

О такъ называемомъ „возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва“.

(Paralysis n. oculomotorii recidiva).

Д-ра М. М. Меринга.

(Продолженіе; см. т. IX, вып. 3).

III.

На основаніи приведенныхъ выше характеристикъ и исторій болѣзни, можно, полагаемъ, составить себѣ нѣкоторое представленіе о возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва, отчасти исправляющее наши свѣдѣнія по этому вопросу, отчасти ихъ дополняющее.

Дѣлаемъ теперь попытку разобраться въ этихъ свѣдѣніяхъ, сгруппировавши ихъ въ обычныхъ рубрикахъ: симптоматологіи болѣзни, ея этиологіи, патологической анатоміи и т. д.

§ 1. Отдѣлъ симптоматологіи начнемъ съ разсмотрѣнія параличей.

Между послѣдними, по постоянству своего появленія, параличъ n. oculomotorii справедливо занимаетъ центральное мѣсто. Дѣйствительно, вчитываясь внимательно въ исторіи болѣзней, не трудно убѣдиться, что, тогда какъ участіе въ пораженіи отводящаго нерва и др., упоминавшееся одними авторами, не подтверждается другими изслѣдователями вопроса, параличъ глазодвигательнаго нерва у всѣхъ безъ исключенія имѣется на лицѣ.

Являясь такимъ постояннымъ, такимъ характернымъ признакомъ болѣзни, параличъ n. oculomotorii проявляетъ, однако

же, безконечное разнообразіе въ своей локализациі и способѣ пораженія глазныхъ мышцъ.

Говоря о локализациі, мы должны оспорить заявленія проф. Charcot и др., устанавливавшихъ законность въ появленіи непремѣнно односторонняго паралича этого нерва. Оставляя вопросъ объ альтернирующемъ его пораженіи пока въ сторонѣ—его мы рассмотримъ въ отдѣлѣ теченія болѣзни,—мы укажемъ здѣсь на наблюденіе Parinaud et Marie, констатировавшихъ неполный параличъ аккомодациі „обоихъ“ глазъ и на почти аналогичное наблюденіе самого же Charcot (въ правомъ глазу полный параличъ аккомодациі, въ лѣвомъ простой парезъ); укажемъ кромѣ того на наблюденія: Darquier, отмѣтившаго появленіе паралича въ правомъ глазу въ то время, когда не вполне еще сгладились параличныя явленія въ лѣвомъ, Chabbert'a, описавшаго пораженіе наружной мускулатуры *oculi utriusque* и Бехтерева, подчеркивающего возможность двусторонняго пораженія глазъ; сошлемся, наконецъ, и на собственное наше наблюденіе (первое), въ которомъ и намъ также довелось отмѣтить пораженіе одной изъ вѣтвей п. *oculomotorii* въ обоихъ глазахъ. Только что указанные факты даютъ намъ право утверждать, что на ряду съ случаями односторонняго паралича глазодвигательнаго нерва, существуютъ, правда не столь многочисленные, также и случаи съ двусторонней его локализацией.

Переходя теперь къ вопросу о способѣ пораженія глазныхъ мышцъ, мы убѣждаемся, что каждый изъ иннервируемыхъ *oculomotorio* мускуловъ можетъ служить ареною параличныхъ явленій, какъ взятый въ отдѣльности, такъ и въ комбинаціи съ другими мышцами глаза. Комбинаціи эти являются самыми разнообразными:—такъ, наблюдались случаи, въ которыхъ параличи были находимы исключительно во внутреннихъ мышцахъ глаза и давали т. о. картину *ophthalmoplegiae internae* (Troemner); въ противоположность имъ констатировались случаи съ картиною *ophthalmoplegiae externae* (Chabbert, Bernhardt), но чаще всего наблюдалось совмѣстное

пораженіе наружныхъ мышцъ глаза съ внутренними, напр. поражение *m. levatoris palpebrae superioris* и *m. recti interni* вмѣстѣ съ поражениемъ *m. sphinctoris pupillae*. Изъ всего сказаннаго нами о способѣ пораженія глазныхъ мышцъ вытекаетъ, что способъ этотъ, если можно такъ выразиться, самый безпорядочный и что отмѣченное выше отсутствие законности относительно непремѣнно односторонней локализациі паралича распространяется также и на распредѣленіе послѣдняго въ вѣтвяхъ одного какого либо глазодвигательнаго нерва.

