

СОДЕРЖАНИЕ

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ В ОТДЕЛЬНЫХ НАБЛЮДЕНИЯХ

Предисловие	8
Болезненная неподвижность (<i>Akinesia algera</i>)	9
Насильственный или неудержимый смех и плач при мозговых поражениях	57
Поражение корешков <i>Caudae equinae</i> , вследствие проростания нижней части позвоночного столба злокачественным новообразованием (о болезни А. М. Д.) . 86	
Тетания	107
Сдавление поясничной части спинного мозга, осложненное припадками сомнамбулизма и ревматическим поражением суставов, с благоприятным лечением этих состояний гипнозом	139
Гипноз и значение его как врачебного средства	155

ОТДЕЛЬНЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

О болезненных ощущениях и соощущениях у душевнобольных	211
О слышании собственных мыслей	225
О внушающем влиянии слуховых обманов чувств	237
Боязнь покраснеть как особый вид болезненного расстройства	240
Боязнь покраснеть	247
Новые наблюдения над «боязнью покраснеть»	249
Дальнейшие наблюдения над боязнью покраснеть	257
Об искусственном вызывании обманов чувств у алкоголиков, страдающих галлюцинаторными формами помешательства	266

Миотония как болезнь обмена	270
О лечении миотонии	277
Лечение внушением превратных половых влечений и онанизма	281
О значении смеси из <i>adonis vernalis</i> или <i>digitalis</i> с бромидами и кодеином в лечении падучей	297
Убийство должностного лица душевнобольным, страдающим <i>paranoia chronica</i>	301
Эпилептические и эпилептоидные приступы, протекающие под видом страха	344
О перерождении волокон в продолговатом мозгу при нарастающем параличном слабоумии (<i>dementia paralytica</i>)	356
О непроизвольном мочеиспускании при смехе	357
О навязчивых ненормальных ощущениях и навязчивых обманах чувств	359
О лечении онанизма внушениями в гипнозе	371
О периодической острой паранойе как особом виде периодических психозов	376
О навязчивой улыбке	399
Значение подвешиваний при некоторых спинномозговых поражениях	404
О своеобразном психопатическом затруднении мочеиспускания	410
О малоизвестных ранних симптомах спинной сухотки	420
О феномене коленной чашки как распознавательном признаке нервных болезней и о других сродных явлениях	424
Автоматизм как одно из проявлений мозгового сифилиса . .	432
Об объективных признаках местной гиперестезии и анестезии, наблюдаемых при так наз. травматических неврозах и при истерии	438
О хореической падучей	442

О лечении навязчивых идей гипнотическими внушениями . . .	450
О соотношении между общей и чувственной анестезией на основании клинических и экспериментальных данных	456
Еще несколько слов об объективных признаках гиперестезии и анестезии при травматических невросах	472
О нарушении обмена веществ при неврастении	474
О лечении Виттовой пляски	478
Примечания	485

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ В ОТДЕЛЬНЫХ НАБЛЮДЕНИЯХ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Лиц, желающих ознакомиться с содержанием этой книги, я считаю нужным предварить, что они не имеют дела с курсом нервных болезней в том значении этого слова, какое установилось за этим понятием в последнее время. Это не учебник и не лекции по нервным болезням, а лишь собрание отдельных наблюдений в области нервных заболеваний.

У каждого клинициста в течение его практической деятельности накапливается более или менее значительное число наблюдений, заслуживающих в том или другом отношении внимания и обсуждения. Эти наблюдения, привлекая к себе на первых порах внимание клинициста, с течением времени утрачивают для него интерес свежести и новизны, а потому, не будучи своевременно обработанными, они чаще всего так и остаются не опубликованными. Между тем не подлежит сомнению, что подобные наблюдения, будучи в должной мере оценены в научном отношении, могут представлять живой интерес для лиц, изучающих нервные болезни.

В виду только что сказанного я и решился постепенно обрабатывать скопившийся у меня в этом отношении материал и опубликовать по крайней мере те из встретившихся в моей практике случаев нервных заболеваний, которые представляют собою более выдающийся научный интерес.

