

Случай психической дисфагии *).

Д-ра А. М. Зайцева.

Прежде чѣмъ приступить къ описанію наблюдаемаго случая, мы позволимъ себѣ въ немногихъ словахъ коснуться литературы, трактующей о патологическомъ страхѣ вообще и затрудненіи глотанія, обусловливаемомъ психическими воздѣйствіями, въ частности.

Первымъ, подробно описавшимъ картину патологическаго страха въ формѣ агорафобіи, былъ Westphal; онъ же предположилъ, что агорафобія не самостоятельная болѣзнь, а есть лишь проявленіе одного общаго нейроза. По словамъ Fleming'a, агорафобія была описана еще въ 30-хъ годахъ, и затѣмъ въ 60-хъ—Brück'омъ. Schüle полагаетъ, что это страданіе было хорошо извѣстно Griesinger'у. Такимъ образомъ мы видимъ, что знакомство съ явленіями патологическаго страха относится къ довольно отдаленнымъ временамъ. На природу патологическаго страха въ разныя времена смотрѣли различно: Westphal полагалъ, что агорафобія, на примѣръ, нейрозъ, имѣющій нѣкоторое соотношеніе съ эпилептическимъ головокруженіемъ. Jolly смотритъ на патологическій страхъ, какъ на одно изъ проявленій иппохондрии. Gardes считаетъ патологическій страхъ однимъ изъ проявленій тяжелой нейрастеніи; съ его мнѣніемъ соглашается Löwenfeld, при чемъ существованіе приступовъ страха и тоски онъ допускаетъ у одной четверти, и даже болѣе, всѣхъ случаевъ нейрастеніи. Necker, въ своихъ работахъ по этому вопросу, указалъ, что рѣзко выраженные явленія тоски и страха бываютъ у нейрастениковъ болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ. Каап считаетъ чувство страха однимъ изъ „посто-

*) Доложено въ научномъ засѣданіи врачей Казанской окружной лечебницы 12 Декабря 1901 г.

явнѣйшихъ“ проявленій нейрастеніи. Изъ русскихъ авторовъ проф. Ковалевскій и Троицкій первыми высказались за то, что патологія служитъ проявленіемъ общаго нейроза нейрастеніи. Ковалевскій, допуская связь патологіи съ истеріей и ипохондріей, первенствующее мѣсто отводитъ нейрастеніи. Съ этимъ воззрѣніемъ согласны Tamburini, Krafft-Ebing и мн. друг. авторы. Д-ръ Андрей Поповъ, на основаніи литературныхъ данныхъ и своихъ собственныхъ наблюденій, приходитъ къ заключенію, что „связь дегенерациі и, конечно, наследственной нейрастеніи съ развитіемъ патологіи и навязчивыхъ идей несомнѣнна, но не безусловно необходима, такъ какъ у нейрастенниковъ эссенціальныхъ наблюдались признаки рѣзкой патологіи и, мало того, послѣдняя очень рѣдко можетъ являться у людей, до того, повидимому, здоровыхъ“. Различные виды боязни, проявляясь въ самыхъ разнообразныхъ сочетаніяхъ, нерѣдко комбинируются съ другими болѣзненными проявленіями: случай проф. Ковалевского, гдѣ патологія комбинировалась съ ипохондріей и насильственными представленіями; сочетаніе боязни сомнѣнія съ страхомъ прикосновенія въ случаѣ Raynaud и Arnaud; случай комбинаціи навязчивыми идеями, описанный Яковлевымъ и Драгомановымъ, и мн. друг.

Въ виду разнообразія причинъ страха, было предложено не мало классификацій случаевъ патологіи. Regis дѣлитъ всѣ случаи страха на пять фобій: 1) боязнъ неодушевленныхъ предметовъ, 2) боязнъ живыхъ существъ, 3) боязнъ пространствъ, 4) страхъ передъ метеорологическими явленіями и 5) боязнъ болѣзни. На международномъ съѣздѣ врачей въ Москвѣ, Pitres и Regis въ своемъ докладѣ, оставляя прежнюю классификацію, еще раздѣляютъ фобіи на диффузныя и систематизированныя; въ первомъ случаѣ чувство страха носитъ общій характеръ, во-второмъ является болѣе или менѣе систематическимъ и локализованнымъ, причемъ систематизированныя фобіи могутъ быть конституціонными или случайными. Пытались виды страха дѣлить, руководствуясь субъективнымъ методомъ—по ощущеніямъ, воспріятіямъ, представленіямъ и т. д.

