



КЛИНИЧЕСКИЕ
РАССКАЗЫ

**ВЛАДИМИР
БЕХТЕРЕВ**

**БЫТЬ
ПСИХИАТРОМ**

ДНЕВНИК РАБОТЫ
В КЛИНИКЕ

Клинические рассказы

Владимир Бехтерев

**Быть психиатром.
Дневник работы в клинике**

«Алисторус»

1900-1926

УДК 53
ББК 22.3

Бехтерев В. М.

Быть психиатром. Дневник работы в клинике / В. М. Бехтерев —
«Алисторус», 1900-1926 — (Клинические рассказы)

ISBN 978-5-907363-19-9

Бехтерев Владимир Михайлович – российский невролог, психиатр и психолог, основатель научной школы, автор фундаментальных трудов по анатомии, физиологии и патологии нервной системы, родоначальник социальной психологии в России и создатель первого Психоневрологического института в России. О своем многолетнем опыте работы в клинике для душевнобольных, о ярких и интересных пациентах и не менее ярких проявлениях болезни рассказывает он на страницах этой книги. В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

УДК 53
ББК 22.3

ISBN 978-5-907363-19-9

© Бехтерев В. М., 1900-1926
© Алисторус, 1900-1926

Содержание

Нервные болезни в отдельных наблюдениях	6
Предисловие	6
Болезненная неподвижность (akinesia algera)	7
Конец ознакомительного фрагмента.	32

Владимир Михайлович Бехтерев
ыть психиатром. Дневник
работы в клинике

© ООО «Агентство Алгоритм», 2021

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 перед 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 опору. 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, 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 дыхательное 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 учащаются 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 молотком по локтевому сгибу. Обращаясь к кожным рефлексам, мы находим их резко пониженными и только еще на животе удастся 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 выступания 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 вверх, 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 больным изменение 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 удается 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 расстройства 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: *visus os. dextr. et sin.* 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:

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

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

В правом глазу.

В левом глазу:

Исследование, произведенное специалистом, показало, что среды глаз совершенно прозрачны, рефракция глаз эмметропическая, 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 к, левая – 22 к. В другое время больной сжимал той и другой рукой около 20 к., 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, доказывающее, 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 непроизвольно 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 неко-

торое 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, пересидывая 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 подвергнулся 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 сыпной 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. Достойно 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 терапевтическое 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 наведываемое мною нервно-психическое отделение.

Из данных исследований больного в нервно-психическом отделении госпиталя, первоначально произведенного д-ром Б. И. Воротыньским, 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 уклонений. 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 вялые. Кроме того, при исследовании отмечено фибриллярное дрожание мышц бедра. Постукивание позвоночника в нижней части болезненно. Моча, по заявлению больного, выходит иногда непроизвольно. 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 к, левая – до 22 к. 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 (внутрь бромистые 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 устраняться 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 реакция на зрачок, появляющаяся при простом, сравнительно не сильном, сдавливании мышц, а также и другие рефлекторные явления, вызываемые механическими раздражениями надкостницы и мышц. Из других явлений болезни обращает на себя внимание кожная и мышечная анестезия, поражающая наблюдателя тем более, что одновременное имеется гиперестезия более глубоких частей тела, именно мышц, костей и суставов. Достоин внимания также ясное ослабление у больного кожных рефлексов, как доказательство действительной анестезии тела. Затем нелишне отметить у больного некоторое усиление и неравномерность сухожильных рефлексов и явления, указывающие на некоторое расстройство мочеиспускания. С психической стороны достойны внимания: тоскливое состояние и чувство стеснения в груди, сопровождаемое сердцебиением.

Что касается происхождения болезненного процесса, то прежде всего следует иметь в виду, что больной является субъектом наследственно предрасположенным, что очевидно по крайней мере из того обстоятельства, что оба его родители страдали чахоткой и что он сам ранее страдал снохождением, развившимся будто бы от испуга; непосредственным же поводом к развитию болезни очевидно послужил ушиб, полученный больным лет 10 назад, когда через него переехала телега; при этом случае он сильно испугался, потерял память и пролежал в постели больше недели. По крайней мере с тех пор он и начал чувствовать общее недомогание, слабость и боль в ногах, а также боль в спине. Когда он поступил в солдаты, то болезненность в ногах у него усилилась, вследствие чего он был отправлен в военный госпиталь.

Таким образом на основании этих предварительных сведений можно сказать, что своеобразные болезненные явления, выражающиеся невозможностью движения, вследствие крайней болезненности мышц, суставов и костного скелета, развились у больного на почве некоторого предрасположения, вследствие полученного им ушиба, сопровождавшегося сильным испугом и повлекшим за собою на некоторое время потерю сознания.

В виду этого прежде всего разумеется возникает предположение о существовании у нашего больного так наз. травматического невроза. И действительно, некоторые из сообщенных выше клинических данных, как то: спинные и головные боли, общее нерасположение, вялость, ограничение поля зрения, анестезия тела, могут, пожалуй, говорить в пользу травматического невроза, но в виду вышеуказанных совершенно особых явлений, выдвигающихся на первый план болезненного состояния и несвойственных вообще травматическому неврозу, необходимо прийти к выводу, что мы имеем дело в нашем случае с иным заболеванием.

Обращаясь к литературе, я нахожу, что больной наш, по совокупности своих симптомов подходит к той картине болезни, которую описал в 1891 году Möbius под названием *akinesia algera*. Под этим названием Möbius понимает нервное заболевание, выражающееся намеренной неподвижностью, вследствие болезненности самих движений, несмотря на то, что для этих болей на самом деле не существует какого-либо осязаемого основания. В случаях Möbius'a дело шло о наследственно расположенных лицах, в семьях которых встречались нервные болезни и которые обыкновенно и сами обнаруживали некоторые ненормальности нервной системы с характером неуравновешенности ее (*deséquilibrés*). Болезнь начинается общей нервной слабостью, развивающеюся после чрезмерных напряжений; при этом в начале только сравнительно большие движения оставляют после себя состояние болезненного утомления, позднее же все или по крайней мере большая часть движений оказываются болезненными. При этом боль частью связывается непосредственно с самим движением, частью следует за ним и притом обнаруживается не только в частях, подвергавшихся движению, но даже и в других частях тела. Наконец дело доходит почти до совершенной неподвижности, благодаря чему больные вследствие их беспомощности уподобляются парализованными. Состояние это может продолжаться очень долгое время. Вместе с неподвижностью, вследствие болей обычно существуют на лице и признаки неврастения: дурной сон, подавленное настроение, неспособность к духовной деятельности, чувство тяжести в спине. Напротив того, почти совершенно отсутствовали у больных автора истерические симптомы. Об исходе болезни автор не высказывается определенно, хотя допускает возможность выздоровления. Кроме того, одно из наблюдений автора, доказывает, что к *akinesia algera* может присоединиться, со временем душевное расстройство в виде *parania*.

После только-что изложенного описания автор приводит два своих случая, оговариваясь, что, хотя двух случаев для описания болезненного состояния и недостаточно, но он надеется, что будущее внесет в это описание необходимые дополнения и улучшения. Вот вкратце два описанных автором случая:

1 случай. Учитель гимназии, 33 лет, происходящий от отца, страдавшего *parania*. Больной рос в бедности и под страхом своего больного отца: в юности он был постоянно возбужден-

ным, необычайно честолюбивым и уже студентом работал чрезмерно. В 1887 году появилось давление головы и бессонница. В 1888 году давление головы значительно усилилось и довольно быстро развилась совершенная неспособность самостоятельного мышления. Не смотря па предпринимаемое лечение состояние все ухудшалось и ухудшалось. После совершенной бессонницы в течении 3-х недель с ним развилось своеобразное состояние, о котором он не помнит. Пробел в воспоминании обнимает приблизительно 3—4 недели. Во время этого состояния больной сидел по большей части спокойно и даже его приходилось побуждать к выполнению необходимых отправлений. Но временами больной жаловался на свое состояние, но понимал все и не обнаруживал ни бредовых идей, ни бессмысленных действий. После освобождения от этого состояния, вскоре начались мышечные боли при всяком движении, особенно в руках, затем наступило улучшение после более или менее полного покоя и лечения откармливанием. Затем снова возврат болезни и усиление ее в такой степени, что больной стал отказываться от всякого движения; впрочем, движения головы были совершенно безболезненны и вполне свободны. Питание мышц в общем недурно, лишь на левой руке существовала атрофия *m. interssei*, в особенности первого, что может быть зависело от долговременного держания руки в повязке с шиной. Кожные рефлексы повсюду нормальны. Сухожильные на руках нормальны, коленные же резко усилены, причем слева обнаруживался явственный клонус стопы, справа же лишь намеки на него. Чувствительность кожи и глубоких частей нигде не была понижена; некоторая гиперестезия обнаруживалась лишь в руках и в предплечьях. Сильное давление на мышцы рук было также неприятно, но переносилось легче. Особых болезненных точек нигде не обнаруживалось. На пальцах существовал род гладкой кожи (*glossy skin*). Высшие органы чувств без всяких изменений, речь не нарушена. Говорить и даже написать короткое письмо больной мог, но на дальнейшее он не был способен, так как появлялась тяжесть в голове и всякое мышление казалось невозможным.

