

W 3

Три случая трофического расстройства въ области развѣтвленій надглазничнаго нерва.

Д-ра мед. Э. В. ЭРИКСОНА.

23584-38
Давно извѣстно, что тройничный нервъ (n. trigeminus) содержитъ волокна двигательныя и чувствительныя, идущія отдѣльными или смѣшанными вѣточками. Значеніе этого нерва въ питаніи кожи, мышцъ и костей лица, а также зубовъ, установлено не столько экспериментально, сколько клиническими наблюденіями на больныхъ и обыкновенно отмѣчается въ большихъ руководствахъ по физиологіи¹⁾ или патологіи²⁾ нервной системы. Клиническія изслѣдованія и наблюденія дѣлаютъ вѣроятнымъ существованіе отдѣльныхъ волоконъ для проведенія каждаго рода чувствительности—болевой, тактильной, термической. Естественно предположить, что и трофическіе импульсы имѣютъ свои особые пути, но какъ доказать это? Очевидно, тоже тщательнымъ обследованіемъ соответствующихъ больныхъ.

Литературные матеріалы по вопросу о трофическихъ расстройствахъ все еще скудны, къ тому-же, взгляды на сущность ихъ и причины—различны.

Трофическія расстройства въ области тройничнаго нерва могутъ ограничиваться верхней, средней или нижней частью его.

¹⁾ В. Бехтерева. Основы ученія о функціяхъ мозга. Спб. 1905 г. Вып. 10, стр. 713.

²⁾ Л. Даркингемъ. Курсъ нервныхъ болѣзней. Казань. 1907 г.



Насъ интересуетъ въ данный моментъ трофическая функція верхней части п. *trigemini*, собственно той вѣточки, которая носитъ названіе п. *supraorbitalis*. Этому вопросу посвятилъ свою работу В. Г. Дехтеревъ¹⁾ еще въ 1883 г. Съ тѣхъ поръ трофическая функція этого первика, судя по русской медицинской прессѣ, особеннаго вниманія изслѣдователей не привлекала. Недавно проф. В. М. Бехтеревъ²⁾ вновь возбудилъ этотъ вопросъ, демонстрировавъ въ С.-Петербургскомъ обществѣ психіатровъ интересный случай надглазничной атрофіи у одной дѣвушки.

Надглазничный нервъ даетъ, вѣроятно, нерѣдко, при заболѣваніи или нарушеніи его цѣлости трофическія разстройства, т. е. въ нервномъ отдѣленіи Варшавскаго Уяздовскаго военнаго госпиталя мною наблюдалось за 1 годъ 3 случая такихъ разстройствъ. Они могутъ послужить матеріаломъ для сравненія съ наблюденіями другихъ авторовъ, а потому я предлагаю ихъ вниманію читателя. Два изъ этихъ случаевъ интересны еще по имѣвшимся въ нихъ парезамъ глазныхъ мышцъ травматическаго происхожденія.

І. Л. Гв. Конно-артиллерійской бригады бомбардиръ П., изъ крестьянъ Пензенской губ., убирая поздно вечеромъ конюшню, получилъ ударъ копытомъ лошади въ правую бровь. Ударъ былъ такъ силенъ, что названный нижній чинъ упалъ въ безсознательномъ состояніи. Очнулся онъ на другой день утромъ въ хирургическомъ отдѣленіи Варшавскаго Уяздовскаго военнаго госпиталя. У внутренняго конца правой брови оказалась глубокая разсѣченная рана. Не стану описывать ее во всѣхъ подробностяхъ, достаточно сказать, что заживленіе шло правильно и быстро. Черезъ 15 дней больной былъ

¹⁾ В. Г. Дехтеревъ. Трофическое разстройство въ области развѣтвленія лѣваго надглазничнаго нерва.—Вѣстн. клин. и суд. псих. и невроп. 1886 г.