Д-ръ Андрей Поповъ въ своей статьѣ „нейрастенія и патологія“ предлагаетъ слѣдующее дѣленіе: 1) панфобія—импульсъ къ страху не обрисовался, и страхъ носитъ характеръ неопредѣленности; 2) abortивныя формы—(asthma psychica), голодъ, бессонница и т. п.; 3) monophobia—импульсъ къ страху вполне опредѣленъ (агорафобія, клаустрофобія и пр.); 4) пантофобія—тяжелая форма страха; здѣсь страхъ возникаетъ по поводу всевозможныхъ объектовъ окружающаго міра и фантазіи и 5)—гдѣ наряду съ фобіей есть навязчивыя идеи и сомнѣнія.

Meunert всѣ виды навязчивыхъ идей дѣлитъ на три категоріи: къ I-ой онъ относитъ случаи, гдѣ въ основѣ лежитъ страхъ передъ

вліяніемъ внѣшняго міра (боязнь пространствъ, высотъ и т. п.), ко второй категоріи относятся случаи, гдѣ человѣкъ боится самого себя, своихъ поступковъ и, наконецъ, третья группа состоитъ въ разстройствѣ формальной стороны мышленія съ одновременнымъ существованіемъ отсутствія представленія цѣли.

За послѣдніе годы описывается особый видъ патологическаго страха, импульсъ къ которому возникаетъ въ моментъ глотанія. Мы говоримъ о своеобразномъ разстройствѣ глотанія—психической дисфагии.

Подъ именемъ дисфагіи вообще понимаютъ обширный рядъ разстройствъ, возникающихъ при актѣ формированія и проведенія пищевого комка. Такимъ образомъ, всѣ заболѣванія полости рта, языка, зѣва и пищевода могутъ вызвать дисфагію. Rosenbach этиологическіе моменты дисфагіи подводитъ подъ слѣдующіе три категоріи: 1) боли, возникающія при актѣ глотанія, 2) функциональныя разстройства принимающей участіе въ актѣ глотанія мускулатуры и 3) механическія препятствія. Въ первую категорію онъ относитъ острые болѣзненные формы, сопровождающіяся воспаленіемъ и изъязвленіемъ слизистой оболочки, причемъ, подъ вліяніемъ болей, прохожденіе пищи прекращается произвольно, или же въ силу рефлекторнаго вліянія. Ко второй группѣ относятся тѣ случаи, когда имѣются на лицо формы спазматическаго и паралитическаго состоянія мышцъ, участвующихъ въ процессѣ глотанія. Причины паралитическаго состоянія глотательныхъ мышцъ могутъ быть мѣстнаго и центральнаго происхожденія; къ первымъ относятся: воспалительныя состоянія мышцъ языка, дифтеритъ зѣва, заболѣванія нервныхъ стволовъ; ко вторымъ—тяжелыя апоплексіи, бульбарныя параженія, заболѣванія Вароліева моста и т. д. Спазмы въ области глотательныхъ мышцъ обуславливаются или мѣстными причинами и имѣютъ рефлекторный характеръ, или же представляютъ частичныя явленія общихъ заболѣваній—истеріи, столбняка, водобоязни и пр.

Къ третьей категоріи относятся ненормальныя сообщенія пищеварительнаго канала съ носомъ или носоглоточнымъ пространствомъ, параличи мягкаго неба и различнаго рода дефекты; сюда же примыкаютъ всякаго рода суженія пищевого пути, заболѣванія самого канала или прилегающихъ къ нему органовъ—опухоли средостѣнія, заболѣваніе аорты, струмы, заднеглоточные нарывы и пр., а также заболѣванія самого пищевода—рубцы, стенозы—послѣдствія ѣдкихъ средствъ и ожогъ, дивертикулы, эктазіи; къ этой же группѣ механическихъ разстройствъ относятся, между прочимъ, и аномаліи слюноотдѣленія.

Описываемое за послѣднее время разстройство глотанія не укладывается ни въ одну изъ упомянутыхъ группъ; это чисто

функциональное расстройство, вызываемое не болью, не органическими поражениями, не механическими препятствиями, а исключительно психическим импульсом—непреодолимым страхом за благополучный исход глотательного акта, боязнью подавиться.