Свои жалобы больной выражал в том, что он хотел бы устраниваться от всякого движения, потому что оно вызывает боли. Последние следовали непосредственно за движением, понимались часто до невыносимой степени и продолжались по меньшей мере несколько часов. Чем больше движение, тем сильнее и боль. Но даже при полном покое боли не прекращались совершенно. Дурные дни при этом сменялись лучшими. Сон, аппетит, общее питание, сердечная деятельность и дыхание, состав мочи и половые способности не представляло отклонений. Назначение бромистых препаратов успокаивало больного и улучшало сон; гипнотическое внушение оказалось без влияния. После нескольких месяцев продолжительного покоя последовало улучшение. Сухожильные рефлексы стали слабее, хотя слева все еще обнаруживался в слабой степени стопный феномен; со временем же коленные рефлексы пришли в совершенно нормальное состояние. Костные промежутки на руках выполнились. После некоторого волнения наступило новое ухудшение, но со временем снова обнаружилось улучшение и только в руках оставалась болезненность.

2-й случай. Учительница музыки, 43 лет, происходит от нервной матери, которая в конце своей жизни была парализована. До 20 лет больная была совершенно здорова, во раздражительна и несколько эксцентрична. После смерти отца и матери больная имела неоднократно сотрясательный судороги, во время которых сознание помрачалось, но не утрачивалось совершенно; случались также приступы плача и смеха. В 20 лет начались боли в руках, которые постепенно усилились и принуждали больную держать руки в согнутом положении. При этом обнаруживалось утомление, неспособность к умственному труду и плохой сон. По истечении года ноги были до такой степени болезненны, что больная не могла более ходить. В последующее время ухудшались то ноги, то руки, так что больная могла пользоваться то первыми, то последними; но бывало, что все 4 члена были неподвижны. Когда наступало ухудшение рук, то они находились продолжительное время в судорожном сгибательном положении.

Болезнь продолжалась около 10 лет. Улучшение наступало лишь медленно. Затем 10 лет относительного благосостояния. С лета 1889 г., вследствие телесного усилия и душевного возбуждения, наступил возврат. К концу сентября 1889 г. появились снова тянущие боли в руках и стучащие боли в спине, которые усиливались после всякой деятельности. Раздражительность и склонность к усталости росли со дня на день. Вскоре снова обнаружилось вынужденное положение рук и появились боли в ногах. С половины октября больная уже слегла в постель. Из других явлений можно лишь упомянуть, что однажды во время электризации ее врачом наступил припадок общих судорог. В ноябре 1889 г., во время наблюдения автора больная могла выпрямлять свои полусогнутые руки и вообще могла производить ими при некотором усилии разнообразные движения; она утверждала, что уже небольшие движения ее в высшей степени утомляли и вызывали продолжительные болезненные ощущения в мышцах, в локтях и в спине. Больная могла двигать ногами и могла даже перейти в другую комнату, но это был предел ее способности к передвижению. При дальнейшем усилии наступали боли, которые особенно резко чувствовались в области колен. Голова была совершенно свободна от болей. Органы чувств также нормальны; нигде не обнаруживалось ни анестезии, ни гиперестезии, кожные рефлексы были нормальны, сухожильные усилены, но в пределах физиологической границы. Нигде не обнаруживалось расстройств питания, ни в мышцах, ни в коже. Аппетит, отправления кишечника и мочевого пузыря без изменений. Общее питание было великолепно. Сон был с самого начала болезни плохой, вследствие тягостных ощущений в спине. Он улучшился лишь под влиянием назначения бромистых препаратов. Гипнотическое лечение осталось без успеха. Впоследствии вслед за наступившим улучшением снова началось ухудшение, как думает больная, вследствие принуждения себя к движению, не смотря на боли. Затем больная два раза покушалась на самоубийство, а со временем у нее обнаружилось психическое расстройство с идеями преследования, и больная перестала говорить; при этом расстройства движения исчезли.

В эпикризе своих случаев Möbius, обсуждая описываемое им болезненное расстройство, рассматривает его, как функциональное, психически обусловленное расстройство, а не как органическое. Боли он считает за истерический симптом и понимает их, как болевые галлюцинации, однако не относит болезнь к чистой истерии, но считает ее до известной степени аналогичной общей анестезии, описанной Krukenberg'ом, Heune'ом и v. Ziemssen'ом. Очень близкое состояние к *akinesia algera* по мнению автора представляют недавно описанные Neftel'ем случаи под названием *atremie*. Прогноз *akinesia algera*, по мнению автора, не очень благоприятен. В отношении содержания следует предоставлять больным желаемый ими покой. Автор допускает, что *akinesia algera* может быть причислена к *parania* в широком смысле, т. е. представляет как-бы особый вид этой болезни. Но в тоже время автор отмечает отсутствие в своих случаях душевного расстройства, а равно истерических и ипохондрических душевных состояний в собственном смысле, причем не делает никакой попытки устранить это противоречие.

Так как сам Möbius находит сходство между своими случаями и случаями Neftel'я, то я считаю необходимым привести здесь описание последнего автора.

Под названием *atremie* Neftel описывает болезненное состояние, главный симптом которого заключается в неспособности к напряженным телесным и умственным занятиям при совершенной неповрежденности органов движения и интеллекта. Такие больные страдают самыми разнообразными парестезиями, которые усиливаются до невыносимой степени при всякой попытке ходить, стоять, сидеть, читать и разговаривать, причем после таких усилий состояние их ухудшается на целые недели. Абсолютной потребностью для них является покой. Поэтому они лежат годами в постели и притом в полутемной комнате, так как они очень чувствительны к свету. В клиническом отношении *atremie* по мнению автора, могла бы быть причислена к ипохондрическому душевному расстройству; отличием от последнего однако же служить здесь отсутствие подавленного настроения и сохранение интеллекта при долговременном

существовали болезни. Такое же значение имеют и некоторые другие симптомы, как то: субъективное диспноэ при отсутствии страдания сердца и легких, поносы, отек век, сильный упадок сил, бессонные ночи и отсутствие аппетита, следующие за попытками к ходьбе. С истерией это расстройство не имеет ничего общего, хотя и истерия может при нем существовать.

Четыре сообщенных автором случая относятся к женщинам, у которых болезнь вообще встречается чаще, чем у мужчин, и в более чистой форме, большей частью между 25–50 годами. В этиологическом отношении имеет существенное значение невропатическое предрасположение. Имеются кроме того случаи периодической атремии, которые всегда являются результатом тяжелой психопатической наследственности. Болезнь может длиться много лет, может при этом постепенно сама собою проходить и затем вновь возвращаться. Лечение, по автору, остается безуспешным; в большинстве случаев оно только ухудшает болезненное расстройство. Вот вкратце одно из наблюдений Neftel'я.

Женщина 54 лет из Нью-Йорка, замужем 26 лет, бездетна, имеет неблагоприятную наследственность со стороны своей матери. Уже 6 лет она лежит в постели вследствие того, что при попытках ходить, стоять и сидеть у нее появляются крайне тягостные ощущения, чувство слабости, тошноты, субъективное чувство одышки, невыразимо тягостные ощущения в голове, в спине и в epigastrium, понос и бессонница. При принуждении больной к движению у нее обнаруживался сильный понос и вместе с тем развивалась бессонница и общее расслабление, причем появилась отечность век. Первый кратковременный приступ болезни наступил на 21 году, будучи вызван психическим напряжением; он продолжался всего в течение 2 дней. Затем болезнь возобновилась на 24 году и продолжалась на этот раз два года; затем на 32 году после выкидыша снова развился приступ болезни, длившийся два года. После того случилось еще несколько приступов, от которых больная освобождалась лишь постепенно. Только однажды припадки прошли разом после употребления какого-то лекарства. В промежутках между приступами больная была совершенно здорова и деятельна. Последний приступ болезни продолжается уже свыше 6 лет, причем век средства к его излечению остались без успеха. Больная лежит обыкновенно в постели и притом вследствие светобоязни в полутемной комнате с закрытыми глазами и без всякого дела. Кроме своего мужа и служанки она почти ни с кем не видится, не может ни читать, ни даже говорить долгое время, не усиливая своего болезненного состояния. При этом она жаловалась на те или другие тягостные ощущения общего характера и вместе с тем на чувство давления и иные ощущения в голове. Все движения производятся, однако легко с большей силой. Анестезии не обнаруживается. Настроение в общем хорошее; сон и аппетит не расстроены. Внутренние органы здоровы. Больная женщина очень интеллигентная и не обнаруживала никаких следов истерического состояния. После гальванизации головы и шеи наступило временное улучшение, вслед за которым вновь последовало бесповоротное ухудшение.

Как мы видели выше, Мёбиус находит большое сходство между случаями атремии и его *akinesia algera*. Важным различием между обоими формами болезни служит, по его мнению, то обстоятельство, что при атремии невозможны только ходьба, стояние и сидение, в то время как в постели движения выполняются легко, с полной силою и без тягостных ощущений; между тем при *akinesia algera* все движения членов прекращаются, так что больной становится почти совершенно неподвижным. Атремия содержится таким образом к *akinesia algera* приблизительно так, как астазия – абазия к истерической параплегии. Вторым отличием является то, что при *akinesia algera* вызываются боли в подвижных частях тела, тогда как при атремии ходьбой и стоянием вызываются нарушения общего состояния и парестезии в голове и спине. Менее важным отличием, по автору, служит отсутствие в его случаях светобоязни, склонности к поносам и затруднения дыхания, а также менее выраженные явления церебрастении. Сходство напротив того обнаруживается в отношении этиологии, в течение, в хорошем состоянии питания, в

нормальном душевном настроении во время болезненного состояния и наконец в отношении неспособности к передвижениям.

