

при отсутствіи свойствъ живой матеріи—раздражительности. Фибриллы нервной и мышечныхъ тканей, обладающихъ послѣднимъ свойствомъ, находятся въ связи съ клѣтками; но въ послѣднее время проповѣдуется «эмансипація» мышечной фибриллы отъ клѣтки. Однако наблюденія въ этомъ отношеніи произведены на такой мышцѣ, существованіе которой многими не признается, а именно на dilatator pupillae. Требуется рѣшить, къ какой ткани должна быть отнесена струйчатая основа membranae Bruchii—къ мускульной или невроглии, а пока это не рѣшено окончательно и вопросъ о самостоятельности фибриллы нужно считать открытымъ.

Рѣчь проф. К. А. Арнштейна была покрыта рукоплесканіями.

4. По предложенію предсѣдателя проф. Н. М. Попова единодушно избраны въ почетные члены Общества:

Prof. Krafft—Ebing, Erb, Déjérine, Ramon y Cajal, Golgi, Langley, Flechsig и Retzius.

5. Въ должностныя лица О-ва на новый 1902 годъ оказались избранными: Предсѣдателемъ проф. Н. М. Поповъ, товарищемъ предсѣдателя проф. Н. А. Миславскій; секретарями: В. В. Николаевъ и В. Н. Образцовъ (онъ же секретарь редакціи), бібліотекаремъ В. С. Болдыревъ и казначеемъ А. Е. Янишевскій; въ члены совѣта: проф. К. А. Арнштейнъ, проф. И. М. Догель и А. Э. Гебергеръ; въ члены ревизіонной комиссіи: проф. В. И. Разумовскій, Д. В. Полумордвиновъ и В. И. Левчаткинъ.

Мѣстнымъ редакторомъ журнала «Неврологич. Вѣстникъ» проф. Н. М. Поповъ, иногородній редакторъ проф. В. М. Бехтеревъ.

В. Н. Образцовъ.

Научныя собранія врачей Казанской Окружной Лечебницы.

Засѣданіе 12 Декабря 1901 года.

Д-ръ А. Д. Сколовубовъ продемонстрировалъ препаратъ мозга больной, у которой было душевное заболѣваніе вслѣдствіе травмы черепа съ кровоизліянiями въ мозговое вещество.

Больная А., 47 лѣтъ, за 6 дней до поступленія въ Казанскую Окружную Лечебницу въ состояннн опьяненія упала съ лѣстницы головой внизъ, при чемъ она потеряла сознание. Когда больная пришла въ себя, у нея отмѣчалась спутанность сознания и нелѣпыя поступки, а затѣмъ она сдѣлалась безпокойной и неопрятной; 13 февраля 1901 года была принята въ Окружную Лечебницу. На прїемѣ больная находится въ состоянн рѣзкаго оглушенія: чуть оставить ее безъ вниманія, она сила засыпаетъ; колѣнный рефлексъ слѣва отсутствуетъ, справа сильно пониженъ. Походка у больной—атактическая. Артеросклерозъ. Все время спутанность сознания и спячка. Съ 15 февраля коматозное состоянн, которое съ небольшимъ перерывомъ продолжалось до смерти. Передъ смертью, наступившей 22 февраля, наблюдалось Cheyne-Stokes'овское дыханн и замедленн пульса до 48 уд. въ 1 минуту.