Первым, описавшим болѣе или менѣе подробно это состояніе, былъ д-ръ Ewald Hecker. Онъ приводитъ два случая, въ которыхъ затрудненіе глотанія было рѣзко и характерно выражено. Недавно, почти одна за другой, появились двѣ оригинальныя статьи: одна—д-ра Россолимо (*dysphagia amyotactica*), другая—акад. В. М. Бехтерева (*Dysphagia psychica*). Д-ръ Россолимо описываетъ 8 случаевъ расстройства глотанія, зависящаго исключительно отъ функциональнаго пораженія высшихъ аппаратовъ, заведывающихъ глотаніемъ; состояніе это онъ разсматриваетъ, какъ совокупность признаковъ, подобно заиканію, писчей судорогѣ и др. тикамъ высшаго порядка. На основаніи своихъ наблюденій, авторъ приходитъ къ заключенію, что описываемое имъ расстройство бываетъ обыкновенно у лицъ средняго возраста, чаще у женщинъ, преимущественно у образованныхъ, на почвѣ наследственности; одновременно существуютъ и рѣзкія сосудистыя расстройства; иногда при этомъ бываютъ истерическія явленія, навязчивыя идеи; часты всевозможныя расстройства чувствительности. Предрасполагающія причины: условія, поддерживающія повышенное состояніе чувствующей области—всею чаще состояніе тревожнаго ожиданія, острые огорченія, неправильности половой жизни. Описываемые случаи аміотактической дисфагіи авторъ раздѣляетъ, по преобладанію того или другого момента въ механизмѣ происхожденія и въ проявленіи расстройствъ глотанія, на три главные типа:

1) *Dysphagia amyotactica sensoria*, въ основѣ которой лежатъ всевозможныя парѣстезіи.

2) *Dysphagia amyotactica motoria*, зависящая отъ ослабленія глотательнаго прибора, вслѣдствіе усиленной работы.

3) *Dysphagia amyotactica psychica*, вызываемая особымъ страхомъ, связаннымъ съ глотаніемъ или навязчивой идеей.

Акад. В. М. Бехтеревъ, сдѣлавшій первыя наблюденія надъ психическимъ расстройствомъ глотанія, по его словамъ, лѣтъ 12—15 тому назадъ, выдѣляетъ это страданіе въ особую категорію изъ всѣхъ остальныхъ расстройствъ глотанія. По его мнѣнію, боязню подавиться выражается, какъ и всѣ виды болѣзненнаго страха, въ видѣ безотчетнаго страха, безъ существованія какой либо навязчивой идеи; въ другихъ же случаяхъ, страху предшествуетъ навязчивая идея о возможности подавиться, а отсюда возникаетъ страхъ за правильное выполненіе глотательнаго акта. Чаще, по мнѣнію

Бехтерева, дѣло идетъ только о безотчетномъ страхѣ безъ какихъ либо навязчивыхъ идей.

Затрудненіе глотанія, по наблюденіямъ д-ра Россолимо, происходитъ въ однихъ случаяхъ при прохожденіи твердой пищи; иногда одинаково трудно проходить и твердая и жидкая пища, въ иныхъ же—жидкая пища проходитъ труднѣе твердой.

Въ случаяхъ, наблюдаемыхъ акад. В. М. Бехтеревымъ, дѣло шло о субъектахъ-наслѣдственникахъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ затрудненіе глотанія являлось почти единственнымъ симптомомъ болѣзненного состоянія; чаще обнаруживались одновременно явленія истеріи и нейрастеніи. Самое болѣзненное явленіе развивалось вслѣдъ за случайнымъ происшествіемъ съ глотаніемъ, напр., поперхиваніемъ, игравшимъ роль психического шока; съ этихъ поръ актъ глотанія постоянно приковывалъ вниманіе больного, благодаря чему, въ концѣ концовъ, развивался страхъ при всякомъ вообще глотаніи, и глотательный актъ, не смотря на то, что ни въ полости рта, ни въ полости глотки, ни въ пищеводѣ не наблюдалось никакихъ органическихъ измѣненій и не имѣлось параличныхъ явленій со стороны глотанія, становился невыполнимымъ.

Д-ръ Россолимо обращаетъ вниманіе на то, что въ тѣхъ случаяхъ, когда затрудненіе глотанія является въ видѣ самостоятельнаго болѣзненного явленія, оно обыкновенно бываетъ стойкимъ и очень упорнымъ, и дѣло можетъ доходить до непроходимости пищевыхъ путей зондомъ.