Позднее¹ Möbius расширил понятие об описываемой им болезни, подводя под нее не только случаи неподвижности обусловленной болезненностью движений без осязаемого основания, но вообще все случаи прекращения функции по той же причине, т. е. вследствие болезненности самой функции. Это будет *araxia algera*. Таким образом к *akinesia algera* примыкают часто встречающиеся состояния, обыкновенно принимаемые за неврастенически, напр. умственная недеятельность вследствие того, что чтение, письмо, разговор и мышление производит давление или боль в голове. Фактически такие состояния отмечались уже при *akinesia algera*. „Но невозможность умственной работы, вследствие вызываемых ею головных болей, говорит Möbius, нам кажется много менее удивительной, чем *akinesia algera*, так как переотягощение головы умственной деятельностью очевидно составляет причину гиперестезии работающих частей, функция которых, позднее вызывает головные боли“. „При *akinesia algera*, как последствие переотягощения головы, наступают боли при движениях членов“. Род промежуточного положения занимает светобоязнь, которая развивается у нервных людей после умственного перераздражения, и которая отмечалась Neftel'em в случаях атремии. При этом не предшествовало никакого перераздражения глаз и тем не менее зрение было болезненно. Вместе с тем боль ничуть не локализуется в самой сетчатке, подобно тому, как при *akinesia algera*, она не помещается в мышцах членов. При светобоязни так же, как при болезненности движений членов, существенное то, что произвольная деятельность, вследствие умственного перераздражения, становится болезненной.

„Перераздраженный мозг, грубо выражаясь, болит не только при мышлении, но и при ходьбе, и при смотреии. Один раз боль ощущается в голове, другой раз в периферических частях. Можно сказать, что при обстоятельствах, которые нам недостаточно известны, не только само мышление болезненно, но вследствие иррадиации болезненны и другие мозговые деятельности».

Далее, приводится автором история болезни известного Фехнера. В этом случае выдающийся симптом болезненного состояния составляла светобоязнь, в остальном же существовало много сходства в особенности с первыми больными автора.

Вслед затем автор пополняет некоторыми данными два свои ранее опубликованных наблюдения. Из них второй случай, перешедший в психоз, кончился смертью и при вскрытии было найдено значительное помутнение и утолщение мягких оболочек и переполнено жидкостью свободных пространств мягких оболочек. Сам мозг был необычайно сух и почти бескровен. Кроме того, начинающаяся пищевая пневмония. Сильная атрофия слизистой оболочки желудка и кишок. Общий маразм.

Наконец, автор приводит в своей статье еще случай атремии, кончившийся самоубийством, который, впрочем, изложен им довольно обще.

Вслед за Мёбиусом одно наблюдение *akinesiae algerae* было опубликовано д-ром Ф. Лонгардом².

В этом случае дело идет о девице, родившейся в 1853 году. Мать страдала *arthritis defrmans*. Отец болен по сие время *parania*. Сама больная, будучи совершенно здоровой в умственном отношении, в юности страдала бледной немочью. На 24 году она получила „воспаление живота“ („*Unterleibsentzündung*“), после чего оправилась и была совершенно здорова. Затем, после четырехлетней непрестанной деятельности в качестве сиделки, у нее появились сильные боли в животе и частые и продолжительные маточные кровотечения. В Бонне у нее нашли миому матки и *retreflexiuteri*. От последнего больная лечилась пессарием. Кроме того,

¹ Möbius. Weiteie Bemerkungen über Akinesia algera. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. Bd. 2. Hft. 5 – 6, стр. 436.

² Д-р. F. Lngard. Zur Casuistik der „Akinesia algera“. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd.2. Hft. 5 – 6 стр. 455.

она еще дважды страдала „воспалением живота“, а в 1882 и 1884 гг. перенесла дифтерит. С 1885 г. она занимается швейным мастерством, отличаясь особым прилежанием и трудолюбием; при этом она жаловалась на неприятную тяжесть в ногах. В 1890 и 1891 гг. знакомыми было замечено в больной некоторое возбуждение, проявлявшееся в речи, в действиях и в обращении. При этом в 1890 г. она жаловалась на боли в ногах. В 1891 г. боли появились также и в руках. Со временем постоянные головные и спинные боли и бессонные ночи. При помещении в гинекологическую клинику в июне 1891 г. найдено; 2 малые миомы матки, эндометрит, сильные боли. При этом жалобы на боли в конечностях и на продолжительную бессонницу. 25 мая 1891 г. больная помещена в терапевтическую клинику. При исследовании с объективной стороны не обнаружено ничего особенного. Суставы не представляли никакого опухания; не смотря на то, больная сопротивляется при сгибании и вытяжении членов, чувствуя при этом боли. При ощупывании суставов также обнаруживаются сильные боли. Последние наступают и при ощупывании мышц и костей. Больная может стоять только короткое время; она медленно переходит от кровати до кресла, опираясь на две палки; большую же часть лежит в постели. Жалобы на головную боль, дурной аппетит и запоры. При лечении теплыми ваннами и внутренним употреблением *natr. salycilici* и антипирина последовало решительное улучшение в состоянии больной. Но улучшение держалось недолго. С середины сентября начались неистовые головные боли, другие же боли распространились по всему телу. В то же время существовал сильный озноб при отсутствии лихорадки. Сон отсутствовал совершенно, запоры усилились. В конце сентября обнаружилась задержка мочи, так что больная должна была подвергаться катетеризации. Не смотря на попытки стоять и ходить, больная в конце концов убедилась, что она не была в состоянии ни стоять, ни ходить. Против болей теперь не помогали никакие средства; только всprysкивания морфия производили некоторое облегчение; также и различные гипнотические средства не вызывали сна. В конце сентября больная уже лежит в постели совершенно неподвижно вследствие болей, препятствующих движению. Только голову она могла несколько двигать в стороны. Ощупывание груди, живота и конечностей, а также малейший щипок кожи и сдавливание мышц причиняет сильную боль. Бессонница, задержка мочи, упорные запоры, отсутствие аппетита и постоянный озноб при отсутствии лихорадки. Вместе с тем сильное чувство жажды. Моча без изменений. В ноябре присоединилось усиление рефлексов; между прочим, с обеих сторон вызывается феномен коленной чашки (*patellar clonus*). Слева сильный, легко появляющийся феномен стопы, справа только несколько сокращений. Со временем начали обнаруживаться изменения с психической стороны: больная сделалась несносной и неприятной особой, обнаруживая явления психического возбуждения, чем поражала всех окружающих. 13 января 1892 г. больная оставила клинику; дома ее состояние в относительно короткое время улучшилось. Спустя 2 недели больная, хотя и медленно, могла двигать руками, брать предметы, и сама могла подносить ко рту пищу. Задержка мочи исчезла. Ходьба представлялась по прежнему невозможной. Жалобы на боли еще были сильны, и больная не спала от этих болей, но сама она заявляла, что они сделались легче, сравнительно с прежними. Больная производила вообще более спокойное впечатление. Исследование рефлексов показало, что на руках они были уже нормальны; коленные рефлексы также не повышены; при этом слева еще существовал феномен, справа же его не было. Таким образом у больной уже исчезло прежнее повышение рефлексов.

При обсуждении своего случая автор указывает что повышение сухожильных рефлексов может быть объяснено состоянием психического возбуждения, что мне кажется, однако не совсем правдоподобным. Подобно Мёбиусу он признает в своем случае необходимость допустить функциональное заболевание, которого связь с психически ненормальным состоянием будто бы очевидна. Автор при этом склонен признать физическое заболевание больной за одно из частных явлений психоза, рассматривая ее состояние, как психическую гиперестезию, связанную с физической гиперестезией. При этом симптомов, свойственных *ragania* и обманов

чувств у больной он не мог обнаружить. Автор не считает возможным рассматривать болезнь, как ипохондрию или как неврастению, так как все поведение не представляло картины ипохондрии и вместе с тем отсутствовало ипохондрическое настроение, неврастеническими же могут считаться лишь некоторые из явлений, в особенности бессонница и повышенная рефлекторная возбудимость. Точно также у больной не существовало в собственном смысле слова ни одного из истерических симптомов.

В виду всего вышесказанного, по мнению автора, его случай всего более говорит за то, что *akinesia algera* и существу представляет собой психоз. В заключение автор находит, что форма, описываемая раньше под названием *irritati spinalis*, имеет много общего с *akinesia algera*.

Далее Эрб³ опубликовал один случай *akinesiae algerae*, который он сообщает, по его выражению, с целью умножения казуистики.

