

Двусторонній періодически обостряющійся параличъ глазныхъ мышцъ съ своеобразными колебаніями въ управленіи движеніемъ верхнихъ вѣкъ.

(Съ двумя рисунками въ текстѣ).

Проф. В. Вехтерева.

Случаи періодическихъ глазныхъ параличей составляютъ далеко не частое явленіе и описаны до сихъ поръ лишь въ небольшомъ числѣ. Къ тому же многія стороны этого интереснаго болѣзненнаго пораженія остаются еще до сихъ поръ не достаточно выясненными. Въ виду этого я остановлюсь на одномъ изъ представившихся моему наблюденію случаевъ періодически обостряющагося паралича глазныхъ нервовъ, который представлялъ въ тоже время крайне своеобразныя колебанія въ управленіи движеніемъ верхнихъ вѣкъ.

Больная Б., дѣвица, 22 лѣтъ, средняго роста, довольно хорошаго тѣлосложенія, безъ нервнаго наслѣдственнаго расположенія, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ въ мартѣ мѣсяцѣ 1894 года, послѣ чего вскорѣ была помѣщена въ нервное отдѣленіе завѣдуемой мною клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней. Анамнезъ ея заключается въ слѣдующемъ: Въ дѣтствѣ она перенесла скарлатину, осложнившуюся гноетеченіемъ изъ праваго уха и послѣдовательнымъ менингитомъ, послѣдствіемъ чего явилось нѣкоторое ослабленіе слуха съ обѣихъ сторонъ, сильнѣе справа. Надо замѣтить, что у больной съ дѣтства существовало гноетеченіе изъ праваго уха, которое изрѣдка повторяется еще и теперь. Въ остальномъ никакихъ

ненормальныхъ явленій ни въ физической, ни въ психической сферѣ у больной не наблюдалось и она оставалась здоровою до 20 лѣтняго возраста. Равнымъ образомъ ни наслѣдственнаго, ни приобрѣтеннаго сифилиса въ анамнезѣ не существуетъ; никакихъ истерическихъ явленій у больной также никогда не обнаруживалось. Въ октябрѣ 91 года она получила случайно ушибъ въ голову въ то время, какъ, будучи разсержена своею нянею, она въ сильномъ волненіи намѣревалась выбѣжать изъ комнаты, но, быстро повернувшись къ двери, ударилась лбомъ какъ разъ объ уголь двери; ударъ былъ довольно сильный, хотя и безъ поврежденія кожныхъ покрововъ; боль на мѣстѣ удара продолжалась день или два. Больная однако чувствовала себя послѣ этого удара довольно хорошо. Но дней 10 или недѣли черезъ 2 послѣ этого происшествія больная стала замѣчать, что у нея начинаетъ двоиться въ глазахъ. Больная сама не можетъ сказать, при какихъ именно поворотахъ глаза появлялось это двоеніе, но она помнитъ хорошо, что сначала оно обнаруживалось не во всѣхъ частяхъ поля зрѣнія и лишь къ январю 1892 г. она уже ничего не могла видѣть нормальнымъ образомъ, безъ двоенія; кромѣ того уже съ декабря 1891 г. она стала замѣчать, что не можетъ вполне свободно поднимать свои вѣки, которыя представлялись нѣсколько опущенными и притомъ слѣва нѣсколько сильнѣе, нежели справа. Со временемъ ptosis стала увеличиваться, но, не дойдя до степени полного закрытія глазъ, остановилась въ своемъ развитіи.

Мы имѣемъ относящіяся къ этому періоду болѣзни Б. свѣдѣнія отъ лечившаго ея врача—окулиста, который отъ 24 окт. 1891 г., двѣ недѣли спустя послѣ начала болѣзни, когда больная къ нему впервые обратилась, отмѣчаетъ со стороны глазъ больной: paresis m. recti superioris oculi sinistri. 5 декабря того же года былъ замѣченъ paresis m. recti interni, а также неполная ptosis съ обѣихъ сторонъ. Изслѣдованіе глазного дна показало лишь небольшую гиперемію сосковъ обоихъ зрительныхъ нервовъ и нѣкоторую нерѣзкость ихъ контуровъ; поле зрѣнія, цвѣтоощущеніе, состояніе зрачковъ и ихъ реакція были нормальны. V. oculi dextri $\frac{20}{20}$; sinistri $\frac{20}{30}$; аккомодация обоихъ глазъ нормальна, рефракція эметропическая.