При аутопсн найдено: На основанн черепа имѣются 2 трещины въ затылочныхъ ямкахъ длиною во всю ямку; трещины распространялись лишь на внутреннюю костную пластинку. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки въ области обѣихъ лобныхъ долей найдены сгустки крови, плотно прикрѣпленные къ ней. Въ веществѣ лобныхъ долей съ той и другой стороны найдены фокусы кровоизліянія съ размягченіемъ вещества мозга, величиною съ куриное яйцо. На нижней поверхности лѣвой доли мозжечка, соотвѣтственно расположенію лѣвой трещины черепа и въ области лѣвой сильвіевой борозды, имѣются небольшіе фокусы кровоизліянія съ размягченіемъ вещества мозга. Сосуды мозга рѣзко склерозированы. Докладчикъ обращаетъ вниманн на своеобразную клиническую картину у больной: медленное нарастанн симптомовъ, несвойственное церебральнымъ гемиплегіямъ, почти полное отсутствн колѣнныхъ рефлексовъ, обусловленное коматознымъ состояннмъ; отклоненн языка въ сторону, противоположную парализу, что вѣроятно, объясняется кровоизліяніемъ въ области лѣвой доли мозжечка. Клиническая картина душевнаго заболѣванія, не подходящая ни подъ какую форму типическихъ психозовъ, по мнѣнію докладчика, достаточно объясняется постепенно нарастающимъ давленнмъ изливающейся крови на мозгъ и разрушеннмъ изливающейся кровью сфрага и бѣлаго вещества лобныхъ долей. Докладчикъ обращаетъ вниманн еще на патолого-анатомическую картину: множественность фокусовъ кровоизліяній, довольно обширныя ихъ размѣры.

Пренія.

В. П. Первущинъ, соглашаясь вполне съ докладчикомъ, что въ его случаѣ травма черепа, какъ этиологическій моментъ, имѣла выдающееся значенн для развитія своеобразнаго душевнаго разстройства у больной, что патологоанатомическія данныя поражаютъ многочисленностью и обширностью кровоизліяній въ вещество мозга, и что въ данномъ случаѣ не было обособленнаго и типическаго

психоза полагалъ бы дать нѣсколько иное толкованіе нѣкоторымъ особенностямъ клинической картины, а именно парезъ п. hypoglossi dextri возможно связать съ имѣвшимся кровоизліяніемъ по сосѣдству съ лѣвой сильвіевой бороздой (центр. извилины); отсутствіе или ослабленіе колѣнныхъ рефлексовъ могло обусловливаться ненормальнымъ состояніемъ периферической нервной системы (polyneuritis), спинальныхъ корешковъ или самого спинного мозга, каковой вопросъ протоколомъ вскрытія не разъясняется; атаксія имѣвшаяся, у больной, могла быть слѣдствіемъ или пораженія мозжечка, или отъ размягченія въ лобныхъ доляхъ.

Проф. Л. О. Даркшевичъ отмѣтилъ, что въ данномъ случаѣ интересенъ тотъ фактъ, что трещины черепа произошли въ затылочной кости, между тѣмъ какъ главный фокусъ кровоизліянія локализуется въ лобныхъ доляхъ мозга, т. е. наблюдаются явленія *contre-coup*. Здѣсь Проф. Даркшевичъ напомнилъ одинъ случай, гдѣ послѣ ушиба темянной кости у больной появились эпилептическіе припадки на сторонѣ ушиба. Было предположено, что имѣется кровоизліяніе *par contre-coup*. Трепанация подтвердила правильность діагноза.

В. И. Левчаткинъ, дѣлая заключеніе, сказалъ, что демонстрація докладчика заслуживаетъ вниманія, съ одной стороны, потому, что наблюдавшіяся въ вещество мозга кровоизліянія множественны, а, съ другой стороны, что они велики по своему распространенію. Что касается клинической картины, то В. И. Левчаткину приходилось наблюдать при травмахъ основанія черепа совсѣмъ другую картину—сильное возбужденіе больного, повышеніе чувствительности къ свѣту и звуку, тяжесть въ головѣ, гиперемію лица. Относительно того вопроса, что у больной, которую наблюдалъ докладчикъ, языкъ былъ отклоненъ въ сторону, противоположную параличу, то это, по мнѣнію В. И. Левчаткина, можно, конечно, объяснить кровоизліяніемъ въ вещество лѣвой сильвіевой борозды, но и кровоизліяніе въ вещество лѣвой доли мозжечка могло вызвать тотъ же эффектъ.

Д-ръ А. М. Зайцевъ сдѣлалъ сообщеніе на тему: «Случай психической дисфагіи» (Ауторефератъ). Знакомство съ навязчивыми идеями и патологическими страхами относится къ отдаленнымъ временамъ; психическая дисфагія—страданіе, исключительно обусловливаемое психическимъ импульсомъ; оно представляетъ интересъ по своей практической важности и сравнительной рѣдкости. Знакомство съ психической дисфагіей—достояніе послѣднихъ лѣтъ.