²⁾ В. М. Бехтеревъ. Случай надглазничной атрофіи.—Прот. засѣд. Сиб. Общ. псих. 23/XII 1906 г.—Обозр. псих. 1907 г.

выписанъ въ виду его упорнаго желанія продолжать дальнѣйшее леченіе въ окологдѣ части войска, гдѣ онъ служилъ.

Однако уже недѣлю спустя онъ вновь поступилъ; на этотъ разъ въ первное отдѣленіе, въ виду жалобъ на головныя боли, головокруженія и плохое зрѣніе на правый глазъ.

Тутъ при изслѣдованіи найдено было слѣдующее: II.—субъектъ стройный, крѣпкаго здоровья и хорошаго питанія. Кнаружи отъ переносыя подъ правой бровью по краю глазницы тянется молодой рубецъ 4—5 сант. длиною. Рубецъ нѣсколько вдавленный и приросшій къ кости. Морщится лобъ правильно. Наощупъ измѣненій въ лобной кости, мышцахъ или фасціяхъ не наблюдается. На правой половинѣ лба, какъ въ голой его части, такъ и покрытой волосами, замѣчается полная анестезія кожи до самаго темени. На верхнемъ вѣѣ и на носу кожная чувствительность всѣхъ родовъ сохранена. При болѣе тщательномъ изслѣдованіи границъ анестезій оказывается, что онѣ совпадаютъ съ границами кожныхъ вѣтвей n. supraorbitalis dextri.

Что особенно интересно, такъ это чрезвычайно сильная seborrhea желтоватой окраски, перхоть, какъ разъ въ границахъ того же нерва.

Правая глазная щель чуть уже лѣвой, вслѣдствіе едва замѣтнаго опущенія верхняго вѣва, но глазъ открывается и закрывается свободно. Зрачки среднихъ размѣровъ, правильно реагируютъ на свѣтъ и аккомодацию. По словамъ больного, во время вѣтра появляется слезотеченіе изъ праваго глаза. Всякій разъ, когда предметъ отводится въ лѣвую сторону, появляется двоеніе. Это двоеніе таково, что въ полѣ зрѣнія одинъ предметъ находится нѣсколько выше другого. Приспособляясь въ лучшему видѣнію, больной принужденъ держать голову нѣсколько нагнувъ въ лѣвую сторону и откинувъ назадъ или прикрывать пострадавшій глазъ. Цвѣтоощущеніе нормально. Острота зрѣнія по опредѣленію въ глазномъ отдѣленіи госпиталя оказалась: въ правомъ глазу 20/60, въ лѣвомъ 20/20. При смотрѣніи правымъ глазомъ всѣ предметы кажутся болѣе удаленными, чѣмъ при смотрѣніи лѣвымъ. Опредѣленіе правымъ глазомъ разстоянія до предмета, особенно приближающагося, затруднительно.

Обоняніе справа нѣсколько понижено.

Что касается общаго состоянія нервной системы, то за-

мѣчалось сильное дрожаніе пальцевъ вытянутыхъ рукъ и закрытыхъ верхнихъ вѣкъ, одинаковое съ обѣихъ сторонъ, а также появленіе легкаго трясенія ногъ, особенно правой. Пателлярные рефлексы ясно выражены. Чувствительность кожи, кромѣ вышеописанной части головы, нормальная.

Такимъ образомъ видно, что въ данномъ случаѣ анестезія и seborrhea на правой сторонѣ лба и части черепа имѣютъ одну причину—поврежденіе п. supraorbitalis dextri. Пониженіе обонанія справа можетъ быть объяснено поврежденіемъ вѣточекъ какъ п. olfactorii dextri, такъ еще вѣроятнѣе п. ethmoidalis, развѣтвляющагося въ полости соответствующей половины носа; п. ethmoidalis, какъ извѣстно является тоже продолженіемъ первой ветви п. trigemini.

Далѣе, необходимо признать, что пострадали глазодвигательный нервъ и аккомодационный аппаратъ.