Въ зависимости отъ паралича *n. oculomotorii* констатируются слѣдующія клиническія явленія: опущеніе верхняго вѣка; невозможность произвольнаго его поднятія; часто болѣе высокое надъ нимъ положеніе брови, сравнительно съ бровью противоположной стороны благодаря постояннымъ усиліямъ больныхъ раскрыть глазъ (*Ballet*); тотъ или другой видъ косоглазія; ограниченность движенія глазнаго яблока, доходящая до полной его неподвижности; нѣкоторое выпячиваніе глаза кпереди; *diplopia*, часто влекущая за собою головокруженіе (*vertigo ab oculo laeso*); умѣренное расширеніе зрачка; пораженіе аккомодациі, особенно рѣзко выступающее при чтеніи и вялость зрачковой реакціи на свѣтъ и на конвергенцію, доходящая до полного отсутствія этой реакціи, наконецъ, иной разъ, нистагмообразныя движенія (*Moebius*, наше первое наблюденіе). Смотря по тому въ какомъ періодѣ паралича врачъ застаетъ больного, а также и оттого развиваются ли у послѣдняго параличныя явленія впервые или повторно, и степень выраженности ихъ, какъ количественная, такъ и качественная, является не одинаковой, представляя всѣ градаціи отъ едва уловимаго пареза до картины *ophthalmoplegiae totalis et completae*.

Отъ паралича глазодвигательнаго переходимъ къ параличамъ и прочимъ черепнымъ нервамъ. Выше мы приводили уже по этому поводу мнѣнія проф. *Charcot* и *Даркшевича*. Основываясь на изслѣдованіи извѣстной въ то время литературы вопроса, оба автора признавали характернымъ для дан-

наго заболѣванія поражение п. oculomotorii при одновременномъ отсутствіи параличныхъ явленій со стороны прочихъ черепныхъ нервовъ. Изъ этого правила оба автора дѣлали исключеніе лишь въ пользу первой вѣтви тройничнаго нерва, участіе которой въ патологическомъ процессѣ уже и въ то время было подмѣчено нѣкоторыми наблюдателями. Мы видимъ, однако же, что самъ Charcot констатируетъ у своей пациентки на ряду съ параличемъ п. oculomotorii, также и параличъ п. abducentis, но оставляетъ его объясненіе до „будущихъ наблюденій, которыя должны расширить наши знанія по этому вопросу“.

Дѣйствительно, наши знанія съ тѣхъ поръ нѣсколько расширились; такъ, Coutouzis описалъ параличъ блокового нерва, Darquier, Demicheri и Pflüger ¹⁾—параличъ лицевого нерва, тотъ же Pflüger, Charcot jun., Chabbert и Бехтеревъ—параличъ отводящаго нерва. Участіе въ поражении этого послѣдняго имѣемъ возможность подтвердить и мы лично на основаніи второго нашего наблюденія.

Понимая, здѣсь авторы даютъ намъ право установить возможность поражения при данной болѣзни, помимо глазодвигательнаго и тройничнаго, также и прочихъ черепныхъ нервовъ.

Несмотря, однако же, на это, мы не можемъ не отмѣтить здѣсь крайней рѣдкости этого поражения, которая и давала прежнимъ авторамъ поводъ отрицать вовсе его существованіе ²⁾. Отмѣтимъ также и стереотипность наблюдаемыхъ при этомъ параличныхъ комбинацій: непремѣнно ихъ составною частью является все же поражение п. oculomotorii; что же касается блокового, отводящаго или лицевого нерва, то ихъ параличи лишь присоединяются къ параличу п. oculomotorii—обыкновенно въ отношеніи 1: 1—и носятъ т. о. на

¹⁾ Цитируемъ по Gowers'у op. cit. стр. 191 сноски 2-ая.

²⁾ Насколько намъ удалось прослѣдить исторію этого вопроса до выхода къ свѣтъ статей профессоровъ Charcot и Даркшевича, т. е. до 1890 г., параличъ отводящаго нерва упоминался только одинъ разъ (Gibler'омъ), параличи же прочихъ черепныхъ нервовъ—ни разу.