В настоящем выпуске помещено всего шесть таких случаев, взятых мною на выбор. Случаи эти послужили предметом сообщений в Казанском Обществе Невропатологов и Психиатров в течение зимы 1892-93 года, в силу чего в описании их и удержана форма обращения к слушателям. Со временем я предполагаю опубликовать и прочий, имеющийся у меня, клинический материал, который и послужит предметом следующих выпусков.

В. Бехтерев

БОЛЕЗНЕННАЯ НЕПОДВИЖНОСТЬ (AKINESIA ALGERA)

Я позволю себе демонстрировать Вам случай болезненного расстройства крайне своеобразного по своим проявлениям и далеко еще не изученного, так как в литературе описано до настоящего времени всего лишь несколько случаев подобного рода. Это обстоятельство, впрочем, ничуть не говорит за редкость самой болезненной формы, а проще всего объясняется тем, что она впервые была описана менее двух лет тому назад. С того времени наблюдения этой болезненной формы были описаны уже несколькими авторами и можно надеяться, что в ближайшем будущем литература в этом отношении будет довольно быстро возрастать, как это мы имели и относительно других описанных за последнее время болезненных форм. Но обратимся к нашему больному.

Вы видите пред собой человека среднего роста, с умеренным питанием тела, причем мышцы могут считаться не особенно хорошо развитыми, подкожный же слой жира имеется в средней степени развития. Поверхности костей совершенно гладки, не бугристы; лимфатические железы без всяких изменений; суставы без малейших следов опухания. Вообще со стороны только что указанных явлений больной не представляет собою каких-либо особых изменений и единственно на что можно указать при внешнем осмотре больного — это на бледность слизистых оболочек, указывающую на его малокровие, и на несколько вялый, апатичный вид больного. Равным образом и внутренние органы его — легкие, сердце и органы живота, — как показало исследование его в госпитале, не представляют существенных изменений. Пульс его около 90 в 1'. Дыхание в обыкновенном состоянии не превышает 20 в 1'. Но мы заставим его ходить. Вы видите, что больной передвигается с большим трудом, он еле переставляет свои ноги, останавливаясь на каждом шагу и прихрамывает, в особенности сильно на правую. Во время ходьбы туловище больного слегка наклонено вперед, руки несколько отведены от туловища и

больной как-бы ищет опоры. При всем том больной уже после незначительной ходьбы сильно устает. Дыхание его при этом учащается и пульс представляется сильно ускоренным, поднимаясь иногда до 50 ударов в 1'.

На первый раз может показаться, что дело идет о парализованном больном, между тем расспросы показывают, что больному трудно ходить вследствие болей, поднимающихся при этом как в двигаемых частях тела, так и в других его областях, в особенности же в спине. Если мы будем производить пассивные движения той или другой ноги, то убедимся что они вообще крайне болезненны; при этом боль чувствуется не только в суставах, но и в мышцах голени и бедер. Если больного заставим производить активные движения той или другой ногой, то он также чувствует весьма сильную боль в двигаемом члене. То же самое наблюдается и в руках: пассивные и активные движения рук вообще болезненны, хотя и в меньшей степени, нежели движения ног. Но болезненность всегда усиливается в резкой степени, коль скоро производится более сильное напряжение мышцами. Даже простое стояние и сидение для больного уже болезненно. По крайней мере больной при этом чувствует боли в различных частях тела, в особенности же в пояснице и ногах.

При исследовании мышц путем ощупывания мы не находим объективно ничего особенного, но давление на мышцы повсюду, хотя бы очень слабое, вызывает болевые ощущения. То же самое обнаруживается и в языке: даже легкое сдавливание его между двумя пальцами болезненно. Точно также механическое раздражение мышц постукиванием молотка для больного крайне болезненно и вызывает рефлекторные явления. Только мышцы лица сравнительно менее болезненны, но и здесь постукивание сопровождается неприятными болезненными ощущениями.