Внутри глазичные параличи травматическаго происхожденія, специально изучавшіеся напр., д-ромъ *А. Васютинскимъ*,—явленіе сравнительно очень рѣдкое. Они возможны отъ одного сильнаго сотрясенія тѣла при травмѣ. Самая слабая вѣтка глазодвигательнаго нерва, ramus superior, идетъ къ m. levator palpebrae и къ m. rectus superior; вслѣдствіе своей тонкости она подвергается травмѣ особенно легко. По словамъ д-ра *Васютинскаго*, съ которымъ я бесѣдовалъ по поводу даннаго больного, парезъ m. recti sup. наичаще сопровождается парезомъ аккомодациі, каковой въ нашемъ случаѣ несомнѣненъ и тоже могъ явиться слѣдствіемъ сотрясенія.

Отставаніе праваго глаза при движеніи его вверхъ и влѣво говоритъ скорѣе всего за парезъ m. recti superioris. Симптомомъ общаго функціональнаго невроза (Neurosis traumatica) объяснимъ не столько физической, сколько нравственной травмой.

Слѣдующій примѣръ имѣетъ большое сходство съ предыдущимъ:

II. Ефрейторъ 3 стрѣлковаго полка Ж., 24 л., изъ крестьянъ Тамбовской губ. Въ исторіи болѣзни, веденной въ полковомъ лазаретѣ, записано: „января 23 дня 1909 г. въ 10 ч. вечера названный нижній чинъ былъ приведенъ изъ казармы раненымъ въ лѣвое верхнее вѣко. Рана была ему нанесена по неосторожности штыкомъ, проникшимъ въ глазницу. На лѣвомъ верхнемъ вѣкѣ на 1 сант. ниже брови найдена узкая, линейная, слабо кровотокающая рана. Вѣки пострадавшаго глаза сжаты и немного отечны. Больной въ возбужденномъ состояніи, говоритъ громко и много, но подробностей о случившемся съ нимъ въ этомъ разсказѣ уловить трудно. Пульсъ 84“. На другой день отмѣчено слѣдующее: „Рана кровоточила, кожа вѣкъ посинѣла, вѣки сильно опухли, отечность переходитъ и на високъ, глазъ можно открыть лишь съ трудомъ. Въ окрестности глаза при дотрогиваніи сильная болѣзненность. Кровоизліяніе въ его соединительную оболочку. Роговица немного помутнѣла. Больной на вопросы отвѣчаетъ, но часто заговаривается. Онъ жалуется на сильную боль въ лѣвой половинѣ головы и на чувство познабливанія. Пульсъ 74, напряженный, t—37,3“.

Въ глазномъ отдѣленіи Уяздовскаго госпиталя, куда больной поступилъ на 3-й день послѣ раненія, д-ромъ Кардо-Сисоевымъ отмѣчено слѣдующее: острота зрѣнія праваго глаза 20/20, лѣваго 2/СС. Вѣки, особенно верхнее, отечны, кожа ихъ красна. Рана закрыта образующимся струпомъ. Привоснованіе къ вѣкамъ очень болѣзненно. Больной съ трудомъ позволяетъ открыть пальцами вѣко, особенно нижнее. Замѣчено нѣкоторое выпячиваніе глазного яблока и порядочный кровоподтекъ соединительной его оболочки. Офтальмоскопическое изслѣдованіе ничего ненормальнаго не обнаружило.

При опрашиваніи больной сперва говорилъ достаточно здраво, но потомъ, утомившись, начиналъ путаться въ отвѣтахъ. Онъ часто безпокойно метался изъ стороны въ сторону, вскрикивалъ отъ боли, иногда бессмысленно стремился идти куда-то или сдвигивалъ съ глазъ повязку. Временами высказывалъ бредовыя идеи, иногда галлюцинировалъ. По ночамъ разговаривалъ самъ съ собою. Нѣсколько разъ появлялась задержка мочи, которая потомъ проходила. Вечеромъ t повышалась и доходила до 39,2. Пульсъ держался достаточно полнымъ.