себѣ лишь спорадическій, случайный характеръ. Локализація ихъ пораженія можетъ быть при этомъ двоякая: она или совпадаетъ съ локализаціей паралича глазодвигательнаго нерва, или обнаруживается на различныхъ съ нимъ сторонахъ.

Къ только что отмѣченнымъ параличнымъ симптомамъ въ области двигательныхъ черепныхъ нервовъ слѣдуетъ присоединить также и тѣ, которые наблюдались въ нервахъ органовъ высшихъ чувствъ. Наблюденія Wadsworth'a, Vissering'a Бехтерева, Manz'a (оба) и нашъ второй случай являются достаточно убѣдительными въ этомъ отношеніи.

Три первыхъ автора констатировали у своихъ пацієнтовъ притупленіе слуха на той же сторонѣ, на которой наблюдалось и пораженіе глазодвигательнаго нерва, остальные наблюдали разнообразныя расстройства со стороны зрительнаго нерва. Расстройства эти заключались въ пониженіи остроты зрѣнія (Бехтеревъ, 1-е наблюденіе Manz'a) и въ измѣненіи картины глазнаго дна, а послѣднее сводилось къ гипереміи сѣтчатки (1-е наблюденіе Manz'a) или папиллѣ, при чемъ въ одномъ случаѣ можно было констатировать явленія начинающагося застойнаго соска (2-е наблюденіе Manz'a), въ двухъ другихъ найдена была картина артеріальной гипереміи (Бехтеревъ, наше 2-е наблюденіе)¹⁾.

Въ заключеніе упомянемъ, что при данномъ страданіи помимо черепныхъ нервовъ въ патологическій процессъ вовлекается также и *n. sympathicus*. Шейный отдѣлъ послѣдняго заключаетъ въ себѣ, какъ извѣстно, троякаго рода волокна: глазозрачковыя, сосудодвигательныя и трофическія. Параличъ

¹⁾ Случаевъ *paralyseos n. oculomotorii recidivae* съ пораженіемъ органовъ высшихъ чувствъ можно бы было привести и еще больше. Такъ, о пораженіи, напр., *n. acustici* упоминаетъ проф. Даркшевичъ, а о пораженіи *n. optici*—Thomsen-Richter (суженіе поля зрѣнія) и проф. Барабашевъ (явленія отечнаго неврита). Принимая, однако, во вниманіе невозможность строго доказать причинную зависимость между основнымъ страданіемъ и этими симптомами въ случаяхъ только что поименованныхъ авторовъ, мы и опустили здѣсь ихъ сообщенія.

перваго рода волоконъ выражается: суженіемъ глазной щели и зрачка, уменьшеніемъ напряженія со стороны глазного яблока и ретракціей послѣдняго вглубь орбиты; параличъ сосудодвигательныхъ—выражается краснотой и повышеніемъ температуры щеки и уха на сторонѣ поврежденія, наконецъ, параличъ трофическихъ волоконъ—уплощеніемъ и исхуданіемъ соотвѣтствующей половины лица.

Наблюденія Suckling'a и Charcot jun. могутъ служить примѣромъ частичнаго пораженія перваго рода волоконъ симпатическаго нерва (суженіе лѣвой глазной щели въ случаѣ Suckling'a и зрачка въ случаѣ J. B. Charcot), а наблюденіе Vissering'a даетъ указаніе на пораженіе вазомоторовъ. Послѣдній авторъ описываетъ опухлость обоихъ вѣкъ и вообще всей области вокругъ правой орбиты, при чемъ пальпація давала ощущеніе чего-то тѣстоватаго. Наконецъ указаніе на пораженіе сосудодвигательныхъ волоконъ можно найти въ статьяхъ Барабашева и Troemner'a. Первый авторъ констатировалъ у своего паціента сильную гиперемію лица, очевидно болѣе рѣзко выраженную на правой сторонѣ: по крайней мѣрѣ а. temporalis d. была налита и сильно пульсировала, а второй—отмѣтилъ въ анамнезѣ своей больной покрасненіе и опуханіе щеки, появившееся одновременно съ головною болью.

Отъ только что нами разсмотрѣнныхъ параличныхъ симптомовъ естественнымъ переходомъ къ обзору симптомовъ болевыхъ является анализъ тѣхъ измѣненій, которыя различными авторами констатировались въ вѣтвяхъ тройничнаго нерва.

