты, дѣйствительно наблюдавшейся у больной, очень сомнительно, такъ какъ обыкновенно строго совпадало съ часами визитаціи ординатора.

При обычныхъ условіяхъ животъ не вздутъ. Ощупываніе его справа безболѣзненно за исключеніемъ опредѣленныхъ точекъ, которыя будутъ указаны ниже. Лѣвая половина живота болѣзненна почти сверху до низу; начиная съ пупка и книзу рѣзкая боль даже при легкомъ надавливаніи. Подложечная область болѣзненна. При энергичной перкуссіи боль тамъ же, гдѣ и при прощупываніи.

Внѣ припадочныхъ состояній кожная чувствительность то нормальной остроты во всѣхъ ея видахъ и равномерна на обѣихъ сторонахъ, то представляется болѣе или менѣе пониженной; иногда же отмѣчается полная анестезія, при чемъ больная не чувствуетъ самыхъ сильныхъ уколовъ. Вообще состояніе кожной чувствительности не постоянно: преобладаютъ явленія аналгезіи, временами же на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ раньше чувствительность была рѣзко понижена, появляется гиперестезія. Съ извѣстнымъ постоянствомъ отмѣчаются истерогенныя точки въ слѣдующихъ мѣстахъ: подъ обѣими грудями, у края реберъ, на срединѣ линіи, соединяющей

края реберъ съ *spina anter. superior*. И въ области яичниковъ, сзади у позвоночника, между верхними краями лопатокъ и въ области крестца. Давленіе въ этихъ пунктахъ не даетъ полного приступа, но больная вскрикиваетъ отъ сильной боли и судорожно подергиваетъ ногами.

На ряду съ этими разстройствами часто отмѣчаются то скоро-преходящія, то упорныя боли въ груди, въ боку, гортани, ногахъ, спинѣ и т. д. Большую часть этихъ болей, безъ риска впасть въ излишній скептицизмъ, можно отнести на счетъ постоянной наклонности больной на что бы то ни было жаловаться и прибѣгать къ самымъ различнымъ средствамъ, лишь бы обратить на себя особое вниманіе врачей; но извѣстная часть жалобъ имѣетъ несомнѣнно и болѣе серьезныя основанія. Въ этомъ отношеніи заслуживаетъ вниманіе слѣдующій фактъ: вскорѣ послѣ поступленія больной въ лечебницу она стала жаловаться на сильныя боли въ ягодицахъ и по задней поверхности бедеръ; при осмотрѣ этихъ частей оказалось обильное высыпаніе пузырьковъ, значительная часть которыхъ уже обратилась въ гнойнички; на ягодицахъ эта сыпь была разбросана беспорядочно, на бедрахъ же наиболѣе густое высыпаніе соотвѣтствовало ходу сѣдалищныхъ нервовъ; ниже *fossa poplitea* сыпи не было. Болевая чувствительность, замѣтно повышенная на только что указанныхъ частяхъ, была рѣзко понижена на остальной поверхности тѣла. Скоро нѣкоторые изъ гнойничковъ превратились въ большіе и глубокіе абсцессы, въ связи съ чѣмъ появилось лихорадочное состояніе.

Колѣнные рефлексъ обычно значительно повышены; но въ состояніяхъ истерической протраціи, о которой рѣчь будетъ впереди, они вызываются не всегда. Рефлексъ съ Ахиллова сухожилія нормальной живости. Съ *biceps et triceps manus*—въ предѣлахъ нормы. Глоточный рефлексъ то нормальной живости, то почти отсутствуетъ. При ударѣ по *biceps—manus* мышечный валикъ. Изслѣдованіе дѣятельности органовъ высшихъ чувствъ дало слѣдующіе результаты: съ обычной наклонностью къ притворству, больная долго нюхала деготь, но узнать его, по ея словамъ, не могла и только въ видѣ предположенія высказала, что это іодоформъ. Запахъ бергамотнаго масла понравился больной, но онъ хуже предыдущаго.

При изслѣдованіи вкуса, растворъ поваренной соли больная назвала кислымъ; растворъ *acidī muriatici*—соленнымъ; вкусъ сахарной воды и хины опредѣлила правильно. Въ предложенныхъ больной цвѣтныхъ бумажкахъ, она разбирается удовлетворительно, но и тутъ замѣтно обычное стремленіе ея сказать не то, что она чувствуетъ на самомъ дѣлѣ: она, напр., умышленно сбивается въ опредѣленіи густоты одного и того-же цвѣта. Слухъ нормальной остроты. Зрѣніе тоже.