Черезъ 10 дней: на мѣстѣ раны струпу; вѣко опущено, незначительное выпячиваніе глаза и легкое отклоненіе его кверху и внаружи, зрачекъ среднихъ размѣровъ, съ правильной реакціей. Отекъ вѣкъ меньше. Температура нормальна. Психическаго расстройства нѣтъ.

Къ концу февраля. т. е., приблизительно черезъ мѣсяць послѣ травмы имѣлся лишь незначительный отекъ конъюнктивы. Вѣко было еще нѣсколько опущено и отставало при полномъ открываніи глазъ. На мѣстѣ раны прощупывался розовый тяжъ, идущій въ глубинѣ. Движенія глазного яблока не были ограничены.

Въ теченіе мѣсяца больного беспокоили упорныя боли въ лѣвой половинѣ головы.

Въ мартѣ рана окончательно зарубцевалась, отекъ и кровоподтекъ исчезли, но осталось небольшое помутнѣніе роговицы. Острота зрѣнія въ правомъ глазу 20/20, въ лѣвомъ 4/40. Цвѣтоощущеніе нормально.

8 апр. больного перевели въ первое отдѣленіе госпитали для дальнѣйшаго леченія. Жалобы его въ это время сводились къ головнымъ болямъ, преимущественно вокругъ лѣваго глаза, подчасъ весьма сильныя, а также къ разстройству зрѣнія и головокруженіямъ. Кромѣ того, его беспокоилъ зудъ въ лѣвой половинѣ лба.

Ж. представляетъ изъ себя субъекта достаточно крѣпко сложеннаго. Ему во время вечернихъ занятій товарищъ ткнулъ нечаянно штыкомъ въ глазъ, причемъ штыкъ засѣлъ въ глазницѣ будто такъ крѣпко, что больной, ухватившись за него руками, едва вытянулъ его. Ему даже показалось, какъ будто хрустнуло что-то въ глазницѣ, словно кости. Прикрывъ раненый глазъ рукою и обливаясь кровью, онъ отправился къ своему ближайшему начальству. Больной отлично помнитъ, какъ его потомъ повели въ лазаретъ, какъ его дорогой знобило и онъ весь дрожалъ, какъ ему перевязывали глазъ, какъ его тянуло говорить и онъ болталъ безъ умолку. Ему хотѣлось ходить по комнатѣ и онъ ходилъ, словно его подгонялъ кто-то, какъ онъ вспоминаетъ теперь. Когда его вляли въ постель, онъ срывался, вскакивалъ, не желалъ ложиться, вступалъ въ споръ съ окружающими, что-то кому-то доказывалъ быстро и горячо. Онъ помнитъ, что просилъ отстранять огонь, такъ какъ свѣтъ сильно раздражалъ, умолялъ удалить людей,

чтобы тѣ не беспокоили его. Ему хотѣлось находиться въ темной комнатѣ и непременно одному. Затѣмъ голова стала кружиться и онъ впалъ будто въ полное душевное разстройство. Что говорилъ и дѣлалъ въ теченіе цѣлой недѣли, онъ на самомъ дѣлѣ не помнитъ или помнитъ очень плохо. На 8-й—9-й день онъ, по его словамъ, какъ бы вдругъ очнулся и съ тѣхъ поръ сознаетъ себя психически здоровымъ.

При детальномъ изслѣдованіи головы оказалось, что въ костяхъ, мышцахъ и фасціяхъ даже около мѣста травмы, измѣненій не замѣтно. Лобъ морщится въ складки какъ у здороваго. Слѣва въ области лба, виска и темени уколъ булавкой ощущается какъ прикосновеніе чего-то сплошного. Тактильная чувствительность понижена, термическая, напротивъ, повышена. Эти измѣненія чувствительности кожи соответствуютъ какъ разъ периферическимъ развѣтвленіямъ п. supraorbitalis.