Больная, о которой идетъ рѣчь, средняго возраста, вдова, интеллигентная особа, безъ указаній на патологическую наслѣдственность, серьезными болѣзнями не страдала; въ анамнезѣ рядъ истощающихъ моментовъ. Имѣетъ 3-хъ дѣтей, изъ которыхъ одна дочь страдаетъ истеріей. Около 2-хъ лѣтъ тому назадъ начала страдать головными болями, безсонницей и различными страхами, почерпающими

свой матеріалъ изъ окружающаго—боялась неодушевленныхъ предметовъ, видя въ нихъ опасность по отношенію къ окружающимъ. Она всецѣло подчиняется навязчивымъ идеямъ, опредѣляющимъ все ея поведеніе. Приблизительно въ это же время больная начинаетъ испытывать непреодолимый страхъ за безопасность глотательныхъ и жевательныхъ актовъ—страхъ подавиться. Въ такомъ состояніи больная поступаетъ въ Казанскую Окружную Лечебницу.

Со стороны физической имѣется: значительное общее истощеніе, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, расстройство чувствительности въ смыслѣ парестезій, расширеніе зрачковъ и мелкій треморъ въ рукахъ; съ психической—депрессивное настроеніе, постоянныя жалобы на бессонницу, потерю «чувствъ» и проч.; отмѣчается: нѣкоторая склонность къ преувеличенію, поверхностность чувства тоски, эгоистичность. Изъ всѣхъ симптомовъ особенно останавливаетъ на себѣ вниманіе страхъ подавиться. Впервые онъ возникъ послѣ случайнаго поперхиванія, впоследствии являлся самостоятельно, возникая или въ моментъ акта глотанія, когда пищевой комокъ уже сформировался, или же во время жеванія; и въ томъ и другомъ случаѣ дѣло сводилось къ обратному выведенію пищи. Въ однихъ случаяхъ имѣется только спазмъ глотки, въ другихъ одервенѣніе нижней челюсти въ иныхъ—и то и другое одновременно. Иногда къ невозможности глотанія твердой пищи присоединяется, хотя и не въ такой степени, затрудненіе въ проведеніи пищи жидкой. Въ это время больная испытываетъ сильную тоску; у нея сжимаетъ сердце, выступаетъ холодный потъ. Расстройство глотанія у больной—исключительно психическаго характера; развилось подобно прочимъ страхамъ и навязчивымъ идеямъ, на почвѣ дегенеративной; бросаются въ глаза черты истерическаго характера, играющія въ клинической картинѣ видную роль. Терапія—бромиды, различныя топика гидротерапія—не дала никакихъ результатовъ.

Гипно-терапія оказала нѣкоторое вліяніе только на общее состояніе.

П р е н і я.

Л. О. Даркшевичъ отмѣтилъ тотъ фактъ, что болѣзненные фобіи весьма часты у дегенерантовъ; иногда онѣ имѣютъ своеобразное отношеніе къ профессіи больного и дѣлаютъ его неспособнымъ къ труду. Такъ ему не разъ встрѣчались больные священники, дьяконы, которыми овладѣвалъ непреодолимый страхъ въ различные моменты церковной службы, напр., при выходѣ на амвонъ или на средину церкви; страхъ былъ различнаго рода: то больному казалось, что у него сорвется голосъ, что онъ упадетъ и т. д. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ страхъ былъ настолько силенъ, что больной терялъ всякое самообладаніе: у него кружилась голова, слабѣли ноги. Въ этихъ случаяхъ больнымъ помогало довольно сложное психическое леченіе. Такъ, напр., священнику, котораго охватывалъ страхъ

во время выхода на средину церкви для совершения Литіи во время всеношной, стали ставить въ такихъ случаяхъ аналой, при чемъ во время приступа страха больной клалъ руку на аналой и страхъ его проходилъ, къ нему возвращалась увѣренность въ своихъ силахъ. Другой подобный примѣръ болѣзненнаго страха касался одного опернаго пѣвца, котрый подлѣ вліяніемъ страха чувствовалъ, какъ сжимало его горло и у него появлялось импульсивное стремленіе противъ воли брать невѣрную ноту, но страхъ исчезалъ, какъ только онъ слышалъ свистокъ въ публикѣ. Въ этомъ случаѣ терапия не имѣла успѣха.