Мы умышленно употребили здѣсь выраженіе „въ вѣтвяхъ“, т. к. статьями Vissering'a и Karplus'a въ настоящее время съ несомнѣнностью доказана возможность пораженія помимо первой, также и прочихъ вѣтвей этого нерва. Слѣдуетъ, впрочемъ, оговориться, что статьи эти, какъ и наблюденія предшествовавшихъ авторовъ (Parinaud et Marie, Ormerod'a, Fürst'a и Даркшевича) относятся исключительно къ чувствительной порціи n. trigemini, между тѣмъ какъ измѣненія

двигательнаго его отдѣла до сихъ поръ еще не извѣстны въ литературѣ.

Признаки, въ которыхъ проявляется пораженіе V-й пары, сводится въ общемъ къ симптоматологіи заболѣванія любого чувствительнаго нервнаго ствола: это анестезіи, парестезіи или гиперестезіи.

Такъ, д-ръ Клячкинъ говоритъ о „нѣкоторомъ, совпадающемъ съ областью развѣтвленія верхней вѣтви п. trigemini, пониженіи термическаго, болевого и тактильнаго чувства на правой сторонѣ“; Karplus свидѣтельствуетъ объ ослабленіи болевой и термической чувствительности въ первыхъ двухъ вѣтвяхъ V-й пары, а Vissering констатируетъ пораженіе всей чувствительной порціи тройнич. нерва; наконецъ, пониженіе чувствительности констатировалось и нами также во второмъ нашемъ наблюденіи.

Въ качествѣ примѣровъ парестезій мы приводимъ наблюденіе того же Vissering'a, а также наблюденія Suckling'a, Ballet и Fürst'a ¹⁾.

Первый изъ поименованныхъ нами авторовъ говоритъ объ ощущеніи мѣха на лицѣ и о своеобразно непріятномъ, точнѣе не передаваемомъ, ощущеніи въ полости рта, заставлявшемъ больного во время приступовъ постоянно отплевываться; второй и третій авторы также говорятъ о непріятныхъ ощущеніяхъ во рту, причемъ Ballet характеризуетъ ихъ, какъ ощущеніе яри-мѣдянки, а послѣдній авторъ описываетъ парестезическую зону на лѣвой половинѣ лба больного.

Наконецъ, какъ примѣръ гиперестезій можно привести случаи Ormerod'a, описавшаго болѣзненность по тракту п. supraorbitalis, Karplus'a, упоминающаго о болевыхъ точкахъ въ foramina: supraorbitale и zygomatico-temporale, и Buz-

¹⁾ Fürst. «Beitrag zur Casuistik der recidivirender Oculomotoriuslähmung». Centralblatt für praktische Augenheilkunde 1888 juli.

zard'a¹⁾), сообщившаго о нейральной 1-ой вѣтви *n. trigemini*. О нейральной же, замѣняющей, иной разъ, собою головную боль, сообщаетъ намъ и Bouchaud, а Parinaud et Marie самую болѣзнь предлагаютъ обозначать терминомъ „периодически повторяющійся параличъ—нейральгія глаза“. Наконецъ, въ отдѣлѣ гиперѣстезій слѣдуетъ включить случаи Coutouzis и Manz'a, наблюдавшихъ свѣтобоязнь, которая съ современной точки зрѣнія разсматривается какъ повышенная чувствительность окончаній тройничнаго нерва въ глазу и случаи того же Manz'a и Vissering'a, наблюдавшихъ слезотеченіе, симптомъ очень частый при нейральгіяхъ V-й пары и легко вызываемый раздраженіемъ *rami lacrymalis n. ophthalmici*. Въ заключеніе упомянемъ, что *n. trigeminus* можетъ быть при данной болѣзни не только мѣстомъ самостоятельной гиперѣстезіи, но также и мѣстомъ, куда боль только иррадируетъ, разъ начавшись въ какой либо другой области головы (Coutouzis).

Заговоривши о явленіяхъ съ характеромъ ирритациіи и, въ частности, о нейральгіяхъ тройничнаго нерва, мы подошли къ разсмотрѣнію головной боли, этого второго кардинальнаго признака разсматриваемой нами болѣзни.