Поле зрѣнія временами представляетъ незначительное концентрическое суженіе. Какъ видно изъ анамнестическихъ свѣдѣній, у больной бываютъ судорожные припадки. Частота этихъ припадковъ крайне различна. Иногда, совершенно безъ припадковъ проходятъ два—три мѣсяца. Иногда же, въ теченіе одного мѣсяца, ихъ бываетъ до 20 и больше. Припадки бываютъ то по одному, то серіями: 3—4 припадка одинъ за другимъ. Обычно припадки довольно продолжительны. Состоятъ они въ слѣдующемъ: нерѣдко передъ приступомъ больная дико вскрикиваетъ; затѣмъ у нея появляются тоническія судороги, время отъ времени смѣняющіяся клоническими; нерѣдко больная выгибается въ дугу. Дыханіе затруднено; особенно рѣзко при клоническихъ судорогахъ: больная хватается за грудь и шею; царапаетъ свое тѣло, кусаетъ у себя руки. Глаза то крѣпко сжаты, то полуоткрыты и закачены кверху и вправо; зрачки расширены; реакція ихъ на свѣтъ живая. Во время припадковъ больная большею частью мочится, а иногда испражняется подъ себя. Сознаніе иногда видимо затемнено. На вопросы больная не реагируетъ совершенно. Болевая чувствительность отсутствуетъ. Давленіе на глазныя яблоки или пріостанавливаетъ на время, или совсѣмъ прекращаетъ припадокъ; иногда, послѣ судорожныхъ припадковъ, больная нѣкоторое время безпояснична: кричитъ, что боится какихъ то страшныхъ людей (видимо галлюцинируетъ).

Вслѣдъ за припадками у больной нерѣдко развиваются паретическія явленія въ нижнихъ конечностяхъ: больная или совсѣмъ не можетъ ходить, или еле передвигаетъ ноги, поддерживаемая сидѣлками. Такія состоянія продолжаются иногда по недѣлѣ и больше. Иногда парезы видимо дѣйствительно имѣютъ мѣсто, но во многихъ случаяхъ дѣло сводится къ притворству: бываетъ такъ, что на глазахъ врача больная лежитъ въ состояніи полного расслабленія и немощнымъ тономъ жалуется на невозможность ходить, на то, что служащіе не обращаютъ вниманія на ея тяжелое состояніе и пр. и проч.; безъ врача же она поетъ пѣсни, съ достаточной, — даже излишней, живостью дразнитъ другихъ больныхъ и переругивается съ ними, и довольно свободно проходитъ по корридору; бывало что больная, благополучно идетъ по всему корридору, но какъ подкошенная валится на полъ при появленіи врача.

Выше упоминалось, что временами у больной отмѣчается отказъ отъ пищи. Этотъ отказъ, какъ показало почти четырехлѣтнее наблюденіе, появляется довольно строго періодически, приблизительно въ одни и тѣ же мѣсяцы года.

Иногда такой отказъ указываетъ лишь на желаніе со стороны больной обратить на себя вниманіе: больная въ такихъ случаяхъ съѣдаетъ почти всю порцію, но зато остатки ея демонстративно

разбрасываетъ по всей комнатѣ и намазываетъ ими голову и лицо. Понятно, что такой отказъ отъ пищи нисколько не отражается на физическомъ благополучіи больной: она не падаетъ въ вѣсѣ и обыкновенно довольно скоро бросаетъ свою затѣю. Но наряду съ этимъ возникаетъ, какъ говорилось, съ нѣкоторой періодичностью—дѣйствительная потеря влеченія къ пищѣ и даже, по словамъ больной, отвращеніе къ ней. Тогда больная совершенно не принимаетъ пищи, и потому черезъ извѣстный промежутокъ времени (обыкновенно дня черезъ 3) приходится прибѣгать къ кормленію черезъ зондъ, примѣненіе котораго не вызываетъ со стороны ея особыхъ протестовъ. Только черезъ 7—8, а иногда и больше дней больная заявляетъ, что она будетъ ѣсть сама, но обычно и послѣ этого еще довольно долго питается плоховато. Въ такихъ случаяхъ обыкновенно бываетъ тяжелое общее состояніе: больная почти неподвижно лежитъ въ постели, сильно падаетъ въ вѣсѣ; иногда наблюдаются явленія сердечной слабости: холодѣютъ руки и ноги—приходится прибѣгать къ сердечнымъ средствамъ, къ отогрѣванью конечностей горячими бутылками. Бываетъ, что въ то время, когда съ нѣкоторой вѣроятностью, судя по времени, можно было бы ждать отказа отъ пищи, развиваются, какъ-бы замѣняя его, болѣе сложныя и болѣе тяжелыя летаргическія явленія. Состоятъ они въ слѣдующемъ: вслѣдъ за однимъ, двумя судорожными припадками, больная то тихо, то послѣ непродолжительнаго періода возбужденія засыпаетъ. Она лежитъ совершенно неподвижно. Не реагируетъ на вѣшнія раздраженія. Самые сильные уколы булавкой не оказываютъ никакого дѣйствія. Колѣнные рефлексъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ отсутствуютъ. Глоточные рефлексъ не вызываются. Если поднять и опустить руку или ногу, то онѣ падаютъ, какъ совершенно безжизненные. Глаза закрыты не плотно, на вѣкахъ насыхаетъ выдѣленіе конъюнктивальнаго мѣшка. Реакція нѣсколько расширенныхъ зрачковъ на свѣтъ вялая. Давленіе на истерогенныя точки не производитъ никакого дѣйствія. Больная не принимаетъ пищи. Зондъ вводится безъ всякаго сопротивленія съ ея стороны. Мочится и испражняется въ постели. Пульсъ очень слабый, легко сжимаемый; приходится прибѣгать къ впрыскиваніямъ камфоры, эфира. Конечности отогрѣваются горячими бутылками. Дыханіе поверхностное—59 в. 1, изрѣдка глубокой вздохъ и опять рядъ поверхностныхъ едва уловимыхъ дыханій. Часто довольно рѣзко выраженный метеоризмъ.