Д-ръ Сивре, указывая на извѣстный всѣмъ фактъ, что истеричные очень часто симулируютъ и, основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ надъ симуляціей больныхъ истеріей зырянокъ, спрашиваетъ докладчика, не симулировала ли и его больная, хотя и болѣе тонко и умѣло, такъ какъ она интеллигентная женщина.

Д-ръ А. Зайцевъ отрицаетъ у больной симуляцію.

Д-ръ В. И. Левчаткинъ говоритъ, что симуляція въ данномъ случаѣ была невозможна, такъ какъ за больной былъ неусыпный надзоръ; послѣднее обрекло бы больную на голоданіе; наблюденіе за самымъ актомъ голоданія у данной больной также, по его мнѣнію, исключаетъ возможность симуляціи.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ сказалъ, что на его взглядъ въ основѣ этого спора лежитъ недоразумѣніе, что д-ръ Сивре изъ сложной клинической картины, столь подробно описанной докладчикомъ, взялъ одинъ лишь симптомъ—дисфагію. Относительно дисфагіи, можно, конечно, подымать вопросъ о симуляціи. Но этотъ вопросъ становится несостоятельнымъ, если взять совокупность всей клинической картины. Тогда будетъ видно, что у больной докладчика идетъ дѣло объ рельефномъ случаѣ *psychosis idaeo—obsessivae* и что *dysphagia psychica* у данной больной соединена неразрывной логической связью съ цѣлымъ рядомъ другихъ, родственныхъ ей симптомовъ. Кромѣ этого, по мнѣнію д-ра Н. Н. Топоркова, имѣеть цѣну и отсутствіе у больной какихъ либо мотивовъ къ симуляціи.

Проф. Л. О. Даркшевичъ сказалъ нѣсколько словъ въ защиту истеричныхъ, на которыхъ тяготѣетъ традиціонное обвиненіе въ симуляціи, но что въ дѣйствительности они далеко не такъ часто симулируютъ, какъ объ этомъ учитъ устарѣлый взглядъ; все дѣло въ томъ, что нѣкоторыя проявленія ихъ болѣзни производятъ впечатленіе симуляціи. Одна изъ больныхъ Л. О. Даркшевича, въ искренности которой онъ не сомнѣвается, говорила ему, что если бы она со стороны наблюдала болѣзненные явленія, которыя бывають у нея, она безъ колебанія признала бы ихъ притворными.

Д-ръ А. Сивре, признавая доказательства Л. О. Даркшевича и Н. Н. Топоркова, что это не симуляція, безусловно вѣскими, однако не согласился съ мнѣніемъ Л. О. Даркшевича, что истеричные рѣдко симулируютъ: съ дѣтства онъ зналъ одну истеричную семью, гдѣ вполне доказанную симуляцію онъ могъ ви-

дѣтъ очень часто. Что касается замѣчанія Н. Н. Топоркова, что у данной больной не было мотивовъ для симуляціи, то, по мнѣнію д-ра Сивре, оно не доказательно, такъ какъ мотивы для симуляціи при истеріи очень близко соединены съ самой болѣзнью: желаніе больныхъ заинтересовать чѣмъ бы то ни было окружающихъ есть характерная черта истеріи.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ возразилъ, что, если бы дѣло шло о больной съ рѣзко выраженнымъ истерическимъ характеромъ, то послѣднее мнѣніе д-ра Сивре имѣло бы значеніе. На самомъ же дѣлѣ примѣсъ истерическаго элемента у данной больной настолько незначительна, что можно даже сомнѣваться въ существованіи ея, при томъ же у больной не констатировано никакихъ физическихъ признаковъ истеріи.