Взглядъ, по которому сущность *cephalalgiae* сводится къ повышенному воспріятію раздраженій со стороны чувствительныхъ нервовъ черепномозговыхъ оболочекъ, можетъ уже считаться нынѣ настолько общепринятымъ, что мы прямо переходимъ къ обзору тѣхъ чертъ, которыми она отличается при данномъ страданіи. Ниже мы разсматриваемъ постоянство боли, ея силу, характеръ, локализацию, продолжительность и отношеніе къ параличнымъ симптомамъ.

а) *Постоянство боли*. Если не ошибаемся, проф. Даркшевичъ былъ первымъ, обратившимъ вниманіе на отсутствіе головной боли въ нѣкоторыхъ случаяхъ процесса. Въ своей статьѣ онъ приводитъ наблюденіе Ormerod'a, отрицающаго

¹⁾ Buzzard. См. Gowers op. cit. стр. 191, сноска 2-ая.

существованіе этого признака и Weiss'a, ни словомъ не упоминающаго о немъ. Изъ этихъ наблюденій авторъ дѣлаетъ выводъ, что „безусловно постояннымъ симптомомъ головная боль считается не можетъ“.

Къ только что цитированнымъ мы присоединяемъ также первый случай Schmidt-Rimpler'a ¹⁾, подчеркивающаго отсутствіе головной боли, случай Buzzard'a наблюдавшаго вмѣсто нея нейралгію тройничнаго нерва и случаи, въ которыхъ головная боль констатировалась при одномъ взрывѣ страданія и отсутствовала при повторномъ его приступѣ; такимъ является, на нашъ взглядъ, случай проф. Дарешевица, таково и первое наше наблюденіе.

Выше мы уже видѣли, какъ вліяли подобнаго рода факты на позднѣйшихъ наблюдателей. Мы видѣли, именно, что у Demichei мелькаетъ мысль: дѣйствительно ли мигрень въ данномъ случаѣ есть отдѣльная клиническая форма, а не случайный эпизодъ въ симптомокомплексѣ возвращающагося паралича глазодвигательнаго нерва, а Troemner задается вопросомъ,—выдѣлять ли случаи съ отсутствіемъ головной боли и мигренныхъ эквивалентовъ въ особую рубрику, признавъ за ними совершенно другой генезисъ, чѣмъ за случаями типичной *migraine ophthalmoplégique*, или же, напротивъ, продолжать ихъ разсматривать въ отдѣлѣ мигрени и тѣмъ расширить симптомокомплексъ послѣдней?

Отвѣтъ на только что поставленные вопросы будетъ ясенъ изъ послѣдующаго нашего изложенія, а пока отмѣтимъ просто фактъ, что при данномъ страданіи головная боль можетъ и отсутствовать, притомъ въ одномъ рядѣ случаевъ постоянно (въ теченіе всей болѣзни), въ другомъ—временно (въ теченіе того или другого ея приступа); но, ради безпристрастія, отмѣтимъ также и единичный характеръ этихъ случаевъ, бросающійся въ глаза при сравненіи ихъ со множествомъ тѣхъ

¹⁾ Schmidt-Rimpler. Цитирую по статьѣ Troemner'a. Op. cit.

наблюденій, постоянною и характерною особенностью которыхъ является головная боль.

б) *Сила боли*. Всѣ авторы согласно отмѣчаютъ тотъ фактъ, что сила боли является при данномъ страданіи крайне рѣзко выраженной.

Правда, паціентъ проф. Даркшевича заявилъ первоначально, что его „безпокоитъ только частое опусканіе вѣка“, а „съ головными болями онъ легко бы мирился“ и даже „не помнить“ были ли онѣ у него при первомъ приступѣ болѣзни, но уже изъ послѣдующаго изложенія автора видно, что его паціентъ все же „страдаетъ“ отъ боли и что, слѣдовательно, интенсивность послѣдней не такъ мала, какъ объ этомъ можно было подумать съ перваго раза.