Въ январѣ 1892 года paresis m. recti superioris въ правомъ глазу проявился яснѣе и вмѣстѣ съ тѣмъ присоединился двусторонній m. paresis recti externi. Одновременно съ разви-

тїемъ параличныхъ разстройствъ въ глазахъ больной стали обнаруживаться приступы головокруженія, а также тяжесть и боль головы, сопровождавшїяся тошнотами.

Вышеописанное состояніе глазъ продолжалось весь 1892 г., причеиъ паретическія явленія то усиливались, то уменьшались независимо отъ терапевтическихъ мѣропрїятій. Къ 1893 г. состояніе глазъ и общее состояніе значительно улучшилось, а къ лѣту того же года паретическія явленія уже едва были замѣтны. Съ осени 1893 года безъ всякой видимой причины парезы вновь усилились, и въ настоящее время представляется почти та же картина, какая была въ 1892 году.

Надо замѣтить, что по свѣдѣніямъ, собраннымъ нами отъ ея близкихъ родныхъ и самой больной и во всемъ согласнымъ съ вышеприведенными данными, оказывается, что у больной въ началѣ 1892 г. вмѣстѣ съ головокруженіями и головными болями обнаруживались: грустное настроеніе духа, неразговорчивость, обидчивость и вообще крайняя раздражительность. Явленія эти однако прошли уже къ концу первой половины 1892 года.

Леченіе больной состояло въ назначеніи мушекъ, ртутныхъ втираній, въ прїемахъ іодистаго калия и пилокарпина и въ назначеніи постоянного тока. Изъ всѣхъ этихъ средствъ по-видимому оказали нѣкоторую пользу больной ртутныя втиранія и пилокарпинъ, хотя лечившій больную врачъ не нашелъ никакихъ указаній у больной на сифилисъ. При изслѣдованіи больной въ мартѣ 1894 г. я нашелъ слѣдующее: У больной имѣется неполная ptosis обѣихъ вѣкъ; послѣднія прикрываютъ глазныя яблоки настолько, что больная только съ приподнятой головой можетъ еще кое-какъ видѣть лежащїе впереди себя предметы. Обычно глазныя яблоки направлены впередъ и не обнаруживаютъ косоглазія. Но подвижность обѣихъ глазныхъ яблокъ во всѣхъ направленїяхъ ясно ограничена, причеиъ особенно затруднены движенія праваго глаза кверху. При смотрѣніи вверхъ обнаруживается диплопія; поле зрѣнія въ обѣихъ глазахъ нормально. Реакція зрачковъ нормальна съ обѣихъ сторонъ. Слухъ пониженъ на оба уха, но справа сильнѣе. Проведенный звукъ больная также справа слышитъ хуже, чѣмъ слѣва.

Изъ другихъ явленій слѣдуетъ отмѣтить общую нѣсколько повышенную чувствительность на всей поверхности тѣла. Чувствительность въ области тройничнаго нерва не обнаруживаетъ никакихъ существенныхъ разстройствъ. Сухожильные и кож-

Фиг. 1.



опускаются и тогда уже никакими усилями воли больной не удается ихъ поднять хотя бы незначительно болѣе противъ того, какъ они обыкновенно представляются въ опущенномъ состояніи (см. фиг. 2).



Фиг. 2.