В этом случае дело идет об англичанине 47 лет, происходящем из невропатической семьи, отличавшемся всегда слабостью и нервностью и, хотя никогда не подвергавшемся эксцессам, но уже с раннего возраста, вредившего себе чрезмерными умственными напряжениями. С 22 лет, вследствие сердцебиений, связанных с сердечными болями, обнаруживалась неспособность к гимнастическим упражнениям, которыми ранее он занимался довольно усердно. Затем у больного обнаружили резкие вазомоторные расстройства в виде охлаждения кожи, приливов крови к голове и симметричных болей в берцовых костях. В январе 1873 г. появилось усиленное сердцебиение при всяком движении и сердечные боли; при этом назначение больших доз стрихнина оказалось крайне неблагоприятным. Больной с этого времени не только не мог стоять, но и сидеть, вследствие болей в плечах и в бедрах подобных электрическим ударам. После 14 дней постельного покоя все исчезло, больной оставил постель, но он мог стоять не более 20 минут, сидеть же мог в кресле не более 3 часов 42 минуты. Как скоро больной, хотя бы несколько просрочил, у него поднимались боли повсюду. Так прошло 6 месяцев. Голова всегда была совершенно ясная, головных болей никогда не появлялось; опыт преодолеть это состояние оказался неудачным и приводил еще к более худшему состоянию. Позднее в том же 1873 году больной уже не был в состоянии писать, а затем потерял возможность читать, так как все ему причиняло боль; поэтому все, что было нужно, ему прочитывалось. Так продолжалось до 1878 г. С этих пор, однако он не мог переносить и этого, но мог еще слышать разговор и вести беседу, он мог при этом сидеть только 2 минуты и, если он случайно засиживался 3–4 минуты, он не мог уже ходить, а должен был лежать горизонтально. У него появлялись при этом симметричные боли во всех членах. Из боязни перед болями, он должен был подавлять деятельным образом всякое вообще движение; если же он случайно двигал, какою-либо конечностью, то она оказывалась на некоторое время „как-бы парализованною“. Он удостоверяет, что движение какого-нибудь мускула на одной стороне вызывает боль в симметричном мускуле другой стороны. С 1878 до 1888 г. больной оставался в подобном же состоянии. День и ночь он лежал совершенно горизонтально и в таком положении выезжал гулять. Все остальные отправления были исправны, настроение духа по большей части хорошее, сон плохой. С 1888 года снова начались попытки выходить из горизонтального положения, но опять неудачно: у него появились глубокие симметричные боли в ушах и с этого времени больной не мог более слушать. Можно было сказать больному лишь 2–3 слова, более же он абсолютно не мог переносить; между тем сам он мог говорить совершенно свободно. Новые попытки выходить из горизонтального положения с помощью подкладываемых картонных крышек, к которым присоединялись новые слои картона, не достигли цели: как только картонные слои достигли нескольких сантиметров толщины, вновь появились боли. Не смотря на 14-летнее строго горизонтальное положение, из которого только голова поднималась и свободно могла быть двигаема, больной не потерял юмора и вообще мыслительные его способности не постра-

³ Prf. Erb. Zur Casuistik der „Akinesia algera“. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. Bd III. Hit. 1 – 3. 1892 стр. 237.

дали: он мог решать арифметические задачи и даже сделал себе известное имя, как поэт, так как он мог хорошо диктовать; всякая же ручная работа для него была невозможна, а также и карточная игра, но немного музыки он мог слушать. При беседе с друзьями он ставил условием, чтобы они не говорили ему в промежутках более 1 или 2 слов, причем беседа шла вообще хорошо; о мировых и семейных событиях он получал известия по капле, читать телеграммы, письма или заучивать наизусть стихотворения он мог только по 1 или по 2 строки зараз. Беседа проф. Эрба с ним должна была производиться точно таким же образом. Больной, не переносивший вопросов более чем из 1–2 слов, как бы не замечал, что он совершенно свободно может слушать и переносить свою речь. Нервности или истерического состояния замечено не было. Исследование больного, вследствие боязни его за возможность появления болей, могло быть произведено лишь неполным образом. Проф. Эрб мог лишь убедиться, что ноги были худы, лежали вытянутыми и что их чувствительность была нормальна; коленные рефлексy не были испытаны. Все остальное и между прочим подвижность, чувствительность, рефлексy оказались нормальными; бесчисленные опыты лечения или оставались без влияния, или только ухудшали положение. Гипнотизирование не удалось.

Этот случай, замечательный по продолжительности страдания, может считаться, по Erb'у, типичным примером неподвижности обусловленной болями или страхом перед болями; при этом имелась тяжкая невропатическая наследственность, симптомы же неврастения и истерии или какого-либо психоза совершенно отсутствовали.

В самое последнее время был опубликован случай *akinesiae algerae* д-ром В. Кёнигом⁴.

Больная, 48 летняя женщина, была принята в Дальдорф с диагнозом *ragania*. В анамнезе отсутствие наследственного расположения; родители умерли от грудных болезней. При исследовании найдено некоторое ослабление умственных способностей (очевидно природное). Кроме того, обнаруживались ипохондрические идеи, а также бред преследования и отравления. С 19 октября 1891 года больная слегла в постель, жалуясь на боли в суставах; объективно – никаких изменений и не обнаружено никакой определенной причины ее жалоб. Вскоре боли появились при прикосновении и движении и во всех других местах. Повышенной t° , утолщения суставов, отека и экзантемы не обнаруживалось вовсе. С 5 ноября появились болезненные сокращения в правой ноге. Припадки состояли в том, что больная плачет и кричит от боли, правая ее нога, будучи слегка согнута в колене, делает медленные ритмические движения в колене и голеностопном суставе, напоминающие произвольные; давление на *p. peroneus* и *ischiadicus* болезненно. Больная, однако кричит также и при давлении на суставы, кости и мышцы; сухожильные рефлексy сохранены; стопный и осязательный рефлексy получаютcя с обеих сторон. Постукивание по голове совершенно безболезненно, по временам судорожный тремор в правой ноге и правой руке. Вместе с тем появились боли в правом кистевом суставе. Сила правой руки резко ослабела. Больная без поддержки может ходить лишь с трудом; она держит левую ногу вытянутой, делает малые шаги и пошатывается. Ходьба ей очевидно болезненна. По истечении часа боли и сокращения прошли.

В последующие дни болезненные судороги повторялись, причем насильственное ограничение судорожных движений усиливало боли. Затем внезапно явилась анестезия с левой стороны, а спустя полминуты анестезия распространилась на все тело и относилась ко всем вообще родам чувствительности; оценка положения членов в пространстве также представлялась глубоко нарушенной. Рот скашивался несколько влево, речь сделалась несколько носовой. Язык, хотя и высовывается прямо, но не может двигаться кверху и вообще быстрые движения его невозможны, вследствие чего произношение сделалось неясным. Больная утверждает, что она ничего не видит обоими глазами, даже не различает света от тьмы; рефлекторное же сокращение век сохранено, глазное дно и преломляющие среды нормальны. При уколах стопы

⁴ W. Knig, Centralblatt f. Xervenheilkunde. Miirz, 1892.

появляется рефлекс, который больная обозначает болезненной судорогой и плачет от боли, хотя сами уколы больной не ощущаются вовсе. При уколах не замечается ни капли крови. Пассивные движения ног также болезненны. Язык стал отклоняться вправо; правая глазная щель сделалась заметно уже левой. Уже слабое постукивание мышц возбуждает сильные боли; при этом боль обнаруживается еще несколько секунд по прекращении постукивания. Больная с трудом стала высовывать язык и начала лепетать, как маленький ребенок. Наведенный ток, едва ощутимый здоровым человеком, вызывал сильные боли. При движении шеи также чувствовалась боль в левой стороне. При пальпации болезненность обнаруживалась в различных мышцах лица, шеи, груди, живота и спины; коленные и ахилловы рефлексы оживлены. Со временем анестезия частью исчезла. Расстройства эти продолжались и в ближайшие дни с некоторыми, впрочем, колебаниями и изменениями. Сон все время умеренный. Никаких нарушений со стороны внутренних органов не обнаруживалось. Равным образом не обнаруживалось и никаких изменений в отношении электрической возбудимости мышц. Вместе с тем во время болезни не замечалось понижения веса. Мышцы были исследованы под микроскопом, причем существенных изменений не оказалось. Моча без белка и сахара. Врачебные мероприятия оказались без влияния. Постепенно наступило самостоятельное улучшение, но полного излечения не последовало. Необходимо еще заметить, что больная в молодости имела подобное же состояние, длившееся с год.

При обсуждении своего случая, автор указывает, что вместе с симптомами *akinesiae algerae* имелись на лице у его больной истерические и ипохондрические симптомы, которые придавали всей картине болезни выражение психического расстройства. Автор обращает внимание на несомненное усиление со стороны больной некоторых симптомов (напр. заявление ее о совершенной слепоте при сохранении зрения), что объясняет ипохондрическими представлениями, автор однако убежден на основании своих наблюдений, что о симуляции болевых ощущений не может быть и речи. Расстройство речи, как и расстройство зрения, автор считает за ипохондрическое, а не истерическое явление и ссылается при этом на случаи Клинке с подобными же расстройствами речи при несомненно ипохондрических состояниях⁵.