Переходъ отъ описаннаго состоянія къ нормальному совершается крайне медленно. день за днемъ отмѣчается постепенное оживленіе рефлексовъ, большее кровонаполненіе кожныхъ сосудовъ, улучшеніе пульса, и наконецъ больная приходитъ въ себя.

По ея словамъ она не сохраняетъ никакого воспоминанія о томъ, что съ ней было за такой періодъ. По окончаніи его еще долго держится состояніе простраціи: больная лежитъ, неопрытна, плохо питается.

Летаргическое состояніе въ послѣдній, напр., разъ продолжалось 7 дней; это—наибольшая продолжительность его за время пребыванія больной въ Лечебницѣ.

За все это время летаргія наблюдалась 4 раза: въ сентябрѣ 97 г., въ сентябрѣ 99 г., въ сентябрѣ 1900 г. и въ апрѣлѣ настоящаго 1901 года.

Приведенныхъ данныхъ слишкомъ достаточно, чтобы признать въ нашемъ случаѣ истерію. Кажется, нѣтъ ни одного характернаго признака великаго невроза, который не отмѣчался бы у нашей больной. На лицо типичныя припадки большой истеріи, истерогенныя точки, характерныя измѣненія кожной чувствительности, рефлексовъ; наконецъ—высшія проявленія истеропатической конституціи—летаргическія состоянія.

Клиническая картина была-бы неполной, если бы мы обошли молчаніемъ психическую дѣятельность больной.

Л. представляетъ собою рѣзкій примѣръ тяжелаго истерическаго вырожденія. Не говоря уже о томъ, что больная иногда на значительный періодъ времени теряетъ сознаніе, временами же у нея развиваются состоянія крайняго изступленія,—даже въ самыхъ лучшихъ состояніяхъ ея бьютъ въ глаза рѣзкія, уродливыя черты ея болѣзненно-извращенной личности. Больная лжива; отличается крайней склонностью къ притворству; вѣчная забота ея—обратить на себя вниманіе врачей своимъ особеннымъ, не такимъ, какъ у другихъ больныхъ, положеніемъ. Всѣми мѣрами добиваясь особаго вниманія, больная выдумываетъ массу различныхъ затѣй: она устраиваетъ притворныя припадки, во время которыхъ бьется головой объ стѣну; но стоитъ незамѣтнымъ образомъ прослѣдить больную, и вы увидите, что, оставаясь одна, она бьетъ въ стѣну не головой, а кулакомъ. Если больной отказываютъ въ той или другой добавочной порціи, она совсѣмъ отказывается отъ пищи, но таскаетъ куски у другихъ больныхъ. Чтобы доказать, что ей нужна слабая порція въ виду болѣзни желудка, больная къ каждой визитаціи врача вызываетъ рвоту и бываетъ очень недовольна, если рвотныя массы успѣютъ убрать до прихода ординатора. Однажды больная нѣсколько смутила наблюдающихъ за ней появившимися у нея кровохарканіями. Изслѣдованіе дыхательныхъ органовъ не дало ничего особеннаго; но болѣе внимательный осмотръ мокроты объяснилъ, въ чемъ дѣло, такъ какъ въ ней была открыта шелуха и сѣмечки клюквы: перестали давать клюкву, исчезли и кровохарканія. Бываетъ, что, въ изступленіи бѣгая по изолятору, больная съ страшнымъ крикомъ грызетъ себѣ руки. Врачи

поспѣшно идетъ къ ней, на ходу обдумывая, какія мѣры принять, чтобъ избавить больную отъ самоизувѣченія, но осмотръ рукъ даетъ самые утѣшительные результаты: съ искаженнымъ лицомъ впиваясь въ мышцы предплечія, больная и не думаетъ кусать ихъ, а только насасываетъ красныя пятна. Перечислить всѣ подобные только что описаннымъ приемы—напрасный трудъ: фантазія больной въ этомъ отношеніи не смотря на врожденную недалекость ея неистощима.