Обращаясь затѣмъ къ прочимъ авторамъ, мы всюду встрѣчаемъ подтвержденіе нашего взгляда;—такъ: Manz, Darquier, Moebius, Remak, Wadsworth и многіе другіе называютъ боль „сильной“; Gubler, Charcot jun., Suckling, Parinaud et Marie, Demicheri и Troemner—„жестокой“; Coutouzis—„нестерпимой“; Ballet замѣчаетъ, что эта боль „сильнѣе нейральнойгической“ и что она „аналогична съ тою, которая наблюдается при опухоляхъ головного мозга“; одна изъ паціентокъ Karplus'a жалуется на столь сильныя боли, что отъ нихъ „глазъ выпадаетъ вонъ“, а другая чувствуетъ себя во время приступовъ „не можетъ воздерживаться отъ стоновъ и крика“ и т. д. и т. д. Мы могли бы назвать и еще нѣсколько именъ, но полагаемъ, что уже приведенные авторы рисуютъ силу боли такими выпуклыми и рельефными штрихами, что даютъ достаточно ясное о ней представленіе. Мы поэтому остановимся лишь на затронутомъ нѣкоторыми наблюдателями вопросѣ о колебаніяхъ болевой интенсивности въ различные періоды приступа.

Разными лицами вопросъ этотъ освѣщается съ неодинаковой полнотой.

Такъ, Bouchaud и J. M. Charcot просто говорятъ о вечернемъ, а Vissering о ночномъ усиленіи боли; Charcot

jun., Demicheri и Troemner отмѣчаютъ постепенное ослабленіе послѣдней съ момента наступленія паралича, наконецъ, Suckling, Karplus и, особенно, Parinaud et Marie даютъ детальное описаніе вопроса.

Въ наблюденіи перваго автора боль постепенно усиливалась въ теченіе сутокъ, къ концу ихъ достигала своего аспе, а затѣмъ въ теченіе сутокъ же постепенно сходила на нѣтъ; второй авторъ также отмѣчаетъ особенную интензивность боли въ теченіе перваго дня приступа, на слѣдующій—она уже оказывалась слабѣе, а еще черезъ 3 дня, стихая понемногу, пропадала совершенно; наконецъ, два послѣднихъ автора, слѣдя за развитіемъ боли, констатируютъ, что maximum ея силы падаетъ на 5-й или 6-й день приступа и длится около недѣли, а затѣмъ наступаетъ крайне медленное и постепенное ея паденіе, причемъ окончательно боль исчезаетъ лишь къ концу 2-го мѣсяца. Помимо такого колебанія по недѣлямъ, Parinaud et Marie отмѣтили также и разницу въ состояніи боли въ теченіе одного и того же дня. Обыкновенно боль начиналась съ самаго ранняго утра и достигала своего апогея около 9—10 час. утра, а затѣмъ наступало быстрое ея паденіе и около полудня она обыкновенно уже не испытывалась.

Воздерживаясь отъ окончательнаго обобщенія приведенныхъ нами случаевъ за его преждевременностью, мы все же признаемъ въ нихъ существованіе нѣсколькихъ общихъ чертъ, которыя при дальнѣйшихъ изысканіяхъ получаютъ конечно болѣе опредѣленное для себя выраженіе; пока же мы дѣлаемъ лишь черновой набросокъ того типа, по которому, какъ полагаемъ, колеблется интензивность боли. Если бы мы попытались изобразить его графически, то должны бы были провести 2 черты: одну съ высокимъ и круглымъ подъемомъ, изображающимъ быстрый ростъ боли, другую съ длиннымъ и пологимъ спускомъ, изображающимъ медленное ея паденіе.

с) *Характеръ боли.* Общеизвѣстный фактъ, что далеко не каждый, даже интеллигентный, паціентъ можетъ охарактеризовать испытываемое имъ болевое ощущеніе, подтверждается

лишній разъ и въ данномъ случаѣ. Почти всѣ проштудированные нами авторы, опредѣляя боль, говорятъ со словъ своихъ пациентовъ скорѣе о силѣ, нежели объ характерѣ этого признака и только Joachim, Karplus, Manz, Барабашевъ, Бехтеревъ и Клячкинъ даютъ намъ въ этомъ отношеніе кое-какія указанія.

Три первыхъ автора, характеризуя боли, обозначаютъ ихъ терминомъ „сверлящія“, Барабашевъ описываетъ ихъ, какъ ощущеніе „давленія“, Бехтеревъ—какъ чувство „тяжести“, наконецъ Клячкинъ—какъ ощущеніе „ломоты“. Это послѣднее ощущеніе отмѣтили и мы лично у первой вашей пациентки.

Приведенныя наблюденія, несмотря на относительную свою малочисленность, показываютъ всеже, что при данномъ страданіи характеръ болевого ощущенія можетъ оказаться довольно разнообразнымъ.

d) Не менѣе разнообразною является при немъ и *локализация боли*.