Въ лобно теменной области, приблизительно на мѣстѣ соединенія лобной кости съ лѣвой теменной, имѣется плѣшина съ 2-хъ копеечную монету. Эта плѣшина розоватаго цвѣта съ явно атрофированной, шелушащейся кожей. По словамъ больного, она появилась въ самое послѣднее время.

Зрачки одинаковыхъ размѣровъ. Реакція ихъ правильная. Движенія глазъ свободны. Однако при отведеніи предмета далеко въ сторону наступаетъ двоеніе, причемъ одинъ предметъ находится выше другого и виденъ въ нѣкоторомъ туманѣ, очевидно, вслѣдствіе помутнѣнія на роговицѣ больного глаза. Лѣвый глазъ видитъ хуже и всѣ предметы на большемъ разстояніи, чѣмъ правый. При движеніи предмета опредѣленіе разстоянія лѣвымъ глазомъ затруднительно. При смотрѣніи лѣвымъ глазомъ на удаляемый предметъ послѣдній уходитъ быстрее, чѣмъ при смотрѣніи правымъ.

Обоняніе слѣва нѣсколько слабѣе, чѣмъ справа, но тактильная чувствительность внутри лѣвой ноздри, повидимому, сохранена.

Что касается общаго состоянія нервной системы, то чувствительность разстроена лишь на указанной части головы, а рефлексы тѣла всѣ безъ измѣненій.

Такимъ образомъ очевидно, что и тутъ травма п. supraorbitalis повлекла за собою трофическія измѣненія и раз-

стройства кожной чувствительности.

Пониженіе обонянія на сторонѣ травмы и въ этомъ случаѣ явленіе, конечно не случайное.

Неправильное опредѣленіе пространства больнымъ глазомъ объясняется аккомодационнымъ парезомъ и слабостью глазодвигательной мышцы при конвергенціи.

Психическое разстройство, появившееся сейчасъ же послѣ травмы, есть такъ наз. *delirium traumaticum*, а не *del. febrile*, потому что *t* поднялась лишь черезъ нѣсколько дней послѣ травмы.

Головокруженія и головныя боли объяснимы не травматическимъ неврозомъ а мѣстными явленіями—двоеніемъ предметовъ и пораженіемъ вѣточекъ чувствительнаго нерва.

III. Л. Гв. Гродненскаго гус. полка рядовой П., изъ крестьянъ Симбирской губ., 24 л., былъ доставленъ (10. V) въ хирургическое отдѣленіе госпиталя. Оказалось, что его ударила лошадь въ лицо копытомъ. У внутренняго конца правой брови обнаружена глубокая ушибленная рана. Была наложена повязка, и началось обычное въ этихъ случаяхъ хирургическое леченіе. Въ теченіе мѣсяца рана поджила, и больной, въ виду жалобъ на головную боль, былъ переведенъ въ нервное отдѣленіе госпиталя.

При изслѣдованіи больного найдено: субъектъ малокровный, съ общими явленіями неврастеніи. На мѣстѣ раненія имѣется молодой подвижной рубецъ. Тянется онъ на протяженіи 3 хъ сант. отъ внутренняго конца правой брови черезъ переносицу нѣсколько косо вверхъ и немного не доходитъ до внутренняго угла лѣвой брови. Надъ рубцемъ во всей области развѣтвленія *n. supraorbitalis dextri* замѣчается потеря болевой, тактильной и термической чувствительности. Кожа лба чистая, гладкая. Въ подлежащихъ тканяхъ какихъ-либо измѣненій нащупать не удается.

Въ виду упорныхъ жалобъ больного на головныя боли онъ 30. VI былъ уволенъ въ отпускъ на 4 мѣсяца.

Въ январѣ 1910 г. названный нижній чинъ поступилъ вновь въ нервное отдѣленіе госпиталя.