ные рефлексы нѣсколько повышены, но равномерны. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не наблюдается. Во время нѣсколькихъ посѣщеній больной было замѣчено между прочимъ, что временами больная смотритъ съ вполне хорошо открытыми глазами (см. фиг. 1), но достаточно обратить вниманіе больной на это явленіе, какъ спустя уже нѣсколько минутъ ея вѣки снова

современемъ, когда больная помѣстилась въ клинику, это явленіе можно было изучить съ большою подробностью. Оказалось, что у больной въ теченіе дня глаза часто представляются вполне открытыми, но это происходитъ совершенно помимо ея воли и случается именно въ то время, когда она меньше всего думаетъ о своихъ глазахъ, когда она чѣмъ нибудь отвлечена и спокойно занимается тѣмъ или

другимъ дѣломъ. Но какъ только воля ея вмѣшивается въ положеніе ея глазъ, такъ тотчасъ же она чувствуетъ свое безсиліе держать свои глаза открытыми, причемъ верхнія вѣки ея начинаютъ постепенно опускаться и прикрываютъ почти совершенно райки глазъ, послѣ чего уже никакихъ усилій воли недостаточно, чтобы приподнять вѣки хотя бы едва замѣтнымъ образомъ; въ такомъ случаѣ только при помощи нѣкотораго поднятія головы больная получаетъ возможность ориентироваться среди окружающихъ предметовъ.

При разспросахъ о времени, когда сама больная замѣтила у себя это явленіе, удалось выяснитъ, что оно наблюдается уже давно, но когда именно впервые появилось—больная сказать не можетъ.

За время пребыванія больной въ клиникѣ въ теченіе одного мѣсяца при лѣченіи большими дозами іодистыхъ препаратовъ со ртутью внутрь подвижность ея глазныхъ яблокъ значительно улучшилась.

Что касается пареза верхнихъ вѣкъ, то онъ остался почти въ прежней степени. Равнымъ образомъ и вышеописанное явленіе произвольнаго раскрытія глазныхъ яблокъ осталось у больной, какъ и прежде.

Слѣдуетъ лишь упомянуть, что произвольно раскрытое состояніе глазъ у больной стало наблюдаться еще въ болѣе полной мѣрѣ, нежели прежде, такъ что, наблюдая больную въ этомъ состояніи, никто не могъ бы замѣтитъ у ней хотя бы малѣйшихъ слѣдовъ паретическаго состоянія вѣкъ.

Мы видимъ такимъ образомъ, что у больной имѣется ясное указаніе на существованіе колебанія въ развитіи болѣзненныхъ явленій со стороны глазъ. Въ теченіе 1892 года у больной параличныя явленія въ глазахъ то усиливались, то ослабѣвали безъ всякаго отношенія къ терапевтическимъ мѣрамъ, примѣнявшимся въ то время къ больной. Далѣе къ лѣту 1893 года параличъ глазныхъ мышцъ постепенно почти совершенно исчезъ, оставались лишь незначительные слѣды бывшаго пораженія, но къ осени того же года параличныя явленія вновь выступаютъ въ прежней степени развитія. Въ силу этого нельзя ручаться за то, что послѣдовавшее за періодъ времени пребыванія больной въ клиникѣ новое улучшеніе въ

ея состояніи спустя то или другое время не смѣнится новымъ ухудшеніемъ. Во всякомъ случаѣ явленія, которыя мы имѣемъ у больной въ отношеніи теченія ея заболѣванія, обнаруживаютъ періодически обостряющійся парезъ глазныхъ мышцъ, при которомъ въ болѣе свѣтлые промежутки времени симптомы болѣзни иногда почти совершенно исчезали или по крайней мѣрѣ значительно ослабѣвали.

Въ этомъ отношеніи нельзя не обратить вниманія на то обстоятельство, что въ нашемъ случаѣ дѣло идетъ о двустороннемъ пораженіи мышцъ, управляемыхъ п. oculomotorio. Дѣло въ томъ, что всѣ извѣстныя намъ случаи періодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва обнаруживались лишь на одной сторонѣ. Эти періодическіе параличи по своему теченію, какъ извѣстно, могутъ быть двухъ родовъ: періодически возвращающіеся параличи, когда въ свѣтлыхъ промежуткахъ болѣзненныя явленія совершенно исчезаютъ, и періодически обостряющіеся параличи, при которыхъ наблюдается лишь періодическое обострѣніе и ослабленіе паралича, полного же исчезанія послѣдняго не происходитъ.