Перехожу къ описанію нашего случая.

Больная Ж., русская, дворянка, 47 лѣтъ, жена врача, интеллигентная, овдовѣла 19 лѣтъ тому назадъ.

Родители умерли въ преклонномъ возрастѣ, обладали хорошимъ здоровьемъ, спиртными напитками не злоупотребляли. Указаній на патологическую наслѣдственность не имѣется. Какими либо серьезными болѣзнями не страдала. Замужемъ была 11 лѣтъ; имѣла 6 человекъ дѣтей, изъ которыхъ трое умерли; оставшіеся дѣти, за исключеніемъ одной дочери, страдающей истеріей, совершенно здоровы, развиты правильно. Всѣ роды были правильны; выкидышей не было. Мѣсячныя начались съ 12 лѣтъ, протекали правильно. Жизнь вела спокойную, вполне обезпеченную. Отношенія супруговъ были примѣрные. Такъ дѣло шло до начала болѣзни мужа больной, смерть котораго была событіемъ, сильно потрясшимъ ее; съ этого времени выступаетъ на сцену рядъ заботъ, тревоженій, матеріальныхъ лишеній; является необходимость ограниченія своихъ привычныхъ потребностей.

Года за 2 до сего времени, Ж. стала чувствовать себя не хорошо: она начала испытывать сильное утомленіе, одновременно съ

этимъ у нея появились сильныя головныя боли, упорная бессонница, а немного спустя, больную начинаютъ мучить всевозможные страхи. О своемъ состояніи въ то время она рассказываетъ сама такимъ образомъ.

„Годъ тому назадъ, какъ началось это ужасное состояніе. Находясь въ полной памяти, прекрасно сознавая все окружающее, я начала испытывать разные страхи, несообразность которыхъ я прекрасно понимала, а отрѣшиться отъ нихъ не могла. Боязнь эта была не за себя, а за окружающихъ меня близкихъ и даже знакомыхъ. Когда я предлагала другимъ что либо скушать, мнѣ казалось все вреднымъ и отравленнымъ, хотя въ тоже время я прекрасно знала, что все это самое свѣжее и доброкачественное; меня смущали неодушевленные предметы, потому что я видѣла въ нихъ заразу“. Ж. приводитъ при этомъ цѣлый рядъ примѣровъ. „Однажды я пришла къ нотаріусу для подписи дѣловой бумаги. Вхожу въ контору, сажусь за столъ; мнѣ дали бумагу; я, какъ была въ перчаткахъ, взяла перо, обмакнула въ чернильницу, и, въ этотъ самый моментъ, меня, какъ молніей, пронизала мысль: „а что, если это перо заражено сифилитикомъ“!? Но другого пера нѣтъ, и приходится писать имѣющимъ у меня въ рукахъ. И вотъ, я снимаю перчатку—мнѣ это кажется лучшимъ,—беру перо, затѣмъ снова бросаю его, снова надѣваю перчатку, снова беру перо, опять бросаю и такъ до тѣхъ поръ, пока не замѣчаю недоумѣвающіе взгляды присутствующихъ; тогда я съ отчаяніемъ хватаю перо, наскоро пишу, наскоро оканчиваю всѣ дѣла и въ страшной тревогѣ и смятеніи спѣшу домой. И долго послѣ этого, я не рѣшалась ни къ чему притронуться.“

Лѣтъ десять тому назадъ Ж. заказала корзину; мастеръ ей хорошо извѣстенъ. Корзина до послѣдняго времени не возбуждала у больной никакихъ подозрѣній. Однажды вспомнила про мастера, уже нѣсколько лѣтъ умершаго, вспомнила, что у него была на которой то щекѣ ссадина; этого было вполне достаточно, чтобы возникъ непреодолимый страхъ передъ корзиной: „мастеръ былъ сифилитикъ и, дѣлая корзину, оставилъ на ней ядъ.... всѣ заразятся... выбросить на дворъ нельзя—могутъ заразиться прохожіе.... надо сжечь корзину“!... Корзина сжигается, и больная успокаивается.