В конце концов автор присоединяется ко взгляду Möbius'a, что *akinesia algera* должна быть причислена к *ragania* в широком смысле слова, причем мышечные боли автор, принимает, как и Мёбиус, за болевые галлюцинации. В его случае *akinesia* составляет эпизод в течение *ragania hypochondriaca*: по автору можно ее прямо, понимать, как ипохондрический приступ. Против этого, по автору, ничуть не говорит то обстоятельство, что в течение болезни обнаруживались и истерические явления. Ипохондрический элемент во всяком случае дает в его случае общий колорит всей картины болезни.

Считаю необходимым заметить, что расстройство, о котором здесь идет речь, мне было известно очень давно. Еще будучи врачом клиники душевных болезней в С.-Петербурге, приблизительно в 1879 или в 1880 году, я получил под свое наблюдение больного, который представлял собой несомненный случай расстройства, описываемого в позднейшее время под названием *akinesia algera*.

Это был инородец из наших прибалтийских губерний, субъект довольно хорошего сложения, солдат, который, заболел *akinesia algera*, перебивал неоднократно в военных госпиталях и лазаретах, прежде чем был направлен на предмет испытания в клинику душевных болезней. Хотя больной поступил без всяких предварительных сведений, но из того обстоятельства, что он прислан был в клинику на испытание, можно было предполагать, что в других госпиталях и лазаретах, по которым, как видно из слов больного, он мытарствовал уже в течение нескольких лет, в нем не признавали присутствия болезненного расстройства, т. е. считали его притворщиком или по крайней мере само болезненное расстройство признавалось неясным и сомни-

⁵ Allgem Zeitschrift. f. Psych. 1891. стр. 233.

тельным. К сожалению, сам больной настолько плохо владел русским языком, что собрать от него самого точных анамнестических сведений не удалось.

Произведенное мною исследование его в клинике дало следующее: больной ходит, опираясь на два костыля и употребляет на то необычайные усилия. При всем том походка его крайне затрудненная, медленная, каждый шаг больной делает с необычайным усилием и с осторожностью, причем из расспросов выясняется, что он не может ходить, вследствие болей, испытываемых им при этом в ногах и в туловище. Без костылей больной ходить совершенно отказывается. Больной предпочтительно лежит, так как уже сидение его тяготит в значительной степени. В покойном положении у больного боли, если и бывали, то сравнительно слабые, но, как только он начинает движение членов, у него появляется тотчас болезненность в мышцах. Уже незначительное подавливание на последние с помощью пальца, вызывает резкие болезненные ощущения и это замечается в мышцах вообще всего тела; тоже самое обнаруживается и при постукивании по мышцам молоточком. Равным образом постукивание, даже самое легкое, по костям скелета, напр. по коленной чашке, по tibia, по костям предплечья, плеча и пр. сопровождается крайне болезненными ощущениями. Что эти ощущения не были ложны и не были выдумываемы больным, доказывало то обстоятельство, что у него при этом появлялось болезненное выражение лица, учащение сердцебиения и даже дыхания, а вместе с тем можно было совершенно ясно наблюдать болевую реакцию зрачка. Физическая сила мышц, исследованная с помощью динамометра, представлялась ослабленной, может быть вследствие болезненных ощущений, появляющихся при этом в мышцах.

Исследование кожных ощущений показало значительное притупление всех вообще родов чувствительности, причем на всей поверхности тела обнаруживалась почти совершенная аналгезия. Надо заметить, что в некоторых местах кожной поверхности больного, имелись рубцы, которые, по его объяснению, являются результатом испытания его болевой чувствительности в других военных госпиталях. Мышечное чувство было также глубоко поражено. Из других расстройств обнаруживалось заметное усиление коленных сухожильных рефлексов, причем при ударе молотка по коленному сухожилию у больного обнаруживались содрогательные движения ноги. Пульс представлялся в большинстве случаев несколько учащенным, по крайней мере в периоде исследования, но t° оставалась всегда нормальной. Со стороны внутренних органов ничего патологического. В психическом отношении больной не представлял резких отклонений, кроме кажущегося на взгляд окружающих усиления своих болезненных расстройств.

Приняв во внимание найденные у испытуемого явления, я признал его за больного, страдающего совершенно своеобразной болезненной формой. Мой диагноз, однако не был принят в клинике и, сколько мне известно, согласно мнению одного из моих товарищей по клинике доктора С., больной был признан за настоящего ипохондрика.

В силу этого больному было назначено методическое упражнение его двигательной сферы, костыли были у него отняты и его побуждали ходить. Больной под влиянием этих побуждений действительно в начале как будто стал несколько лучше ходить. По крайней мере напрягая все свои силы, больной мог с большим трудом передвигаться на некоторое расстояние, напр. мог с большими усилиями и стонами пройти кое-как через клинический коридор на двор клиники до ближайшей скамейки и затем после продолжительного отдыха обратно. Это кажущееся улучшение продолжалось, однако не долго. Спустя некоторое время, больной совершенно отказался ходить, лежал все время на кровати и видимо ослабел настолько, что о ходьбе более не могло быть и речи. При этом у больного обнаруживались те же явления, как и ранее, в отношении чувствительности тела и болезненности мышц и костного скелета; но сверх того стали появляться судорожные клонические содрогания в мышцах конечностей, в особенности резко выраженные в нижних конечностях и достигавшие здесь иногда, в особенности при исследовании, степени общей сотрясательной судороги. Сухожильные рефлексы по-

прежнему были крайне резко усилены и у больного обнаруживался феномен стопы как с той, так и, с другой стороны. При вызывании коленных рефлексов нередко появлялась вышеуказанная сотрясательная судорога нижних конечностей. Кроме того, у больного обнаруживалось резкое учащение пульса, который в тоже время представлялся на ощупь довольно слабым, и вместе с тем учащение дыхания. Со временем все эти явления еще более усилились; вместе с тем усилилась и общая слабость, так что больной уже не мог подниматься даже на кровати, а затем присоединялись своеобразные явления со стороны речи, которая начала напоминать собою детский лепет. Затем на расспросы больной стал отвечать же различными непонятными и часто ничего не значившими звуками, иногда походившими на какое-то безмысленное бормотание, или же наконец просто больной вместо ответов производил совершенно своеобразное шлепанье губами. Так продолжалось еще несколько времени, пока больной не умер в период временного отсутствия моего из клиники от неизвестной для меня причины. Вскрытие, как я узнал впоследствии, было произведено, но, сколько мне известно, макроскопически в мозгу не было найдено никаких изменений. Какие изменения найдены при микроскопическом исследовании и производилось ли оно в этом случае мне остается неизвестным.

Нечего и говорить, что совокупность описываемых здесь симптомов вполне подходит к картине, описанной в последнее время Möbius'ом и в особенности König'ом. Но в то время, когда я наблюдал больного, еще не было описано этой болезненной формы. Тем не менее уже с самого начала своего наблюдения я признал в картине болезни совершенно своеобразные особенности, не позволявшие мне состояние больного оценить с точки зрения известных в то время болезненных форм. К сожалению случай этот не был опубликован.

Позднее, именно в 1886 году, в Казани мне встретился другой случай, который по совокупности симптомов подходит к той же картине болезни и о котором было заявлено уже и в литературе. Это был больной, который ставил в тупик и врачей местного военного госпиталя, куда он был первоначально помещен и врачей Окружной Лечебницы, куда он временно, по моему же совету, был переведен для исследования и наблюдения. Об этом случае врачом военного госпиталя В. М. Ворониным, в свое время, было сделано сообщение в заседании Казанского Военно-Санитарного Общества от 24 сентября 1887 года, под заглавием: „Симуляция или болезнь?“

Так как в описание этого случая, сделанного автором сообщения, не вошли результаты подробного исследования и наблюдения, произведенных в Окружной Лечебнице мной совместно с клиническим ординатором В. И. Васильевым и так как мне самому неоднократно приходилось наблюдать больного в военном госпитале в качестве консультанта, то я приведу здесь описание этого интересного случая, сделанное в общих чертах уже д-ром Ворониным в вышеуказанном сообщении, с теми дополнениями, которые я имею возможность сделать на основании хранящейся у меня истории болезни этого случая и других сведений о больном.

Дело идет о новобранце Ревельского полка 3. 21 года, из Ломжинской губернии, принятом в Казанский военный госпиталь с диагнозом „бронхит“. Какие собственно явления наблюдались при поступлении в военный госпиталь, мне остается неизвестным. Но в марте месяце того же года я был призван в госпиталь для консультации по поводу этого случая. Я нашел больного в состоянии хорошего питания, лежащим на кровати и издающим почти постоянно глухие стоны от болей в различных частях тела, преимущественно в мышцах и костях. В то же время у больного существовала крайне сильная одышка и ускорение пульса при нормальной температуре и при отсутствии явлений со стороны легких, которыми можно было бы объяснить чрезмерную и почти постоянную одышку у больного: коленные рефлексy были усилены и вызывание их вообще болезненно. Самое незначительное постукивание по костям и мышцам для больного уже было крайне болезненно, тогда как к уколам и вообще болевым раздражениям кожа оставалась совершенно нечувствительной. Вместе с тем всякое движение для больного было крайне болезненно, вследствие болей, поднимающихся в мышцах, а потому больной

не сходил с кровати и только с трудом, с оханьем и стонами мог садиться на нее с помощью посторонней поддержки.