Д-ръ Сивре на это замѣтилъ, что вѣдь, у этой больной замѣчено стремленіе къ страшнымъ преувеличеніямъ; такъ напр., она говоритъ, что не спала 1½ года.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ отвѣтилъ, что, ему кажется, что въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи объ умышенномъ преувеличеніи, и дѣло объясняется недостаточнымъ критическимъ отношеніемъ больной къ своей болѣзни. Сонъ душевно больныхъ нерѣдко не приноситъ съ собой привычнаго ощущенія и не освѣжаетъ больного: больной не чувствуетъ, что онъ спитъ, поэтому больные нерѣдко съ полнымъ убѣжденіемъ и искренностью жалуются на бессонницу, которой у нихъ въ дѣйствительности нѣтъ.

Д-ръ А. М. Зайцевъ сказалъ, что въ его случаѣ нельзя говорить о рѣзко выраженной истеріи или истерическомъ характерѣ и что поэтому онъ склоненъ говорить лишь объ истерической окраскѣ нѣкоторыхъ симптомовъ болѣзни. Д-ръ А. М. Зайцевъ полагаетъ, что симуляція расстройства глотанія у его больной, симуляція, на возможность которой указываетъ д-ръ Сивре, въ данномъ случаѣ невозможна, во первыхъ, потому, что она оплачивалась бы слишкомъ дорогой цѣной, цѣной голоданія, а во вторыхъ и потому, что за больной, какъ представляющей особенный интересъ, былъ постоянный неослабѣвающій надзоръ. Кромѣ этого еще приходится считаться съ очень тяжелымъ впечатлѣніемъ, которое производитъ больная на наблюдателя въ то время, какъ она пытается проглотить положенную въ ротъ пищу—на лицѣ выражается сильный страхъ и тоска; лицо блѣднѣетъ, зрачки расширяются, на лицѣ выступаетъ потъ, а на глазахъ появляются слезы. Все это врядъ ли можно симулировать во всякую данную минуту.

Проф. Л. О. Даркшевичъ, интересуясь наблюденіемъ д-ра Сивре надъ симуляціей зрянокъ, спросилъ въ чемъ она сказывается?

Д-ръ А. Сивре сообщилъ, что истерія подъ именемъ «икоты» среди замужнихъ зрянокъ наблюдается очень часто. Она заключается въ томъ, что

больная, видя какой нибудь новый или определенной предметъ, начинаетъ выкрикивать или по выраженію зырянъ «икать».

Проф. Л. О. Даркшевичъ продолжаетъ защищать мысль, что истеричныя не такъ часто симулируютъ и въ ихъ желаніи обратитъ на себя вниманіе врача своимъ положеніемъ въ большинствѣ случаевъ настолько же мало притворства, какъ въ поведеніи ипохондрика, которой во всякой обстановкѣ, во всякомъ обществѣ будетъ описывать состояніе своего желудка и пр. Что касается примѣра относительно зырянъ, то и въ нашей деревнѣ намъ приходится наблюдать то же явленіе—кликушества, но въ этихъ случаяхъ не приходится отмѣчать ни симуляціи, ни желанія заинтересовать своимъ положеніемъ. Приходится также считаться съ народнымъ обычаемъ, по которому, напр., крестьянка при входѣ врача начинаетъ кричать, что она умираетъ, тогда какъ о дѣйствительной опасности нѣтъ и рѣчи. Чтобы устарѣлый предрассудокъ о симуляціи истеричныхъ не служилъ помѣхой для объективнаго отношенія къ нашимъ больнымъ, необходимо личнымъ анализомъ провѣрить, насколько часто встрѣчается при истеріи симуляція.

Д-ръ В. П. Первушинъ, пользуясь случаемъ д-ра Зайцева, сообщилъ о своей больной, у которой вмѣстѣ съ проявленіями большой истеріи, были рѣзко выражены нѣкоторые бульбарные симптомы, а въ томъ числѣ—разстройство глотанія—по всей вѣроятности также истерическаго происхожденія.