На этотъ разъ оказалось: малокровіе выражено слабѣе, чѣмъ то было раньше. Явленій общаго невроза уже нѣтъ. По словамъ больного, онъ за все время отпуска постоянно испытывалъ тягостное онѣмѣніе въ правой половинѣ головы, иногда боли въ ней. Нѣсколько разъ появлялось будто безъ всякой видимой причины кровотеченіе изъ правой ноздри.

Мимика нормальна. Лобъ морщится правильно. Глазъ замикается хорошо. Правый зрачекъ нѣсколько уже лѣваго, оба живо реагируютъ на свѣтъ и аккомодацию. Зрѣніе нормально. Обоняніе справа нѣсколько понижено. Незначительная тугоухость слуха справа при отсутствіи измѣненій со стороны барабанной перепонки.

Въ предѣлахъ развѣтвленія *n. supraorbitalis dextri* наблюдается ясное пониженіе тактильной и термической чувствительности, а болевая совершенно отсутствуетъ. Чувствительность кожи верхняго вѣка и остальной части лица сохранена.

Что замѣчательно, такъ это лишь теперь впервые обнаруженная у больного борозда въ лобной кости по ходу *n. supraorbitalis*; она идетъ снизу вверхъ и нѣсколько кнаружи и легко нащупывается въ кости на протяженіи около 3—4 сант. Второе, чего тоже раньше не замѣчалось,—это обильное шелушеніе кожи въ области развѣтвленія того-же *n. supraorbitalis*. Наконецъ, бросалось въ глаза порѣдѣніе волосъ на головѣ сверху, правда, распространенное и переходящее на лѣвую сторону. Надо сказать, что въ данномъ случаѣ отъ травмы пострадали, повидимому, и нѣкоторыя вѣточки *n. supraorbitalis sin.*, чѣмъ можетъ объясняться такое равномерное и распространенное порѣдѣніе волосъ. Во всякомъ случаѣ больной заявляетъ, что до травмы у него волосы не были такими рѣдкими.

Особенный интересъ во всѣхъ 3-хъ случаяхъ представляетъ шелушеніе кожи въ предѣлахъ развѣтвленія пораженного *n. supraorbitalis*, при чемъ въ одномъ образовалась плѣшина съ шелушеніемъ почти исключительно на ней. Кожа у нашихъ больныхъ на пораженной сторонѣ ничѣмъ не смазывалась, никакимъ особымъ виѣшнимъ воздѣйствіямъ не подвергалась. Цвѣтъ ея и кровонаполненіе было одинаковое на

обѣихъ сторонахъ, такъ что приписать явленіе поврежденію кровеносныхъ сосудовъ не представляется возможнымъ. Атрофія кожи и мышцъ не найдено во всѣхъ 3 случаяхъ. Узура кости найдена въ случаѣ сравнительно давней болѣзни, причемъ удивительно, что для костной атрофіи потребовалось все-же менѣе года времени.

Такимъ образомъ, не подлежитъ сомнѣнію, что *n. supraorbitalis* содержитъ центробѣжные пути при отсутствіи двигательныхъ волоконъ. Очевидно въ немъ имѣются спеціальныя, проводящіе трофическіе импульсы волокна. Нельзя-же допустить, чтобы центробѣжные трофическіе импульсы шли по чувствительнымъ центростремительнымъ путямъ.

Однако остается неяснымъ, почему послѣдствія одинаковой травмы одного и того-же нерва неодинаковы: въ одномъ случаѣ появилась круглая плѣшина, въ другомъ порѣдѣніе волосъ, въ третьемъ узуря кости; почему, напр., не появилось порѣдѣніе волосъ или атрофія лобной мышцы и т. д. какъ бы то ни было, на трофическія измѣненія въ области *n. supraorbitalis* можно смотрѣть какъ на частичную половинную атрофію лица.