Послѣдняя то сосредоточивается въ одной какой либо половинѣ головы (Senator, Wadsworth, Brissaud, Karplus, Manz, Remak, Troemner, Darquier, Chabbert), или занимаетъ еще болѣе ограниченный ея участокъ, напр. половину лба (Даркшевичъ, Vissering), надбровную область (Saundby, Parinaud et Marie, Clark, Suckling), глазное яблоко (Moebius), или часть орбиты, лежащую непосредственно кзади отъ послѣдняго (Manz, Demichei), а также внутренній уголъ орбиты и корень носа (Joachim, Bernhardt, наше 2-е наблюденіе), то, ощущаясь сильнѣе въ одномъ какомъ либо районѣ головы, распространяется все же и на остальные ея участки (Snell, Charcot jun., Клячкинъ, Ballet); наконецъ, нѣтъ недостатка въ авторахъ, которые просто говорятъ о головной боли, не опредѣляя ее въ частности, какъ боль мигренную (Graefe, Hasner, Thomsen, Hinde, Fürst и др.) и разумѣя, слѣдовательно, боль диффузную.

е) *Длительность*. Разнообразіе, представляемое локализацией и характеромъ болевого ощущенія, констатируется также и въ продолжительности приступа боли. Последній или длится всего лишь нѣсколько часовъ (Manz) или захватываетъ сравнительно большіе періоды времени, напр. нѣсколько сутокъ (Suckling, Senator, Даръшевичъ, Darquier, Karplus, Bouchaud, Coutouzis etc.), нѣсколько недѣль (Moebius, Wadsworth, J. M. Charcot, Ballet), наконецъ, иной разъ, даже и нѣсколько мѣсяцевъ (Parinaud et Marie, Graefe, Charcot jun.)

ф) Вниманіе всѣхъ наблюдателей особенно привлекалъ вопросъ объ „отношеніи боли къ параличнымъ явленіямъ“.

Выше мы уже приводили по этому поводу утвержденія нѣкоторыхъ авторовъ. Мы видѣли именно, что Charcot и др. установлены были слѣдующія положенія: 1) боль въ каждомъ случаѣ процесса непременно имѣется на лицѣ; 2) по времени она всегда предшествуетъ параличу и кончается въ моментъ, когда начинается послѣдній и 3) боль локализуется въ той именно половинѣ головы, которая какъ разъ соотвѣтствуетъ мѣсту появленія будущихъ параличныхъ симптомовъ. Опираясь на эти факты, наблюдатели полагали, что сталкивались съ своеобразной формой мигрени, имѣющей интимную связь съ параличемъ глазодвигательнаго нерва. Понятнымъ становится отсюда и столь часто цитированный нами терминъ страданія „migraine ophthalmoplégique“, т. е. мигрень, осложненная параличами глазныхъ мышцъ. Но вотъ, по мѣрѣ того, какъ возрастаетъ интересъ къ рассматриваемой нами патологической формѣ и множится число наблюденій надъ нею, въ періодической прессѣ начинаютъ проскальзывать случаи, совершенно расшатывающіе старое ученіе объ этомъ болѣзненномъ симптомѣ; такъ, одни авторы совершенно отрицаютъ фактъ существованія головной боли въ наблюдавшихся ими случаяхъ, другіе, признавая его, приводятъ, однако, совершенно не свойственные мигрени черты въ своихъ исторіяхъ болѣзни. Понятно, что въ душу читателя начинаетъ