Нашъ случай долженъ быть очевидно причисленъ къ періодически обостряющимся параличамъ глазодвигательнаго нерва. Что касается патогенеза періодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва, то въ литературѣ въ этомъ отношеніи взгляды еще не установились. Нѣкоторые авторы, особенно французскіе (Charcot ¹⁾, Parinaud и Marie ²⁾, признаютъ, что періодическіе параличи глазодвигательнаго нерва суть функциональнаго resp. истерическаго происхожденія и, по мнѣнію Charcot и Möbius'a, должны быть разсматриваемы, какъ центральные параличи; тогда какъ другіе авторы признаютъ, что въ основѣ періодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва лежитъ органическое пораженіе. Въ пользу послѣдняго мнѣнія, кромѣ другихъ соображеній, могутъ быть приведены и

¹⁾ Charcot. Leçons. Progrès méd. 1890, n° 31 и 32.

²⁾ Parinaud et Marie—Arch. de neurol. 1888.

результаты вскрытій. Въ настоящее время извѣстно уже нѣсколько случаевъ періодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва, въ которыхъ посмертное изслѣдованіе обнаружило органическое измѣненіе. Такъ, напр., въ случаѣ Gubler'a ¹⁾ былъ найденъ эксудатъ на основаніи мозга, окружавшій и стволъ п. oculomotorii. Въ случаѣ Weiss'a ²⁾ найдены грануляціи бугорковаго происхожденія на п. oculomotorius при выходѣ его изъ мозговой ножки. Въ случаѣ Thomsen—Richter'a ³⁾ существовала въ стволѣ глазодвигательнаго нерва фиброхондрома.

Убѣдительность этихъ случаевъ относительно органической природы пораженія не можетъ подлежать никакому сомнѣнію. Тѣмъ не менѣе они не исключаютъ и возможнаго развитія параличей функціональнаго происхожденія.

Отмѣтимъ здѣсь еще одинъ взглядъ на природу періодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва, занимающій средину между двумя вышеуказанными мнѣніями. Этотъ взглядъ принадлежитъ Senator'у ⁴⁾, по которому періодически возвращающіеся параличи суть функціональнаго происхожденія, тогда какъ періодически обостряющіеся параличи—органическаго происхожденія.

Это мнѣніе впрочемъ основано скорѣе на теоретическихъ разсужденіяхъ, нежели на прочныхъ доводахъ. Въ литературѣ описаны даже случаи періодически возвращающагося паралича глазодвигательнаго нерва, которые со временемъ переходили въ періодически обостряющійся параличъ глазодвигательнаго нерва ⁵⁾. По отношенію къ такому рода случаямъ теорія Senator'a повидимому уже не приложима. Во всякомъ случаѣ какъ результатами вскрытій, такъ и другими данными существованіе періодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва

¹⁾ Gubler. Schmidt's Jahrbüch. Bd. 107 (реф).

²⁾ Weiss. Wiener Med. Woch. 1885.

³⁾ Thomsen—Richter. Arch. f. Psych., Bd. XII.

⁴⁾ Senator. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIII, стр. 252.

⁵⁾ Даркшевичъ. Сборникъ статей, посвящ. Кожевникову. Москва. 1890.

функциональнаго происхожденія подвергнуто въ настоящее время большому сомнѣнiю ¹⁾). Съ своей стороны, не отрицая возможности существованiя параличей глазодвигательнаго нерва функциональнаго происхожденiя, я долженъ сказать, что въ пользу такого происхожденiя ихъ до сихъ поръ не приведено еще достаточно твердыхъ основанiй и потому въ настоящее время лучше воздерживаться отъ рѣшительныхъ заключенiй въ этомъ вопросѣ до тѣхъ поръ, пока число вскрытiй периодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва будетъ считаться не единицами только, какъ въ настоящее время.