Д-ръ Первушинъ имѣлъ возможность наблюдать за различными проявленіями у этой больной (дѣвицы 17—22 л.) въ теченіе 5 лѣтъ. У нея бывала и *paraplegia infer.* въ теченіе многихъ мѣсяцевъ и моноплегія по недѣлямъ и мѣсяцамъ; своеобразныя ритмическія судороги рукъ; въ теченіе всего этого времени амаврозъ и утрата слуха справа въ теченіе 1½—2 лѣтъ; разстройство мочеотдѣленія, упорный кашель, въ высшей степени стойкія анестезіи и проч. Вмѣстѣ съ этимъ отмѣчалось ослабленіе дѣятельности бульбарныхъ нервовъ: одышка, сердцебіеніе, учащеніе пульса до 100—120—160 удар., затрудненіе при жеваніи пищи и при ея проглатываніи, при чемъ пищевая масса проходила въ полость носа, а также повидимому иногда попадала и въ гортань. Эта дисфагія, не смотря на значительное улучшеніе общаго состоянія и другихъ симптомовъ болѣзни, остается и до настоящаго времени, и для нея трудно подыскать какое либо иное объясненіе. Описанный сейчасъ случай, какъ и случай д-ра Зайцева, по мнѣнію д-ра Первушина, заставляютъ отмѣтить тотъ фактъ, что истерія, для которой нерѣдко характерно непостоянство ея проявленій и быстрое ихъ чередованіе, часто обнаруживаетъ, напротивъ, стойкость симптомовъ, однообразіе клинической картины.

Д-ръ М. П. Романовъ припомнилъ одинъ случай психической дисфагіи, окончившейся благополучно. У больной женщины лѣтъ 40—50 постепенно

развились типичныя дисфагическія явленія; когда болѣзненные явленія достигли значительной силы, больная обратилась за совѣтомъ къ одному знаменитому московскому терапевту, которымъ и былъ діагностицированъ ракъ пищевода. Послѣ того больная стала чувствовать себя все хуже и хуже и когда дисфагія достигла крайней степени, явилась невозможность проглатывать даже жидкую пищу. Затѣмъ больная пріѣхала въ Казань. Здѣсь на консультаціи невропатолога и хирурга была распознана психическая дисфагія; при этомъ удалось свободно провести зондъ въ пищеводъ и это благотворно подѣйствовало на больную. Послѣ этого терапия въ видѣ обертыванія мокрыми простынями черезъ нѣсколько мѣсяцевъ почти совершенно излечила больную. Этотъ случай показываетъ, по мнѣнію д-ра Романова, что психическая дисфагія протекаетъ не всегда такъ тяжело, какъ въ случаѣ докладчика, а также этотъ случай заставляетъ обратить вниманіе на ту осторожность, съ которой врачъ долженъ относиться къ діагнозу и терапевтическимъ мѣропріятіямъ у подобныхъ больныхъ, такъ какъ въ такихъ случаяхъ иногда случайно неосторожно сказанное слово врача создаетъ всю картину болѣзни и на долгіе мѣсяцы.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ полагаетъ, что яркіе случаи psych. idaeo—obsessivae представляются значительной рѣдкостью. Интересъ случая д-ра Зайцева увеличивается тѣмъ обстоятельствомъ, что навязчивыя идеи у больной переходятъ въ бредовыя, являющіяся логическими антагонистами первыхъ. Психическій механизмъ дисфагіи у данной больной, въ его послѣдовательномъ развитіи, по мнѣнію Н. Н. Топоркова, представляется въ такомъ видѣ: у больной, подъ вліяніемъ случайнаго препятствія при глотаніи, постепенно развилась навязчивая идея, что она не можетъ глотать. Навязчивая идея не ограничилась одной только сферой сознанія и больная начала испытывать дѣйствительныя, чисто физическія затрудненія при актѣ глотанія. Эти физическія реальныя ощущенія, не покидающія больную и внѣ акта глотанія, логическимъ путемъ вызвали у нея представленія, что у нея болѣзненный процессъ измѣнилъ самый аппаратъ глотанія. И въ настоящее время, по мнѣнію Н. Н. Топоркова, центральное мѣсто въ симптомокомплексѣ дисфагіи занимаетъ не навязчивая идея, а бредовая—ипохондрическая. Къ этому нужно добавить, что у больной и еще имѣются бредовыя идеи, напр., что больная утратила всѣ свои чувства, что она не можетъ ни радоваться, ни испугаться, ни горевать.