В виду этих данных, полученных при беглом исследовании, я тотчас заподозрил своеобразное нервное расстройство с ипохондрическим оттенком, подобное тому, которое мне удалось наблюдать впервые в С.-Петербурге, о чем я и заявил тогда же врачам госпиталя, а для более подробного наблюдения и исследования предложил перевести больного в Казанскую Окружную Лечебницу, что и было исполнено.

Результаты наблюдения этого случая в Окружной Лечебнице я передам здесь по истории болезни, составленной бывшим ординатором моей клиники В. И. Васильевым. З. родился в 1862 г.; он поляк, крестьянин, был взят в военную службу в 1886 г. Отец и мать его страдали удушьем, что вероятно и послужило причиной их смерти; спиртными напитками они не злоупотребляли. Больных между родственниками нет. Сам З., будучи 13-летним мальчиком, упал с высоты и ударился грудью о землю, после чего страдает удушьем. До этого же был совершенно здоров.

С первого дня поступления на службу З. был помещен в Казанский Военный Госпиталь, где пробыл с января по 13 марта 1886 года.

Из госпитальной истории болезни видно, что З. все время жаловался на сильную головную боль и удушье, часто и поверхностно дышал, обнаруживал большую слабость, не мог не только ходить, но даже подняться с постели и кроме того сильно кашлял. T° тела почти все время была в пределах нормальных, колебалась между 37° и 38° , и только одень раз, именно 6 февраля, наблюдали лихорадочный приступ с t° в $40,2^{\circ}$. Объективное исследование грудных органов в первый день пребывания З. в госпитале ничего существенного не показало, кроме бронхиального дыхания, но и этот болезненный симптом скоро исчез. Только 6 февраля, в день лихорадочного приступа, при выслушивании легких обнаружены были свистящие хрипы. Другие больные, лежавшие в одной палате с З., заявляли врачам, что он сильно кашляет только во время визитации и делает частые и поверхностные дыхания только тогда, когда за ним наблюдают, смотрят. Последнее подтвердили двое фельдшерских учеников. Одень из врачей наблюдал за спящим З. и заметил, что во время сна он дышал совершенно спокойно, как здоровый человек, вдыхания были глубоки и правильны; когда же З. проснулся, то стал снова дышать поверхностно.

13 Марта 1886 года З. был отправлен в Окружную Лечебницу. Произведенное там исследование показало следующее: больной среднего роста, удовлетворительного телосложения. Кожа бледна, дрябла, на конечностях с синеватым оттенком. Видимые слизистые оболочки тоже бледны, с синеватым оттенком. Подкожный слой развит достаточно, мышечный слой имеет нормальный объем. Соответственно нижней доле левого легкого замечается значительное притупление звукового тона. То же самое имеется и под правой ключицей. При выслушивании в этих местах обнаруживается бронхиальное дыхание и крупнопузырчатые хрипы. При откашливании получается ржавая мокрота. T° тела $37,8$, дыхание 80, пульс 120.

Живот вздут, язык обложен небольшим количеством беловатого налета. Кожные рефлексы везде понижены до *minimum'a*; сухожильные, костные и мышечные напротив того повышены настолько, что дают распространенный клонус. Чувствительность к давлению везде повышена, так что самое легкое прикосновение рукой вызывает уже боль. Обоняние, вкус и слух заметно не изменены. Зрачки хорошо реагируют на боль и аккомодацию. Цветоощущение правильно. Веки опущены и больной совершенно не может поднять их, насильственное же приподнимание век причиняет боль. Осязательное и температурное чувство везде различается плохо; при уколах больной не испытывает болевых ощущений, но достаточно легкого давления на мышцы и кости, как больной заявляет о болевых ощущениях. Больной громко стонет, охает, ничего почти не говорит, ограничиваясь односложными ответами. Выражение лица страдальческое. Только с большим трудом он может стоять на ногах, наклонившись вперед

всем туловищем. Правда, он может пройти небольшое пространство, но это для него крайне болезненно, стоит больших усилий, и он скоро падает. Больной боится повернуться в постели, так как каждое движение вызывает боль. Appetit плох. По ночам спит довольно хорошо, не стонет, дыхания довольно глубоки, 28 в 1'.

К концу марта притупление в легких исчезло, хрипы остались, мокрота стала отделяться в меньшем количестве и светлая, без ржавого оттенка, t° нормальна, пульс 110, число дыханий ночью 28, днем доходит до 80. Через несколько времени больной начал делать попытки говорить, приподнявшись немного в постели. Говорит он с большим трудом, отрывисто, прерывая каждый слог глубоким вздохом. Из расспросов выяснилось, что год тому назад он был болен дома подобной же болезнью, но не столь сильно выраженной. Начало болезни ведет со времени ушиба груди (падение с высоты 10 лет тому назад). Теперь болезнь появилась около 3-х месяцев, во время езды по железной дороге. Больной жалуется на повсеместные сильные боли.

С апреля больной стал чувствовать себя хуже. Цианоз усилился. Кожа сделалась очень вялой и как-бы отеочной, хотя настоящих отеков не замечалось. 10 апреля появилась краснота на *trchanter sinister*, так что больной принужден был лежать только на правом, боку. К концу месяца эта краснота, впрочем, исчезла. Притупление и хрипы в легких больше не наблюдаются. Т нормальна, пульс колеблется между 106 и 118, дыхание доходит до 86 в 1'.

С первых чисел мая состояние еще более ухудшилось. Дряблость покровов увеличилась, так что они кажутся припухшими, бледными. Больной громко стонет, встать не может. Определенных болезненных точек ни теперь, ни прежде не наблюдалось. Веки слегка опущены и поднимаются с большим трудом.

17 мая на *regi lumbalis sinistra* в другом уже месте появилась вновь краснота, величиною в серебряный гривенник, которая быстро перешла в омертвление. Из этого омертвления образовалась язва, которая начала затягиваться только с половины июля. Цианоз еще более усилился, дыхание стало затрудненное, 80 в 1'. Больной сильно жалуется на боли и на стесненное дыхание. Appetit плох. Отправления кишечника происходит только при помощи клизм. T° нормальна.

З. пробыл в лечебнице до 22 ноября 1886 года, а потом был опять помещен в госпиталь. За все это время существенных перемен не произошло. Он по-прежнему стонал и был лишен движения, благодаря крайне резким болевым ощущениям в двигаемых частях тела, дыхания были часты, поверхностны, t° тела нормальна. В легких то появлялись хрипы и притупление, то они вновь исчезали. Appetit все время был слаб, отправления кишечника происходили при помощи клизм. Временами появлялась опухоль колен, но быстро проходила.

Должен заметить, что в Окружной лечебнице врачи разошлись в отношении диагноза этого случая, что не могло быть иначе, так как дело шло о совершенно особом, еще неизвестном в то время заболевании.

Как упомянуто больной 22 ноября 1886 года был выписан из лечебницы обратно в госпиталь. В это время по наблюдению д-ра Воронина состояние было следующее: больной среднего роста, хорошего телосложения, очень хорошего питания, с обильным отложением жира в подкожной клетчатке. Кожа бледна, потлива. Видимые слизистые оболочки цианотичны так же, как и концы пальцев рук и ног. Больной тяжело дышит, без перерыва издает стоны, крылья носа при дыхании раздуваются. Мышцы около рта как-бы судорожно сокращаются, мышцы шеи принимают усиленное участие при дыхании. Число дыханий при лежании больного 28 и больше. Пульс 108. Больной постоянно лежит. Общий вид его такой, как будто он старается освободиться от чего-то, его давящего; t° тела нормальна. Перкутанный тон легких тимпанический, нижняя граница правого легкого расширена по сосковой линии до края ложных ребер. Сердечное притупление прикрыто расширенным левым легким. Тонов сердца прослушать нельзя, в груди выслушиваются повсюду только влажные, мелкие хрипы и свисты. Больной сидит с трудом, причем являются сильная одышка и дрожь в нижних конечностях. Состояние духа угнетенное. Сон беспокоен, но без стонов. По временам приступы сильнейшей одышки

с выражением смертельного страха и с жалобами на колющие боли в груди, но без изменений в объективных явлениях.

Пока больной находился под наблюдением автора, картина болезни в главном оставалась одна и та же; колебания в числе ударов пульса замечались от 80 до 116, в дыхании от 24 до 56, t° изредка повышалась до 38, 8, но большею частью колебалась в пределах нормальных. Мокрота в начале катаральная, стала в последствии представлять примесь крови. В последний раз автор исследовал больного 23 июня 1887 года: он исхудал и совершенно не передвигался без посторонней помощи. Лимфатические железы шеи несколько увеличены. В бедренных и шейных сосудах ничего выслушать нельзя. Склероз артерий не прощупывается. Пателлярные рефлексy появляются. З. говорит, что тепла, холода, удара молоточком (?) он не чувствует, но мышцы на удар реагируют пучковыми сокращениями; остальное без изменений.

Кроме того, некоторые обстоятельства, по мнению автора, не исключая основной болезни, заставляли подозревать правдивость больного, как напр. рассказ больного о 8 членах его семьи, погибших от такой же болезни, палочки в крови, найденной однажды у больного под его матрацем утихание стонов во время сна и когда больной не видел наблюдателя, исчезновение припадков усиленной одышки от пива и пр.