При сдавливали мышц вместе с субъективными заявлениями о боли можно обнаружить и болевую реакцию зрачка, т. е. его расширение. Между тем электрическое возбуждение мышц с помощью фарадического тока не сопровождается

ся, по крайней мере резкими, болезненными ощущениями, исключая, разумеется, того случая, когда раздражение настолько сильно, что вызывает движение электризуемого члена. Но болезненность обнаруживают не одни мышцы, но также и надкостница. Уже самое слабое поколачивание молоточком по костям конечностей повсюду крайне болезненно и вызывает резкие рефлекторные движения, между прочим и со стороны дыхания. Так, например, каждый раз при поколачивании молоточком по передней поверхности *tibiae* появляется сильное вдыхательное движение вместе с болезненным выражением лица. При этом неоднократное поколачивание, кроме словесных заявлений о боли, вызывает довольно резкое покраснение лица, учащение дыхания и пульса. Сухожилия при легком сдавливании также ясно болезненны; но каких-либо местных чувствительных точек на поверхности тела обнаружить у больного не удастся. Мышечные рефлексы повсюду получаются явственно. Позвоночник при постукивании обнаруживает болезненность преимущественно в поясничной и в нижней половине грудной области; верхняя же половина грудной его области, шейная часть позвоночника, а также волосистая часть головы при постукивании почти совершенно безболезненны. Так называется самостоятельная мышечная сократительность (идиомышечная) представляется на грудных мышцах ясно повышенной, на других же местах исследование ее затрудняется, благодаря болезненным ощущениям.

Что касается сухожильных рефлексов, то из них коленные, как вы видите, представляются в настоящее время приблизительно нормальной силы, но при этом правый коленный рефлекс несколько сильнее левого. Надо заметить по этому поводу, что у больного мы наблюдали в госпитале еще очень недавно некоторое повышение коленных рефлексов и ясный, хотя и непродолжительный, стопный феномен с правой стороны. Теперь этого явления уже не удастся вызвать; следовательно оно исчезло за последнее время. У больного можно вызвать также ахилловый рефлекс; локтевых же вызвать не удастся, по крайней мере в настоящее время, вследствие особой болезненности всякого удара мо-

лотком по локтевому сгибу. Обращаясь к кожным рефлексам, мы находим их резко пониженными и только еще на животе удается вызвать уколами рефлекторное сокращение мышц; при этом с правой стороны живота рефлекс обнаруживается заметно сильнее, нежели с левой. Вместе с тем у больного обнаруживается весьма резкая анальгезия на всей поверхности тела; на туловище же и на конечностях нечувствительность достигает такой степени, что прокалывание кожи булавкой насквозь совершенно безболезненно для больного, исключая, впрочем, правой стороны живота, где болевая чувствительность представляется еще сохраненной. Только в том случае, если укол направляется прямо в тело и булавка достигает мышечного слоя, обнаруживается болевое ощущение. При этом случае можно обратить внимание на то обстоятельство, что при столь глубоких уколах, которые я произвожу больному, вы не заметите вовсе выступления крови — обстоятельство, указывающее на сжатие сосудов и след. резкую ишемию кожной поверхности, что обычно, как я указывал в другом сообщении, обнаруживается в анестезированных областях тела. Кроме болевой анестезии у больного обнаруживается анестезия и других родов чувствительности, как то: электрокожной, температурной и осязательной. По отношению к последней надо, впрочем, заметить, что больной при первоначальном исследовании с закрытыми глазами, как я убедился, еще мог руководиться в своих движениях осязательными ощущениями, хотя и отрицал их существование.

Независимо от того у больного обнаруживаются крайне резкие явления со стороны мышечного чувства. Мы заставим больного определять положение членов с закрытыми глазами, и вы убедитесь, в какой степени поражено у него мышечное чувство. Вы видите, что, коль скоро я, после закрытия больному глаз, поднимаю его правую руку вверх и спрашиваю — где его правая рука, он не может этого определить и заявляет, что она у него висит, как она действительно висела ранее, когда глаза больного были открыты. Я заставляю больного найти своей левой рукой правую

и вы убеждаетесь, что вместо того, чтобы искать ее вверху, он ищет ее внизу, в месте, где она по его представлению должна быть свешенной. Тот же самый опыт дает совершенно одинаковые результаты и при определении с закрытыми глазами левой руки с помощью правой.