Обращаясь къ нашему случаю, мы должны сказать, что врядъ ли можно сомнѣваться въ томъ, что основа пораженiя представляетъ органическiй характеръ. Прежде всего въ нашемъ случаѣ не существовало никакихъ болѣе или менѣе очевидныхъ явленiй истерiи, къ которой обыкновенно относятъ происхожденiе параличей глазодвигательнаго нерва функциональнаго происхожденiя. Съ другой стороны, частичное пораженiе отдѣльныхъ глазныхъ мышцъ и двустороннiй характеръ пораженiя безусловно исключаютъ всякую мысль о функциональномъ параличѣ у нашей больной.

Такимъ образомъ нашъ случай еще разъ доказываетъ, что колебанiя въ силѣ болѣзненнаго процесса, приводящiя къ временнымъ обостренiямъ и ослабленiямъ глазныхъ параличей, и даже почти полныя свѣтлые промежутки въ ихъ теченiи возможны и при органической подкладкѣ пораженiя и ничуть не могутъ служить признакомъ функциональнаго пораженiя.

Остановившись на мысли объ органическомъ пораженiи въ нашемъ случаѣ, намъ предстоитъ рѣшить вопросъ о локализации пораженiя. Мы знаемъ, что *ophthalmoplegia* въ отношенiи локализации пораженiя можетъ быть раздѣлена на перифери-

¹⁾ Упомянемъ здѣсь, что въ послѣднее время описанъ случай возвращающагося паралича глазодвигательнаго нерва малярiйнаго происхожденiя, въ основѣ котораго лежитъ по всей вѣроятности невритъ глазодвигательнаго нерва. (Клячкинъ, Невр. Вѣстн., т. V, вып. I.)

ческую и ядерную. Въ нашемъ случаѣ имѣются данныя въ пользу локализаціи пораженія въ ядрахъ глазодвигательныхъ нервовъ. За это говоритъ съ одной стороны двусторонность пораженія, съ другой—частичный его характеръ, особенно проявившійся въ началѣ заболѣванія, и наконецъ совершенная сохранность чувствительности того и другого глаза. Тѣмъ не менѣе я бы не рѣшился исключить возможности пораженія въ данномъ случаѣ обоихъ глазодвигательныхъ нервовъ при ихъ выходѣ изъ мозговыхъ ножекъ какимъ либо процессомъ, локализирующимся въ области мягкой мозговой оболочки на ограниченномъ пространствѣ,—тѣмъ болѣе, что изслѣдованіе глазного дна обнаружило гиперемію сѣтчатки и нерѣзкость контуровъ соска.

Что касается характера болѣзненного процесса у нашей больной, то въ виду постепеннаго, хотя и довольно остраго, развитія болѣзни мы безусловно можемъ исключить кровоизліяніе; равнымъ образомъ мы не можемъ допустить развитія размягченія у больной въ виду вышеуказанной локализаціи процесса и колебаній въ его теченіи. Равнымъ образомъ мы можемъ совершенно исключить и новообразованіе, мысль о которомъ могла бы возникнуть въ виду существованія у больной въ періодъ развитія болѣзни головной боли, головокруженія и тошноты. Противъ новообразованія съ рѣшительностью говоритъ какъ фактъ, что вышеуказанные симптомы обнаруживались у больной лишь временно въ первоначальный періодъ развитія болѣзни, въ послѣдствіи же совершенно прекратились, такъ и относительная быстрота въ развитіи заболѣванія вслѣдъ за полученной травмой, не свойственная вообще новообразованіямъ, а также отсутствіе судорожныхъ явленій и застойнаго соска.