Д-ръ А. М. Зайцевъ замѣтилъ, что у своей больной онъ не подмѣчалъ бредовыхъ, ипохондрическихъ идей, связанныхъ съ нарушеніемъ у нея акта глотанія.

Д-ръ Старцевъ спросилъ, было ли хотя какое нибудь улучшеніе въ состояніи больной со времени поступленія въ Лечебницу, или же она выписалась въ томъ же состояніи въ какомъ поступила? Сама ли пожелала или ее выписали въ виду невозможности оказать ей помощь?

Д-ръ А. М. Зайцевъ отвѣтилъ, что дисфагія осталась въ прежней силѣ. Улучшеніе подь вліяніемъ гипноза состояло въ томъ, что больная спала спокойнѣе, улучшился сонъ, она прибыла въ вѣсѣ почти на 20 фунтовъ.

Д-ръ Старцевъ спросилъ, было ли предпринято внушеніе?

Д-ръ Н. Н. Топорковъ отвѣтилъ, что онъ примѣнялъ внушеніе въ бодрственномъ состояніи и что больная никогда не доводилась до полного сна.

Д-ръ Старцевъ спросилъ, не примѣнялись ли въ данномъ случаѣ какія либо убѣжденія помимо гипноза, которыя иногда оказываютъ на такихъ больныхъ благотворное вліяніе?

Д-ръ Н. Н. Топорковъ отвѣтилъ, что все дѣло въ такихъ случаяхъ сводится къ той конституціональной почвѣ, на которой возникало страданіе и что врядъ ли можно ждаты хорошихъ или по крайней мѣрѣ прочныхъ результатовъ тамъ, гдѣ въ основѣ лежитъ глубокая дегенерация.

Д-ръ В. И. Левчаткинъ, дѣлая заключеніе, сказалъ, что случай, описанный въ докладѣ д-ра Зайцева, представляется очень интереснымъ, что видно также изъ оживленныхъ преній, возникшихъ по поводу его. Затрогивался вопросъ о симуляціи дисфагіи у больной, описанной д-ромъ Зайцевымъ, а также вопросъ о наклонности къ симуляціи истеричныхъ вообще. Что касается истеричныхъ вообще, то традиціонная наклонность ихъ къ симуляціи сильно преувеличена. Наши кликуши представляютъ, видимо, аналогичное явленіе съ зырянками больными «икотой»; д-ръ Краинскій, написавшій о кликушествѣ очень обстоятельную работу и самъ наблюдавшій эпидемію кликушества, признаеть кликушъ не симулянтками, а больными *suī generis*, съ явленіями сомнамбулизма въ смыслѣ Шарко. У больной же, описанной д-ромъ Зайцевымъ, едвали можно настаивать на при творствѣ, такъ какъ припадки болѣзни тянутся уже цѣлыхъ 2 года, нѣтъ никакихъ мотивовъ къ симуляціи; наконецъ, симуляція исключается тщательностью надзора за больной и отсутствіемъ у нея выраженного истерическаго характера. Излечимость такихъ больныхъ несомнѣнно зависитъ отъ степени дегенеративности субъекта.

Развитіе бредовыхъ ипохондрическихъ идей въ связи съ психической дисфагіей представляется вполне понятнымъ и дѣлаетъ случай еще болѣе интереснымъ. Острота и тяжесть случаевъ, приводимыхъ многоуважаемымъ Ливеріемъ Осиповичемъ, дѣлается вполне понятной, если принять во вниманіе тяжелую отѣтственность, которая возлагается каноническими правилами на лицъ духовнаго званія, священниковъ, діаконввъ, въ случаѣ различныхъ нарушеній правилъ церковной службы.

Вячеславъ Колотинскій.