Интересно отметить здесь, что несознаваемое большим изменением положения его членов удерживается им до тех пор, пока его внимание не будет чем-нибудь отвлечено. Так если руки его будут подняты на воздух, то он удерживает их в этом положении бессознательно до тех пор, пока, например, мы не приступим к электрическому исследованию его мышц или же пока мы не откроем ему глаз. Если мы теперь заставим больного определять своими руками, при закрытых глазах, положение других частей тела, например, уха или носа, то, как вы видите, в общем больной придает своей руке правильное направление, благодаря конечно сохранившимся у него представлениям об относительном положении своих членов, но ему все же не удастся сразу найти своей рукой ни уха, ни носа. Следует заметить, что потеря мышечного чувства у больного обнаруживается повсюду, между прочим и в ногах, и на лице. В самом деле, если больному закрыть глаза и затем тихонько, путем легкого надавливания на подбородок, открыть ему рот, то он будет воображать его по прежнему закрытым. При всем том у больного не обнаруживается ни атаксии движений, ни расстройств в равновесии тела в виде симптома Ромберга.

Что касается органов чувств, то состояние их представляется в следующем виде:

Зрачки слегка неравномерны, причем левый едва заметно шире правого. Световая и аккомодативная (на конвергенцию) реакция зрачков совершенно нормальная. О болевой реакции упоминалось уже ранее. Зрение представляется несколько ослабленным: $\text{visus os. dextr. et sin. } \frac{20}{30}$. Цвета различаются в общем правильно. Поле зрения, исследованное ординатором заведываемой мною клиники Б. И. Воротыньским, ограничено как в том, так и в другом глазу. Границы поля зрения достигают:

В правом глазу.

	белый.	красн.	зелен.
кнаружи	— 24 —	20	— 10
кнутри	— 18 —	17	— 9
кверху	— 15 —	10	— 6
книзу	— 17 —	14	— 9

В левом глазу:

	белый.	красн.	зелен.
кнаружи	— 17 —	15	— 10
кнутри	— 1 —	18	— 9
кверху	— 13 —	9	— 10
книзу	— 15 —	13	— 10

Исследование, произведенное специалистом, показало, что среды глаз совершенно прозрачны, рефракция глаз эметропическая, на дне же глаз существенных изменений не обнаруживается. Не смотря на то, больной заявляет, что на свет ему смотреть неприятно, режет глаза и при этом появляется слезотечение. Что касается слуха, то он также довольно явственно ослаблен: больной не различает боя карманных часов, иначе, как вблизи самого уха; костная же проводимость почти, совершенно утрачена; часов, приложенных к черепным костям даже вблизи уха, больной вовсе не слышит; камертон, приложенный к верхним резцам, только при сильном звуке слышится правым ухом. Обоняние утрачено почти совершенно вкус ослаблен очень резко.

Из других явлений заслуживает внимания ослабление мышечной силы, может быть вполне или отчасти объясняемое болезненностью мышц при всяком их сокращении. При исследовании динамометром в госпитале в половине февраля правая рука сжимала всего 30 кѣ, левая — 22 кѣ. В другое время больной сжимал той и другой рукой около 20 кѣ., а теперь, я думаю, и того менее. Несмотря на то, что больной силится, сжать мою руку как можно крепче, что видно по напряжению, проявляющемуся на его лице, я ощущаю лишь очень слабое сжатие своей руки. При этом у больного можно заметить болезненное выражение лица, доказываю-

щее, что такое усилие для него очень неприятно, тягостно, что он и подтверждает при расспросах. Кроме того, исследуя пульс и дыхание непосредственно вслед за таким усилием, можно заметить их ускорение. Нередко пульс в таком случае поднимается до 120, а дыхание до 30 — 40 в 1'.

Со стороны мочеполовой системы должно отметить с одной стороны ослабление половой деятельности, которое больной стал замечать в последнее время вместе с развитием болезни. Кроме того, в отношении выделения мочи замечается та особенность, что у больного обнаруживаются некоторые задержки в мочеиспускании, причем после произвольного выделения мочи иногда последняя выделяется и произвольно в небольшом количестве, но никаких других местных параличных расстройств, а равно и мышечных страданий у больного не обнаруживается. Речь не расстроена, но несколько вялая. Больной при этом скоро утомляется разговором. Фарадическая возбудимость мышц и нервов без существенных уклонений; гальваническая реакция в качественном отношении нормальна, в количественном же отношении представляется несколько повышенной в сравнении с здоровыми людьми.