Однажды у больной была въ гостяхъ знакомая. Завтракали; знакомая оставляетъ обѣдать, но передъ самымъ обѣдомъ вспоминаетъ, что у нея дома не топлены печи и, не смотря на всѣ просьбы остаться, уѣзжаетъ къ себѣ. Часа черезъ 1½ Ж. начинаетъ испытывать страхъ; у нея является опасеніе за знакомую—„натопить печи и смертельно угорить“!... Страхъ растетъ и растетъ, безысходная тоска овладѣваетъ больной—въ вискахъ стучитъ, голо-

ва кружится, въ глазахъ зеленые круги, общая слабость; съ трудомъ одѣвается, садится на извозчика, ѣдетъ къ знакомой, и только тогда успокаивается, когда видитъ послѣднюю цѣлой и невредимой.

„Я боялась, говорить больная, всѣхъ острыхъ предметовъ—иглъ, булавокъ, ножей и проч.; мнѣ казалось, что можетъ отломиться конецъ ножа, иголки и вонзиться въ кого нибудь изъ близкихъ или знакомыхъ и причинить имъ громадный вредъ; поэтому я старалась не имѣть никакихъ острыхъ предметовъ; имѣющіеся же у меня по необходимости, внушали мнѣ постоянную тревогу и опасенія“.

„У меня не было ни одной свободной минутки, я всецѣло была поработана страхами; чтобы успокоить себя я имѣла нѣсколько кусковъ мыла, нѣсколько полотенецъ; я только и знала, что мыла руки, терла ихъ, безъ конца вытирала, и, разумѣется, это ни на іоту не подвигало дѣла. Я забыла, какъ я жила раньше, какъ ориентировалась въ жизни, какъ справлялась сама съ собой. Сознаніе невозможности выпутаться изъ этого лабиринта вѣчныхъ страховъ было не выносимо, и я не разъ думала покончить съ собой“.

Съ момента возникновенія страха и до окончанія его, больная, по ея словамъ, испытываетъ безысходную тоску.—„Я не нахожу мѣста, чувствую, что мнѣ нѣтъ выхода. Я ощущаю какъ бы что то тяжелое, давящее на сердце“. Съ самаго начала заболѣванія, Ж. страдаетъ бессонницей и, по ея словамъ, очень упорной; если она и спитъ, то ея беспокоятъ тяжелыя сновидѣнія. Больная много лечилась и не получила нисколько облегченія.

Въ Казанскую Окружную Лечебницу поступила 12 мая 1901 года.

Физическое изслѣдованіе и наблюденіе надъ больной обнаружили слѣдующее: Ж. высокаго роста, слабаго тѣлосложенія, значительно истощена; подкожный жирный слой развитъ слабо. Слизистыя оболочки блѣдны; кожная чувствительность во всѣхъ ея видахъ содержится въ предѣлахъ нормы. Пателлярные рефлексy нѣсколько оживлены, прочіе сухожильные рефлексy въ предѣлахъ нормы, глоточный—не представляетъ никакихъ уклоненій. Жалуются на различнаго рода парѣстезіи—онѣмѣніе кожи головы, ощущеніе покалыванія, ползаніе мурашекъ. Зрачки равномѣрны, значительно расширены, на свѣтъ, боль и аккомодацию реагируютъ живо. Острота зрѣнія нормальна, поле зрѣнія не сужено. Со стороны обонанія, вкуса и слуха—никакихъ уклоненій. Въ рукахъ мелкій tremor.

Со стороны внутреннихъ органовъ имѣется: продолженный выдохъ въ верхушкахъ, глухіе сердечные тоны и неясный первый тонъ аорты. Наблюдаются приливы крови къ головѣ—лицо часто и быстро краснѣетъ. Жалуются на тяжесть въ головѣ, шумъ, го-

ловокруженіе; высказывает жалобы на непріятныя ощущенія со стороны сердца: сердцебиеніе, замирание сердца, стѣсненіе въ груди. Часты жалобы на боли въ области позвоночника.

Настроеніе депрессивное; оно остается таковымъ за все время пребыванія въ лѣчебницѣ, временами нѣсколько ослабѣвая, временами усиливаясь; больная вялая, держится понуро. Сознаніе совершенно ясное. Соображеніе и память нѣсколько ослаблены. На вопросъ—давно ли у нея такое состояніе, сообщаетъ. „Я не всегда была такой—прежде я была энергичной; я поставила своихъ дѣтей на ноги одна, однаѣми своими силами; но послѣдніе 2 года. я—не человекъ! Кромѣ нелѣпныхъ страховъ, у меня нѣтъ никакихъ чувствъ, присущихъ человекѣ отъ рожденія: я не могу ни плакать, ни смѣяться, ни радоваться. ни горевать; все это я понимаю только разсудкомъ. Лобъ у меня точно деревянный; во всемъ тѣлѣ неопредѣленное, непріятное ощущеніе, которое не даетъ мнѣ сидѣть, лежать и ходить спокойно“.