Так как за тот же период времени я неоднократно наблюдал больного в госпитале в качестве консультанта, то я в состоянии прибавить к вышеприведенному наблюдение еще следующее:

Несмотря на существование у больного кожной анестезии, он всегда поражал тем, что давление и постукивание молоточком по костям и мышцам вызывало резкие болезненные ощущения, сдавливание мышц было всегда крайне болезненно, и притом можно было обнаружить болевую реакцию зрачка. Кроме того, всякое передвижение для больного было в высшей степени болезненно и потому он лежал в постели большею частью неподвижно. Коленные сухожильные рефлексy были всегда резко повышены и обнаруживался феномен стопы, кожные же рефлексy напротив того были резко ослаблены или совершенно отсутствовали.

14 сентября 1887 года больной был выписан из госпиталя для отправки на родину.

Врачи военного госпиталя относительно состояния больного также пришли к разноречивым заключениям. Сам автор сообщения, д-р Воронин, сделав несколько предположений, не высказался окончательно по поводу состояния больного.

В заседании Санитарного Общества, где происходило, обсуждение этого случая, между прочим было высказано д-ром Щепотьевым мнение, что многие из болезненных явлений, наблюдаемых у больного З., „удовлетворительно объясняются параличом некоторых волокон блуждающего нерва, а именно: инспираторная одышка – параличом голосовых связок, вследствие поражения возвратных ветвей n. vagi; далее кровохаркание является результатом переполнения легких кровью при пониженном внутрилегочном давлении воздуха; затем головные боли также зависали вероятно от нарушения кровообращения в мозгу и измененного газового состава крови; запоры и неправильная учащенная деятельность сердца объяснялась поражением волокон n. vagi, иннервирующих эти органы (т. е. кишечник и сердце). Во время сна больного одышка значительно уменьшается, но тем не менее дыхание остается учащенным и глубоким. Существование паралича n. vagi подтверждается ларингоскопическим исследованием проф. Болдырева, нашедшего паралич задних черпаловидных мышц гортани“⁶.

⁶ По поводу последнего обстоятельства я должен заметить здесь, что, хотя в вышеуказанном сообщении и существует указание, что ларингоскопическим исследованием у больного был найден паралич задних черпаловидных мышц гортани, но я обращался впоследствии за разъяснением этого лично к проф. М. Ф. Болдыреву, который высказал мне, что, хорошо припоминая этот случай, он помнит в то же время, что в этом случае были какие-то необычайные препятствия к исследованию гортани больного, и он не уверен, высказал ли он свое заключение на основании лишь клинических явлений (инспираторной одышки) или действительно убедился в существовании паралича выше указанных мышц путем ларингоскопического исследования.

К сожалению, я не имел возможности быть в упомянутом заседании Общества и, следовательно, не имел возможности изложить свое мнение во всей полноте. Но секретарь Общества сообщил в этом же заседании мое мнение о больном З., переданное ему в самых общих чертах приличной беседе с ним еще до заседания.

По поводу этого случая, я с положительностью высказался против предполагавшейся симуляции и заявил, что, по моему мнению, этот случай представляет своеобразное расстройство, которое можно рассматривать скорее всего, как тяжелую форму ипохондрического состояния, что само по себе не исключает и материальных изменений. Я тогда же вновь указал, что имеющаяся в данном случае анестезия покровов при крайней болезненности глубже лежащих тканей (мышц и надкостницы) и болезненность мышц при движении имела в другом подобном же случае, наблюдавшемся мною в Петербургской Психиатрической Клинике⁷.

Приняв во внимание все вышеизложенные явления, нельзя сомневаться в том, что здесь существовали на лицо все важнейшие явления *akinesiae algerae* с более или менее очевидными ипохондрическими симптомами. Необычайная же одышка с инспираторным характером и учащение сердцебиения, наблюдавшаяся у больного, может быть и действительно объясняются парезом или параличом ветвей *n. vagi*.

В отношении последнего случая я должен еще заметить, что толчком к развитию болезни послужила травма, как и в первом из приведенных мною случаев, и можно, следовательно, думать, что здесь *akinesia algera* осложнила собою травматический невроз. Предположение это я считаю не лишенным некоторого основания, хотя, как в этом, так и в первом из моих случаев не имелось классических явлений травматического невроза. Поэтому остается возможным и другое предположение, что толчком к развитию *akinesiae algerae* здесь послужила травма, связанная с испугом, что не могло не вызвать душевного волнения в больном. Последнее же, как мы видели, обычно отмечается в опубликованных до сего времени случаях за непосредственный причинный момент *akinesiae algerae*.

На основании всех вышеизложенных наблюдений, а также и на основании данных литературы следует заключить, что состояние, названное Мёбиусом *akinesia algera*, представляет собой совершенно своеобразное сочетание симптомов, которое обычно не наблюдается при каких-либо других нервных поражениях.

Главнейшее в этом болезненном расстройстве – это гиперестезия мышц, надкостницы и суставов к механическому сдавливанию, глубоким уколам и даже к растяжению при пассивных движениях, а вместе с тем болезненность мышц при их сокращении во время активных движений, благодаря чему больные устраниются по мере сил и возможности от всякого произвольного движения и с этой стороны напоминают собою больных, страдающих параличом, хотя их неподвижность объясняется главным образом болезненностью их мышечной системы и костного скелета.

В наиболее резких степенях болезни нередко обнаруживаются и самостоятельный мышечные боли. Болезнь нередко сопровождается различными расстройствами чувствительности (анестезией кожи и мышечного чувства, местными гиперестезиями и т. п.), более или менее резкими изменениями со стороны сердцебиения и дыхания (в виде учащения) и вместе с тем исследование рефлекторной сферы обычно обнаруживает те или другие изменения, как напр. ослабление или отсутствие кожных рефлексов в случае кожной анестезии и нередко наблюдаемое усиление сухожильных рефлексов, в особенности коленных, которое может быть стоит в известном соотношении с наблюдаемой при этом мышечной гиперестезией. Кроме того, в течении болезни иногда обнаруживаются нервно-психические расстройства общие с ипохондрией, неврастенией или истерией и даже с психозами.

⁷ Мнение это занесено в протоколы вышеназванного Общества хотя и не в достаточной полноте.

В виду последнего возникает вопрос, насколько *akinesia algera* представляет собой самостоятельную болезнь и не представляет ли она просто на просто лишь одного из симптомов какой-либо другой болезни, напр. ипохондрии, истерии, неврастении или психоза. В этом отношении, хотя и имеются указания на отношение некоторых случаев к ипохондрии и ипохондрическому помешательству, но в других случаях этого отношения установить нельзя и скорее на основании этих случаев можно было бы говорить об отношении *akinesiae algerae* к иным неврозам, напр. к истерии, неврастении или к травматическому неврозу. Наконец имеются случаи развития *akinesiae algerae* в течение психоза (случай Кёнига), а равно и случаи с переходом в душевное расстройство.

Тем не менее нет пока достаточных оснований считать *akinesia algera* лишь за симптом одного из вышеназванных страданий. В особенности я не вижу никакого основания считать *akinesia algera* за психоз в виде *parania*, хотя бы и в широком смысле слова, как это допускает Мёбиус. Дело в том, что те или другие психические расстройства наблюдаются нередко при нервных болезнях и при неврозах в особенности и тем не менее это ничуть не заставляет отождествлять эти нервные болезни, гспр. неврозы, с настоящими психозами. Тот же факт, что *akinesia algera* может переходить в психоз, как это наблюдалось напр. в случае Мёбиус, или же осложнять собой уже развившийся психоз конечно ничуть не достаточен для признания *akinesiae algerae* за психоз, так как известно вообще, что нервные болезни могут переходить в психические расстройства и нередко осложняют собою последние. В виду этого в указанном отношении представляется более важным понимание Мёбиусом и Кёнигом одного из существенных симптомов *akinesiae algerae* – мышечных болей – за болевые галлюцинации. Но, не говоря о том, что это пока ничто иное, как своеобразное толкование симптома, который может получить и иное объяснение, необходимо заметить, что для аналогии между вышеуказанными явлениями при *akinesia algera* и галлюцинациями недостает многого. Дело в том, что галлюцинации, как известно, представляют собой явления, вполне уподобляющиеся действительным ощущениям с той лишь разницей, что эти субъективные образы возникают самостоятельно, а не при посредстве внешнего воздействия. Следовательно, с галлюцинациями могут быть уподобляемы самостоятельные болевые ощущения, психически обусловленные, а не вызванные внешними раздражениями или какими-либо раздражениями, лежащими на пути нервов. Между тем при *akinesia algera*, хотя и наблюдаются самостоятельные мышечные боли, но характеристичным явлением служат не столько эти боли, сколько мышечная гиперестезия, благодаря которой давление и вообще механическое раздражение мышц, а равно и сокращение их при движениях, сопровождается болевыми ощущениями. Следовательно, скорее в этом случае можно было бы говорить об иллюзиях болевых, если бы вообще можно было доказать при этом страдании психическое основание болевых ощущений, в пользу чего, мне кажется, мы не имеем достаточных данных. Против исключительно психического происхождения болевых ощущений, мне кажется, говорит здесь болевая реакция зрачка при сдавливании мышц и другие рефлекторные явления при механическом раздражении мышц и надкостницы, а также учащение дыхания и сердцебиения после малейшего мышечного напряжения, которые обнаруживались в наблюдавшихся мною случаях.