Из общих нервных явлений, руководясь жалобами больного, можно указать на тоскливое состояние с чувством сдавливания или стеснения в груди, на головные боли и случающиеся иногда головокружения, на почти постоянные боли в виде ломоты преимущественно в ногах, в спине и в меньшей степени в руках, наконец на приступы сердцебиения и состояние общего недомогания и слабости. Аппетит больного плох; сон также. В психическом отношении у больного заметна вялость и некоторая апатия, но никаких других расстройств.

Нечего и говорить, что больной наш вынужден проводить все свое время на кровати. Обычно он проводит время большею частью лежа, иногда же сидит, хотя и последнее положение для него уже утомительно, и он по возможности избегает сиденья. Должно при этом заметить, что все явления у больного за последний период времени, пока больной

находится в госпитале, заметно усилились и по-видимому еще усиливаются и в настоящее время.

Анамнез нашего больного заключается в следующем: отец и мать больного умерли от чахотки, что конечно может быть не без значения по отношению к болезни нашего больного, так как известно, что бугорчатка и нервные болезни находятся в наследственном отношении друг к другу. О других родственниках больного сведений не имеется. Около 10 лет тому назад сам больной подвергся ушибу, сопровождавшемуся сильным испугом. Через него переехала телега с тремя людьми, при чем колеса прошли по ногам; во время ушиба он потерял на некоторое время даже сознание и затем пролежал в постели более недели. С тех пор он начал испытывать ломоту в ногах, в особенности в бедрах; ходить он мог, но не более версты и при этом сильно утомлялся, боли же в ногах резко усиливались. Больной занимался скорняжным мастерством; работал, как и другие, иногда помногу, пересидевая далеко за полночь, а иногда и немного. С течением времени он заметил ослабление чувствительности по всему телу и вместе с тем развилась болезненность мышц и слабость в ногах, особенно после ходьбы. Затем, будучи лет 15, больной страдал некоторое время снохождением, что продолжалось года два. Эти приступы снохождения сам больной объясняет испугом в ночное время. Лет 16 больной подвергся какой-то болезни с развитием отеков в лице и в конечностях. От этой болезни он лечился в больнице ваннами. Вскоре затем он захворал какою-то общею сыпную болезнью, от которой также лечился в больнице ваннами и мазями. Затем все более и более начала усиливаться общая слабость и болезненность мышц и появилась ломота в костях. Года два назад начало обнаруживаться тоскливое состояние, нерасположение к труду, апатия и приступы головокружения. Достоин внимания также, что прежде при ночных занятиях у больного, по его заявлению, иногда обнаруживалось двоение в глазах.

В настоящее время больной носит звание солдата. В Казанском Военном Госпитале он за короткое время помещается уже в третий раз. Ранее он помещался в терапевтиче-

ское отделение, жалуясь на боли преимущественно в нижних конечностях и на невозможность ходить, но так как при этом никаких объективных явлений не обнаруживалось, то больного выписывали обратно; в третий же раз он был направлен из терапевтического отделения госпиталя в навешиваемое мною нервно-психическое отделение.

Из данных исследований больного в нервно-психическом отделении госпиталя, первоначально произведенного д-ром Б. И. Воротынским, можно отметить следующее: у больного найдена обширная аналгезия по всей поверхности тела за исключением волосистой части головы, где чувствительность всех родов сохранена. В остальных частях аналгезия распределялась не вполне равномерно. На груди, на животе, частью на верхних отделах бедер, задней поверхности плечевых областей рук и подколенных областей, имелось лишь ослабление болевой и электрокожной чувствительности, тогда как на остальных областях туловища, конечностей, шеи и всего лица болевая и электрокожная чувствительность была совершенно утрачена. Что касается осязательной чувствительности, то она при первоначальном наследовании не обнаруживала резких отклонений. Об наследовании мышечного чувства в листке не было отмечено. Походка больного неуверенная, слабая, с широко расставленными ногами, коленные рефлексы резко повышены, а также рефлексы ахиллова сухожилия. При вызывании коленного рефлекса получалось клоническое дрожание всей ноги. Такой же клонус вызывался при постукивании по *tibiae*. Кроме того, быстрым смещением коленной чашки книзу удавалось вызвать у больного клоническое дрожание передних мышц бедра — явление, которое может быть названо феноменом коленной чашки. Кожные рефлексы вялы. Кроме того, при исследовании отмечено фибриллярное дрожание мышц бедра. Постукивание позвоночника в нижней части болезненно. Моча, по заявлению больного, выходит иногда произвольно. Из субъективных жалоб отмечены: ломота в нижних конечностях и боль в спине, в особенности при нагибании; по временам сердцебиение, стеснение в груди, тоскливое состояние и беспричинные слезы.