„Такое состояніе, говоритъ Ж., трудно описать и еще труднѣе понять человекѣ здоровому“. По ея словамъ, съ самаго начала болѣзни, у нея исчезъ сонъ и пропалъ аппетитъ. „Вотъ уже 1½ года, какъ я не знаю, что такое освѣжающій сонъ!“ Одновременно съ этимъ, по словамъ Ж., у нея явилась сильная тошнота, которая мучила ее въ продолженіи болѣе чѣмъ 3-хъ мѣсяцевъ. „Вслѣдствіе бессонницы, говоритъ больная у меня стянуло голову какимъ то кольцомъ; лобъ, затылокъ, кожа—все, словно. стянуто“.

Каждый день больная высказываетъ однѣ и тѣ же жалобы на потерю „чувствъ“, на упорную бессонницу, хотя тщательное наблюденіе врачебнаго персонала съ самаго начала установило достаточный сонъ.

Что касается жалобъ на потерю чувствъ, то онѣ являются значительно преувеличенными: стоитъ, напр., внезапно позвать больную въ кабинетъ для бесѣды, какъ она быстро краснѣетъ и видимо волнуется; рассказывая о своихъ страданіяхъ, отчаиваясь въ своемъ выздоровленіи, Ж. говоритъ обо всемъ этотъ дрожащимъ голосомъ, на глазахъ ея показываются слезы, руки дрожатъ; не разъ приходилось заставлять больную въ слезахъ, когда, напр., она читала письма отъ дочери; при чемъ во всѣхъ этихъ и подобныхъ случаяхъ замѣчалось явное желаніе скрыть свои настоящіе душевные движенія.

До сихъ поръ мы обходили молчаніемъ наблюдающійся у больной страхъ за правильность и безопасность глотательнаго акта. По ея словамъ, года 1½ тому назадъ, она случайно поперхнулась; остановившійся кусочекъ при соответствующихъ мѣрахъ со стороны больной—она сдѣлала нѣсколько легкихъ поглаживаній по передней поверхности шеи—благополучно прошелъ. На

сей разъ этимъ дѣло и кончилось. Спустя нѣкоторое время, послѣ этого маленькаго инцидента, когда Ж. случилось какъ то принять пищу, она при первомъ же твердомъ кускѣ, положенномъ въ ротъ, почувствовала какую-то связывающую неловкость въ нижней челюсти и незначительный спазмъ горла; одновременно съ этимъ у нея возникъ непреодолимый страхъ подавиться; пища была немедленно выплюнута, ощущение же сжатія горла и одервенѣлости нижней челюсти продолжало оставаться нѣкоторое время и послѣ.

Такія состоянія бываютъ у больной довольно часто, причемъ къ невозможности глотанія твердой пищи иногда присоединяется, хотя и не въ такой степени, затрудненіе въ проведеніи пищи жидкой; иногда дѣло ограничивается лишь спазмомъ жевательныхъ мышцъ, глотательныя же движенія совершаются безпрепятственно и, такимъ образомъ, дѣло сводится лишь къ затрудненію жеванія; въ иныхъ случаяхъ, одновременно существуетъ и спазмъ глотки, иногда же имѣется на лицо только послѣднее явленіе. Болѣзненный страхъ подавиться возникаетъ у больной не всегда одинаково. Иногда стоитъ ей только положить въ ротъ пищу, какъ является ощущение одервенѣнія нижней челюсти и сжатіе горла, а отсюда невозможность жевательнаго и глотательнаго актовъ; иногда же больная кладетъ въ ротъ пищу, пережевываетъ ее и вдругъ у нея начинаетъ сводить нижнюю челюсть, она становится тяжелой, сжимается горло, и затѣмъ уже возникаетъ непреодолимый страхъ за возможность благополучнаго проведенія пищи, страхъ подавиться. При этомъ Ж. испытываетъ сильную тоску, у нея выступаетъ холодный потъ, сжимается сердце. Это мучительное состояніе временами ослабѣваетъ настолько, что затрудненіе глотанія становится едва замѣтнымъ и сводится лишь къ легкому беспокойству за правильность жевательнаго и глотательнаго актовъ, иногда же достигаетъ такой рѣзкой степени, что приходится оставлять ѣду и дожидаться другого раза. Иной разъ случайно проскользнувшій кусокъ, во время полной невозможности глотать, служилъ къ тому, что страхъ моментально пропадалъ, исчезало чувство сжатія и послѣдующія жевательныя и глотательныя движенія совершались безпрепятственно.