Больная крайне мелочна, придирчива, злобна. Она то и дѣло клеветаетъ на кого-нибудь изъ служащихъ или больныхъ. Чтобъ подвести нелюбимую сидѣлку, больная нерѣдко бросаетъ въ ватеръ-клозетъ ложку или что-нибудь въ этомъ родѣ и любитъ потомъ суматохой, вызванною пропажей. За глазами она дразнитъ другихъ больныхъ, а иногда не прочь и ударить кого-нибудь. На глазахъ же подымаетъ отчаянный крикъ и жалуется на переносимыя ею обиды.

До сихъ поръ я умышленно обходилъ молчаніемъ одинъ симптомъ, имѣющійся у нашей больной и поставленный въ заглавіи настоящаго сообщенія. Я говорю о метеоризмѣ. Но прежде чѣмъ описывать, въ какой формѣ наблюдался этотъ симптомъ въ нашемъ случаѣ, я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ объ истеріи пищеварительныхъ путей вообще и объ истерическомъ тимпанизмѣ въ частности. Paul Sollier ¹⁾ говоритъ, что изъ всѣхъ, самыхъ тревожныхъ и грозныхъ на видъ проявленій истеріи анорексія или, какъ онъ предлагаетъ называть ее, ситіейргія (*σιτος* —хлѣбъ, *εἶργω* —отказываюсь) больше, чѣмъ что либо другое, заслуживаетъ названія—роковой, и случаи смерти отъ истерической анорексіи несомнѣнно болѣе многочисленны, чѣмъ это принято думать. Дѣйствительно трудно, представить себѣ, до какихъ степеней истощенія доходятъ истеричныя, страдающія упорной анорексіей. Яркій примѣръ такого истощенія представляетъ больная д-ра G. Gasne'a²⁾.

Явленія анорексіи, какъ говорилось выше, наблюдаются временами и у нашей больной и притомъ въ развитіи ихъ отмѣчается склонность къ правильному періодическому повторенію: а именно они наблюдаются черезъ 3—4 мѣсяца, при чемъ излюбленными мѣсяцами являются: январь, апрѣль и сентябрь. Эта періодичность и рѣзкое паденіе въ вѣсѣ отличаютъ истинные приступы анорексіи отъ притворныхъ, которые нерѣдко продѣлываетъ наша больная.

Другимъ непріятнымъ и тяжелымъ симптомомъ истеріи является неукротимая рвота, которая, по мнѣнію Gowers'a ³⁾, является

¹⁾ Paul Sollier. Anorexie hysterique. Rev. de medecine. 1891.

²⁾ G. Gasne. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1900, 1.

³⁾ Gowers. Руковод. къ болѣзнямъ нервной системы.

еще болѣе опасной, чѣмъ анорексія, и при которой больные иногда погибають, не смотря на всѣ мѣры борьбы съ ней, не смотря на кормленіе черезъ зондъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ истеріи, благодаря спазму глотки или пищевода, актъ глотанія становится невозможнымъ иногда на нѣсколько дней или—въ послѣднемъ случаѣ—проглоченная пища тотчасъ-же извергается рвотой, еще не дойдя до желудка. Послѣднее явленіе называется эзофагизмомъ въ отличіе отъ пилоризма, гдѣ мѣстомъ спазма является pylorus, благодаря чему пища выбрасывается не тотчасъ по введеніи ея въ желудокъ, а черезъ нѣкоторый промежутокъ времени. Д-ръ André ¹⁾ полагаетъ, что непосредственную причину этихъ спазмодическихъ явленій составляетъ гиперестезія слизистой оболочки пищевода и желудка. Не говоря уже о томъ, что при истеріи вообще трудно давать извѣстной группѣ симптомовъ всегда одно и то же объясненіе, въ данномъ случаѣ съ объясненіемъ André мало вяжется указываемое имъ же самимъ отсутствіе тошноты и боли, а нерѣдко отсутствіе вообще какихъ бы то ни было непріятныхъ ощущеній, которыя предшествовали бы рвотѣ. При гиперестезіи больше было бы основаній ждать какъ разъ противоположной картины.

Изъ спазмодическихъ явленій заслуживаетъ еще вниманія заднепроходный спазмъ, вызывающій иногда крайне упорные запоры.

(Продолженіе слѣдуетъ).

¹⁾ André. Болѣзни нервной системы.