Въ виду всѣхъ этихъ данныхъ мы можемъ остановиться только на предположеніи, что у нашей больной мы имѣемъ дѣло съ воспалительнымъ процессомъ, паразившимъ либо область ядеръ обоихъ глазодвигательныхъ нервовъ, либо область мягкой мозговой оболочки при мѣстѣ выхода изъ мозговыхъ

ножекъ глазодвигательныхъ нервовъ. Это предположеніе находитъ себѣ полное подтвержденіе не только въ томъ обстоятельстве, что пораженіемъ не захвачены ни чувствительные, ни двигательные проводники конечностей, но и въ сравнительно остромъ развитіи болѣзни, сопровождавшимся къ тому же нѣкоторыми симптомами раздраженія въ видѣ головокруженій, головныхъ болей и тошноты, а также общей раздражительностью и даже психическимъ угнетеніемъ. Полученная больной травма за двѣ недѣли до появленія болѣзни безъ сомнѣнія могла служить достаточнымъ поводомъ для развитія воспалительнаго процесса въ упомянутыхъ областяхъ, — тѣмъ болѣе, что никакихъ другихъ причинъ, объясняющихъ пораженіе въ нашемъ случаѣ мы не находимъ. Впрочемъ нельзя отрицать, что перенесенный больною въ раннемъ дѣтствѣ менингитъ, по всей вѣроятности оставившій послѣ себя нѣкоторые слѣды на мозговыхъ оболочкахъ и подлежащемъ мозговомъ веществѣ, не могъ не служить предрасполагающимъ моментомъ, благодаря которому влияніе травмы оказалось въ нашемъ случаѣ болѣе дѣйствительнымъ, чѣмъ можно было бы ожидать.

Настоящій случай офтальмоплегии представляетъ особый интересъ въ виду своеобразнаго симптома, на который мы уже выше обратили вниманіе и который состоитъ въ томъ, что больная, у которой обыкновенно глаза остаются прикрытыми верхними вѣками, такъ что остается лишь очень узкая глазная щель (фиг. 2), по временамъ смотритъ совершенно правильно съ широко открытыми глазами (фиг. 1). Продолжительное наблюденіе надъ больной показало, что это явленіе у больной обнаруживается въ то время, когда она, забывшись и не думая о своей болѣзни, отдается совершенно свободному теченію мыслей и когда ея мимика совершенно свободна отъ произвольныхъ движеній. Если обратить вниманіе больной на раскрытое состояніе ея глазъ, она сама обыкновенно удивляется этому, и нѣкоторое время, пока она еще не прилагаетъ волевыхъ импульсовъ къ раскрытію глазъ, они остаются открытыми;

спустя же короткое время, они вновь прикрываются и больная никакими усилиями воли уже не въ состояніи поднять своихъ вѣкъ. Но проходитъ извѣстный періодъ времени и глаза больной вновь при совершенно тѣхъ же условіяхъ раскрываются и больная смотритъ, какъ обыкновенно. Она сама замѣчаетъ, что раскрытіе ея глазъ происходитъ совершенно невольно, когда она о своихъ глазахъ не думаетъ и такъ сказать забывается въ своей работѣ. Но какъ только она обратитъ вниманіе на свои глаза и постарается поддержать ихъ раскрытое состояніе, то глаза постепенно начинаютъ прикрываться и затѣмъ уже ей самой не удается приподнять верхнія вѣки. Очевидно, что временное раскрытіе глазъ находится въ этомъ случаѣ въ прямой зависимости отъ психическихъ импульсовъ. Глаза больной раскрываются путемъ произвольныхъ психическихъ импульсовъ, тогда какъ волевымъ импульсамъ это раскрытіе глазъ не подчиняется. Это своеобразное вліяніе произвольныхъ психическихъ импульсовъ обнаруживалось исключительно по отношенію къ парализованнымъ верхнимъ вѣкамъ и вовсе не обнаруживалось по отношенію къ другимъ парализованнымъ мышцамъ, иннервируемымъ п. oculomotorio.