Такимъ образомъ, одновременно съ цѣлымъ рядомъ всевозможныхъ страховъ, почерпавшихъ свой матеріалъ изъ окружающаго, у больной еще имѣется одинъ постоянный, немѣняющійся и почти неисчезающій страхъ, тѣсно связанный съ глотательнымъ и жевательнымъ актами—непреоборимая боязнь подавиться.

Разстройство глотанія, наблюдаемое у больной, безъ сомнѣнія, не вызвано какими либо органическими пораженіями, периферическими раздраженіями, булбарными расстройствами, или мѣстными анестезіями—тщательное изслѣдованіе въ этомъ направленіи даетъ полную возможность исключенія,—а обуславливается, очевидно, пси-

хическимъ импульсомъ. Болѣзненное состояніе развилось подѣ вліяніемъ поперхиванія, подѣйствовавшаго на больную въ качествѣ психическаго шока и положившаго, такъ сказать, начало къ развитію и усиленію страха въ этомъ направленіи. Что касается того, что непреодолимый страхъ подавиться у больной является болѣзненнымъ выраженіемъ общаго нервнаго состоянія, каковыми служатъ у нея и прочія навязчивыя идеи и страхи, это доказывается усиленіемъ затрудненія глотанія съ ухудшеніемъ состоянія Ж. и усиленіемъ всѣхъ симптомовъ ея страданія и—наоборотъ.

Общія явленія со стороны нервной системы выражаются у больной въ слѣдующемъ: настроеніе депрессивное; больная имѣетъ понурный видъ; мимическія движенія бѣдны своимъ разнообразіемъ; ходитъ медленно, движенія вялы, медленны; высказываетъ постоянныя жалобы, какъ я упоминалъ выше, на утрату „человѣческихъ чувствъ“—она не можетъ радоваться, плакать, „сочувствовать горю ближнихъ“; больная думаетъ только о своихъ страхахъ, вѣчно занята своимъ здоровьемъ, которое, между прочимъ, она считаетъ на всегда утеряннымъ; ко всѣму, не имѣющему прямого соприкосновенія съ ея состояніемъ, она относится болѣе чѣмъ равнодушно.

Сознаніе совершенно ясное, память настоящаго, вниманіе нѣсколько ослаблены. Обмановъ органовъ чувствъ за все время не наблюдалось и не наблюдается. Аппетитъ имѣетъ хорошій, спать достаточно, но сонъ, по видимому, ее мало освѣжаетъ.

Испытываетъ часто головныя боли, чувство сжатія головы, тяжесть въ вѣкахъ, шумъ въ ушахъ и временами ослабленіе слуха. Тоскливое настроеніе, существующее у больной, временами производитъ впечатлѣніе поверхностнаго, нецѣльнаго чувства: когда, на примѣръ, на нее не обращаютъ вниманія, она довольно оживленно бесѣдуетъ съ прочими больными, выраженіе скуки и печали исчезаютъ съ ея лица; но стоитъ ей лишь издали замѣтить врача, какъ она старается перемѣнить выраженіе своего лица, старается показаться грустной, угнетенной; временами получается такое впечатлѣніе, какъ будто Ж. рисуется своимъ положеніемъ, рисуется тѣмъ, что она не можетъ, какъ сама выражается, чувствовать по человѣчески, любить ближнихъ, сочувствовать ихъ горю, радостямъ....

Вмѣстѣ съ этимъ больная иногда бываетъ раздражительной, капризной. Одновременно съ этимъ у нашей больной отмѣчается нѣкоторая наклонность къ преувеличенію. Говоря, на примѣръ, о бессонницѣ, больная сообщаетъ, что за 2 почти года она, несмотря на всевозможныя средства, не заснула ни на одну минуту; что за 1½ года она ничего не ѣла, кромѣ лицъ; больная увѣряетъ, что за все время пребыванія въ лѣчебницѣ, она не спала ни одной ночи—„ни одной ночи не смыкала глазъ“!