В первый раз в военном госпитале я подробно исследовал больного 27 февраля настоящего года. Тогда он уже ходил с трудом, хромя сильно на обе ноги, но сильнее на правую. При этом передвижения требовали от больного уже больших усилий, и он приостанавливался после каждых двух шагов на правой ноге. На расспросы больной заявлял о сильной боли в коленях и вообще в ногах при ходьбе. С открытыми и закрытыми глазами он стоял довольно прочно. На одной ноге стоял с трудом, в особенности на правой. Коленные рефлексы были повышены равномерно. При попытках вызвать стопный феномен на той или другой ноге больной заявлял жалобы на боль в голеностопном суставе и вообще в ноге. При этом была замечена общая болезненность всех костей нижних конечностей, таза и нижней части позвоночника. Эта болезненность обнаруживалась в такой степени, что даже легкое поколачивание пальцем по передней поверхности *tibiae* вызывало рефлекторное сокращение мышц бедра, особенно на левой ноге, и учащение дыхания. Вместе с тем была обнаружена резкая гиперестезия всей мышечной системы, в особенности в ногах, туловище и руках. Малейшее давление на мышцы уже вызвало у больного резкую боль. Движения членов, а тем паче значительное мышечное напряжение, вызывали у больного крайнее утомление и сильные боли. В то же время кожная анестезия не только продолжала существовать, но еще и усилилась в значительной мере: теперь аналгезия распространялась уже на всю поверхность тела и вместе с тем обнаруживалась анестезия и всех других родов чувствительности (температурной, осязательной и пр.). Кроме того, у больного была обнаружена анестезия мышечного чувства во всех вообще членах, что поражало в особенности при существовании повышенной общей чувствительности мышц. Деятельность органов чувств — зрения, слуха, обоняния и вкуса — была ослаблена более или менее равномерно на обеих сторонах; лишь зрение представлялось несколько более ослабленным справа, нежели слева. Костная проводимость была почти совершенно утрачена.

Сила мышц вообще резко ослаблена: правая рука сжимала динамометр до 30 кг, левая — до 22 кг. Вследствие болезненности всякого движения больной проводил время лежа или сидя на кровати. Должно, впрочем, заметить, что самостоятельных болей в лежачем положении больной не испытывал, за исключением ломоты в костях tibiae. Дальнейшее исследование показало отсутствие резких изменений электрической реакции мышц и присутствие ограничения поля зрения того и другого глаза. При этом больной высказывал жалобы на общую слабость и нерасположение; по временам же на тоскливое состояние, на головокружения и головные боли. С психической стороны уже тогда обнаруживалась у больного некоторая вялость. Пульс и дыхание без существенных изменений, кроме заметного ускорения их при небольших даже мышечных усилиях: температура всегда была совершенно нормальной; ни отеков, ни усиленного отделения пота, ни каких-либо местных питательных расстройств не замечалось. Во время дальнейшего пребывания больного в госпитале состояние его оставалось без существенных изменений, не смотря на предпринимаемое лечение (внутрибромистые и йодистые препараты), кодеин и пр. прогрессивно все более и более ухудшалось, пока больной не пришел в то положение, в котором мы его находим в настоящее время.

Совокупность симптомов, которую мы встречаем у нашего больного, как вы видите, представляется крайне своеобразной и не может быть подведена под более или менее обычные, известные большинству врачей, формы заболеваний. Главный и существенный симптом, который выдвигается в картине болезни на первый план, — это болезненность активных и пассивных органов движения, т. е. мышц, суставов и костей, затрудняющая до крайности или даже совершенно подавляющая способность передвижения тела и заставляющая больного по мере сил и возможности устраниваться от всякого движения. Что эта болезненность не воображаемая, а действительная, доказательством служить не только резкое учащение сердцебиения и дыхания при незначительном уже движении тела, но и ясная болевая реак-