На этом основании я думаю можно совершенно исключить понятие об *akinesia algera*, как о психозе в виде ли *parania* или в виде какой-либо иной формы. Точно также не имеется по видимому достаточных оснований считать *akinesia algera* лишь за симптом одного из общих неврозов. Что *akinesia algera* может осложнять собою разнообразные неврозы и даже психозы – в этом не может быть никакого сомнения, но, как показывают наблюдения, болезнь может проявляться также и в виде совершенно самостоятельной формы.

По нашему мнению, *akinesia algera* должно считать своеобразным нервным расстройством, проявляющимся или лишь как осложнение одного из общих неврозов или даже психозов, или же совершенно самостоятельно. Между симптомами *akinesiae algerae* имеет выда-

ющееся значение гиперестезии болезненность мышц, суставов и костного скелета вообще, ограничивающая движения больных, а нередко и доводящая их до неподвижного состояния; при этом болезненность и гиперестезия мышечной и костной системы является не психически обусловленной или по крайней мере неисключительно психически обусловленной, а физической гиперестезией и болью, локализирующеюся по преимуществу в самих мышцах и в костном скелете. Гиперестезию и болезненность мышц при *akinesia algera* надо считать существенным явлением, обуславливающим очевидно и более или менее полную невозможность при этой болячке стояния и ходьбы, но и отдельных движений членами. В этом отношении я не могу вполне согласиться с мнением Мёбиуса, что при *akinesia algera* „существенное заключается в том, что произвольная деятельность вследствие психического раздражения становится болезненной». Если бы это было так на самом деле, то очевидно, что при *akinesia algera* пассивным движением членов не были бы болезненны, да и сами мышцы, а тем более суставы и кости не обнаруживали бы никакой болезненности при механических раздражениях, а между тем в своих случаях мы видели, что при этих раздражениях появляются даже разнообразные рефлекторные явления и между прочим болевая реакция зрачков. Точно также и в случаях Лонгарда и Кёнига отмечена болезненность при механических раздражениях.

Как показывают существующие наблюдения, *akinesia algera* принадлежит к тем нервным поражениям, которые развиваются большей частью на почве тяжкого наследственного предрасположения. Поразительна также склонность больных к душевным заболеваниям, которая частью обуславливается, по всей вероятности, тем же наследственным психо- и невропатическим предрасположением, частью же характером самой болезни. Что касается до отношения *akinesiae algerae* к нервному бессилию или атремии, то я вполне согласен с Мёбиусом, что, не смотря на кажущееся сходство этих заболеваний, между ними имеется и существенная разница. При атремии, как она описана Нефтелем, мы имеем правда невозможность сидения, стояния и ходьбы, вследствие общих тягостных ощущений, но при этой болезни не имеется самого существенного симптома *akinesiae algerae* – это болезненности мышц и костного скелета к механическим и другим раздражениям и обусловленной этим болезненности отдельных движений членами, а также самостоятельных мышечных болей, весьма нередко наблюдаемых при *akinesia algera*.

В этиологическом отношении вслед за Мёбиусом почти всеми авторами отмечается кроме наследственного психо- и невропатического предрасположения умственное перераздражение, как один из существенных поводов, служащих к развитию болезни. Мёбиус даже прямо ставит наиболее существенный из симптомов *akinesiae algerae* – болезненность мышц при движениях – в зависимость от переотягощения головы и умственного перераздражения. Должно, однако заметить, что во всех моих случаях дело идет о не интеллигентных лицах, у которых не могло быть вовсе умственного переотягощения или перераздражения. В виду этого, ничуть не отрицая важности вышеуказанного этиологического момента в происхождении *akinesiae algerae*, мне кажется нельзя придавать ему того безусловного значения, какое признается за ним авторами. Достойно при этом внимания, что в двух моих случаях немаловажное значение в происхождении болезни мог иметь сильный ушиб, которому подверглись больные за некоторое время до развития болезни.

Патологоанатомическая сущность *akinesiae algerae* без сомнения остается еще совершенно темною. Правда имеется один случай Мёбиуса со вскрытием, в котором отмечено значительное помутнение, утолщение и отечность мягких мозговых оболочек, тогда как сам мозг был необычайно сух и бескровен. К сожалению эти данные вскрытия относятся к случаю *akinesiae algerae*, осложнившемуся психозом в виде *parania*, и потому нельзя сказать, имеют ли они отношение собственно к *akinesia algera* или к психозу. Пока, следовательно, мы не имеем еще результатов вскрытия в неосложненных случаях *akinesiae algerae*; с клинической же стороны в картине этой болезни мы находим много признаков, свойственных неврозам, хотя мне

кажется более правильным пока не предрешать окончательно вопроса о природе самого заболевания.

В пользу невроза говорить без сомнения многое в этой болезни, между прочим относительная быстрота ее развития, значительное облегчение болезненного состояния, наступающее иногда под влиянием каких-либо психических моментов, и некоторые из симптомов, свойственные и другим неврозам напр. появление в некоторых случаях *akinesiae algeae* кожной анестезии и ослабления деятельности органов чувств. Но не следует забывать, что общие нервные расстройства могут присоединяться и к другим нервным заболеваниям, в особенности к более тяжелым из них, сопровождающимся тягостными болевыми ощущениями и продолжительной бессонницей. Поэтому присутствие у больных, страдающих *akinesia algera*, явлений, которые свойственны вообще неврозам напр. кожной анестезии, судорожных движений и пр., но моему мнению еще ничуть не исключает и другой подкладки болезни.

Против предположения о неврозе могло бы говорить часто наблюдаемое в этой болезни усиление коленных сухожильных рефлексов, феномен стопы и в особенности нередко отмечаемая неравномерность этих рефлексов, если бы дело не шло о таком заболевании, которое выражается мышечной гиперестезией и вообще болезненным состоянием мышечной системы, благодаря чему разумеется изменяются и сами условия проявления рефлексов. В виду этих данных нам приходится пока довольствоваться предположением, высказанным уже другими авторами, что при *akinesia algera* дело идет о неврозе, но вместе с этим необходимо оговориться, что до опубликования результатов тщательного посмертного исследования мышечной и нервной системы в неосложненных случаях *akinesiae algerae* не исключена возможность и иной подкладки болезни.

Относительно предсказания в этой болезненной форме на основании имеющегося до сих пор материала следует конечно высказываться с большой осторожностью. Во всяком случае несомненно, что болезнь, раз разившись, может тянуться годами и может даже давать печальные исходы в смысле *exitus laetalis* или перехода в неизлечимое психическое расстройство, хотя несомненно также, что болезнь может проходить и сама без всякого лечения.

Что касается последнего, то разумеется мы не можем его установить в этой болезни до тех пор, пока не будет нам известна, хотя бы до некоторой степени, основа самого заболевания. Пока известно, что многие эмпирически применяемые средства в этой болезни оказались без влияния или давали лишь временное успокоение болей. В отношении же содержания больных безусловно необходимо им предоставлять желаемый ими покой, так как все попытки установления иного режима, в который входит, как обязательная мера, движение больных, были в конце концов безуспешными и, что всего хуже, давали нередко вновь неблагоприятные результаты.

В дополнение к вышеприведенному считаю необходимым присовокупить следующее:

3 апреля 1893 года путем внушения мне удалось без особого труда усыпить первого из моих больных. При этом в верхних конечностях можно было вызывать каталептические явления; после же гипноза больной ничего не помнил о всем происходившем в гипнозе. Это дает нам понятие о степени гипнотического состояния, которое очевидно было достаточно глубоким. При этом болезненность мышц и костей в гипнозе обнаруживалась почти в такой же степени, как и в бодрственном состоянии или лишь немного слабее. Под влиянием сдавливания мышц бедра и при легком постукивании по *tibiae* больной начинает стонать сквозь сон, у него замечается болезненное выражение лица, заметное его покраснение, учащение сердцебиения и дыхания; при этом с каждым ударом по *tibiae* появляется вдыхательное движение и вскоре больной выходит из более глубокого сна. На расспросы во время гипнотического сна он заявляет, что чувствует сильную боль. Пульс после некоторого отдыха от всяких внешних раздражений равнялся в гипнозе 113 в 1', число дыханий 21 в 1'. При сжимании динамометра,

несмотря на внушение сжимать как можно сильнее, стрелка едва достигла 5 к° и это одинаково как при сжимании правой, так и левой рукой.

При этом, как обыкновенно, в лице появлялось болезненное выражение. После второго испытания силы рук динамометром с подобным же результатом пульс достиг 120 в 1', дыхание же участилось до 40 в 1'. Впрочем, вскоре последнее снова замедлилось до 23 в 1'. Все внушения, производимые с целью уничтожить или ослабить болезненные ощущения в мышцах и костях, оказались безуспешными и больной затем был выведен из гипноза. При этом оказалось, что он не мог припомнить ничего из гипноза даже и при напоминании ему о производимом исследовании. Больной заявил только, что он чувствует сильную ломоту в ногах. Пульс по освобождении от гипноза равнялся 108, число дыханий 24 в 1'. Сила правой руки на динамометре обозначилась в 11–12 к, сила левой руки в 10–11 к.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.