Далѣе больная любитъ, чтобы обращали вниманіе только на нее, интересовались только ею: она бываетъ не довольна, если врачъ, по ея мнѣнію, мало удѣлитъ ей времени, не выслушаетъ до конца ея безконечныя и все однѣ и тѣ же жалобы, а говорить она готова цѣлыми днями, не переставая и не замѣчая, что повторяется безконечное число разъ; бываетъ недовольна, если врачъ начнетъ бесѣду не съ ней первой, а съ какойнибудь другой больной и пр. въ этомъ родѣ ¹⁾).

Что касается діагностики описываемаго нами случая—кажется, что здѣсь можно быть болѣе чѣмъ краткимъ.

Цѣлый рядъ навязчивыхъ идей вообще и преимущественно останавливающая на себѣ вниманіе идея о невозможности жеванія и глотанія, полная невозможность со стороны больной отдѣлаться отъ этихъ идей и въ тоже время вполне критическое отношеніе къ ихъ нелѣпости—все эти явленія съ достаточной ясностью свидѣтельствуютъ, что въ нашемъ случаѣ мы имѣемъ психозъ въ формѣ навязчивыхъ идей (*psychosis ideo-obsessiva*), при чемъ рядъ такихъ явленій, какъ отмѣчаемая временами поверхностность чувства тоски, нѣкоторая рисовка своимъ положеніемъ, замѣчаемое иногда стремленіе сосредоточить вниманіе окружающихъ преимущественно на своей особѣ, неискренность больной, наклонность къ преувеличенію—все это придаетъ своеобразную истерическую окраску страданію.

Позволимъ себѣ ненадолго остановиться на терапіи, примѣнявшейся къ нашей больной. Гидротерапія, бромиды, различныя топика—нужно сознаться—едвали принесли существенное облегченіе по отношенію къ общему тяжелому состоянію больной вообще и затрудненію глотанія въ частности. Больная также, какъ и въ первое время, испытываетъ временами ослабѣвающіе, временами усиливающіеся страхи; временами выступаютъ на сцену и рѣзкія расстройства глотанія. Гипнотерапія, по отношенію къ основному симптому страданія—расстройству глотанія, не оказала никакихъ результатовъ. Что касается общаго состоянія, то послѣднее, подъ вліяніемъ внушеній, улучшалось лишь на время—дня на 2, на 3; больная, по ея словамъ чувствовала себя бодрѣе, живѣе, сонъ становился болѣе освѣжающимъ; но послѣ этого короткаго періода улучшенія, снова выступали на сцену жалобы на тоску, утрату „чувствъ“—высказывались тѣ же навязчивыя идеи, и передъ нами былъ тотъ же угнетенный, убитый видъ, тѣ же монотонныя и однообразныя жалобы на свое страданіе.

¹⁾ Считаю своимъ долгомъ прибавить, что скорбный листъ больной, кромѣ меня, вели товарищи-доктора: Г. В. Сороковиковъ, Н. Н. Топорковъ и А. А. Царегородскій.

Мы взяли на себя смѣлость сообщить уважаемымъ товарищамъ о наблюдаемомъ случаѣ въ видахъ, съ одной стороны, практической важности подобныхъ заболѣваній, а она очевидна, очевидна во 1-хъ потому, что невозможность глотать, несомнѣнно, можетъ повести къ отказу отъ пищи и къ послѣдующему голоданію, и, во 2-хъ, такого рода больные, на что указываетъ д-ръ Токарскій, чаще всего отправляются къ хирургамъ, а послѣдніе, убѣдившись въ проходимости зондомъ, продолжаютъ употреблять его и въ дальнѣйшемъ, рассчитывая на психическое воздѣйствіе, при чемъ достигаютъ совершенно обратныхъ результатовъ, внушая больнымъ мысль о существованіи у нихъ рака или какого нибудь другого серьезнаго страданія; съ другой стороны, насъ побудила къ этому и сравнительная рѣдкость описываемаго страданія,—даже при столь внушительномъ матеріалѣ, которымъ располагаетъ наша лѣчебница, тѣмъ болѣе, насколько извѣстно, и въ литературѣ до сихъ поръ описано очень мало случаевъ этого своеобразнаго разстройства.