Вышеописанное явленіе вполне напоминаетъ собою то, которое мы наблюдаемъ иногда при центральномъ параличѣ п. facialis. Въ этомъ случаѣ парализованныя лицевыя мышцы совершенно не подчиняются волѣ и произвольно не могутъ быть сокращаемы, тогда какъ онѣ вполне подчиняются произвольнымъ импульсамъ и потому мимическая игра мышцъ при этомъ не нарушается. Только-что описанное явленіе, наблюдаемое въ отношеніи мышцъ лица, какъ извѣстно, привело къ ученію, что существуетъ двоякаго рода иннервація лицевыхъ мышцъ—произвольная и произвольная, изъ которыхъ каждая имѣетъ свои особые проводники въ центральной нервной системѣ. Это ученіе получаетъ между прочимъ полное подтвержденіе въ томъ фактѣ, что въ другихъ истерическихъ случаяхъ наблюдается совершенно обратное явленіе—именно парезъ или параличъ мимическихъ движеній при полной со-

хранности произвольныхъ движеній лицевыми мышцами. Такія наблюденія, какъ извѣстно, сдѣланы уже цѣлымъ рядомъ авторовъ и вовсе не составляютъ большой рѣдкости.

Такимъ образомъ фактъ двойственности иннерваціи лицевыхъ мышцъ стоитъ въ настоящее время внѣ всякаго сомнѣнія. Мы знаемъ въ извѣстной степени даже пути для той и для другой иннерваціи лицевыхъ мышцъ. Рядъ патологическихъ наблюденій приводитъ къ выводу, что для произвольной иннерваціи лицевыми мышцами служитъ пучекъ волоконъ, проходящій черезъ задній отдѣлъ внутренней капсулы вблизи ея колѣна и спускающійся затѣмъ въ мозговой ножкѣ. Что же касается произвольныхъ импульсовъ, то они проводятся по видимому системой волоконъ зрительныхъ бугровъ, какъ показываютъ патологическія наблюденія и произведенныя мною экспериментальныя изслѣдованія.

Вышеприведенное наблюденіе по видимому не оставляетъ сомнѣнія въ томъ, что и для иннерваціи верхняго вѣка имѣется двоякаго рода иннервація, изъ которыхъ одна служитъ для волевыхъ импульсовъ, тогда какъ другая предназначена для произвольныхъ движеній верхнимъ вѣкомъ. Такъ какъ наши вѣки принимаютъ дѣятельное участіе въ мимической игрѣ мышцъ лица, то существованіе подобной же двойственной иннерваціи для верхнихъ вѣкъ, какъ это имѣется и для мышцъ лица, представляется вполне правдоподобнымъ.

Настоящій случай по крайней мѣрѣ представляетъ клиническое доказательство въ пользу этого предположенія. Къ сожалѣнію, наши свѣдѣнія о центральныхъ проводникахъ для иннерваціи мышцъ, управляемыхъ п. oculomotorio, еще настолько недостаточны, что мы пока не можемъ, не рискуя впасть въ гипотетическія соображенія, освѣтить этотъ интересный вопросъ съ анатомической точки зрѣнія.

Въ заключеніе мы считаемъ необходимымъ обратить вниманіе на вліяніе ртутныхъ препаратовъ отдѣльно и въ соединеніи съ іодистымъ калиемъ. Въ нашемъ случаѣ какъ прилѣченіи въ періодъ первоначальнаго развитія болѣзненныхъ

симптомовъ, такъ и въ періодъ позднѣйшаго обострѣнія болѣзненнаго процесса эти назначенія оказали несомнѣнно вліяніе въ смыслѣ улучшенія болѣзненныхъ явленій, не смотря на то, что никакихъ указаній ни на приобрѣтенный, ни на наследственный сифилисъ у больной не существовало, а имѣлись ясные признаки воспалительной основы заболѣванія. Въ этомъ отношеніи обращаетъ на себя вниманіе отмѣченное уже лечившимъ больную врачомъ благопріятное дѣйствіе на существующее болѣзненное разстройство ртутныхъ препаратовъ. На этомъ случаѣ очевидно подтверждается общее разрѣшающее дѣйствіе ртутныхъ препаратовъ, о которомъ никогда не слѣдуетъ забывать, когда имѣется дѣло съ хроническими воспалительными процессами.