закрадываться сомнѣніе относительно справедливости старыхъ представлений о болѣзненномъ процессѣ: „что же это, въ самомъ дѣлѣ, за мигрень, при которой головная боль можетъ отсутствовать и какъ приписывать ей появленіе параличей, если фактически она не существуетъ?“ — вправѣ подумать каждый. Приходится, очевидно, признать, что параличъ зависитъ не отъ мигрени, а интимную связь, якобы существующую между этими двумя симптомами, не считать уже болѣе реальной. Мы тѣмъ болѣе убѣждаемся въ справедливости такого взгляда, что существуютъ наблюденія, которыя указываютъ, какъ даже у одного и того же субъекта головная боль, наблюдаемая при одномъ взрывѣ страданія, можетъ отсутствовать при повторномъ его приступѣ. Но мы идемъ далѣе: мы рѣшаемся утверждать, что самый терминъ „мигрень“, употребляемый, по почину Charcot многими учеными, является неправильнымъ. Кромѣ продолжительности головной боли, длящейся часто по нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ, кромѣ возможности появленія ея не обычнымъ для мигрени способомъ не до, а послѣ рвоты, причемъ самая рвота продолжается, иной разъ, по 8 сутокъ, кромѣ всѣхъ этихъ фактовъ, уже отмѣченныхъ въ монографіи проф. Даркшевича, противъ мигрени говорятъ также случаи, въ которыхъ боль оказывалась разлитой равномерно по всей головѣ, наконецъ, противъ мигрени говоритъ также самая сила боли, необычайно жестокой ея характеръ, наблюдаемый, по справедливому замѣчанію проф. Ballet, только при органическихъ пораженіяхъ головного мозга.

Чтобы исчерпать вопросъ объ отношеніи головной боли къ явленіямъ паралича, коснемся еще прежняго утвержденія будто по времени она всегда предшествуетъ параличу, кончаясь въ моментъ, когда начинается послѣдній.

Не отрицая, что въ большинствѣ случаевъ такъ именно и обстоитъ дѣло, мы сошлемся все же на первое наблюденіе Bernhardt'a, констатировавшаго появленіе боли каждый разъ послѣ появленія паралича и на наблюденія Барабашева,

Троммер'a, Demichei и др., отмѣчавшихъ существованіе головной боли въ теченіе всего періода параличныхъ явленій.

Все сказанное нами выше по поводу головной боли мы можемъ резюмировать слѣдующимъ образомъ:

а) подобно параличу и cephalea является только однимъ изъ признаковъ страданія, притомъ признакомъ не вполне постояннымъ, могущимъ выпадать изъ общаго симптомокомплекса;

б) никакой связи между нею и параличемъ не существуетъ;

в) характеръ ея и локализція, а также время появленія и продолжительность существованія подлежатъ многочисленнымъ варіаціямъ и

г) сила ея постоянно является рѣзко выраженной и, во всякомъ случаѣ, превосходитъ ту, которая наблюдается при мигрени.

Продолжая далѣе нашъ обзоръ явленій съ характеромъ ирритации, остановимся прежде всего на столь частыхъ при данномъ страданіи рѣзстройствахъ кишечнаго тракта и рассмотримъ ихъ по его областямъ, идя въ направленіи сверху внизъ.

Первое, что мы должны будемъ отмѣтить при такого рода обзорѣ,—это измѣненія со стороны полости рта, выражающіяся переполненіемъ послѣдняго слюною.

Указанное явленіе встрѣчается, впрочемъ, не особенно часто; мы лично ни разу не могли отмѣтить его у нашихъ больныхъ; обращаясь къ литературѣ вопроса, мы нашли указаніе на саливацію лишь у Suckling'a, Vissering'a и Ballet.

Ученіе объ отдѣленіи слюны, какъ объ актѣ, совершающемся исключительно подъ вліяніемъ нервовъ, причемъ раздраженіе ихъ по преимуществу является не прямымъ, а рефлексорнымъ, можетъ уже считаться достаточно твердо установленнымъ въ физиологіи и сообщенія трехъ, упомянутыхъ нами, авторовъ подчиняются лишь общему закону, говоря о раздраженіи п. *trigeminі* (парѣстезіи въ полости рта), одновременно съ саливаціей, констатированной ими у ихъ па-

ціѣнтовъ. Очевидно, и въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ рефлексомъ, исходнымъ пунктомъ котораго является тройничный нервъ. Намъ остается поэтому только рѣшить вопросъ, на какой двигательный нервъ—черепномозговой или симпатическій—это раздраженіе передавалось.

Принимая во вниманіе обиліе отдѣленія слюны, давшее даже авторамъ поводъ говорить о слюнотеченіи, мы болѣе склонны предположить здѣсь раздраженіе черепного нерва (n. facialis), нежели симпатическаго, хотя отсутствіе у авторовъ болѣе подробныхъ свѣдѣній, напр. о качествѣ секрета (густой онъ или жидкій) и т. п., мѣшаетъ намъ высказаться здѣсь съ болѣею опредѣленностью.

Если въ слюнотеченіи мы имѣемъ сравнительно рѣдкій симптомъ возвращающагося паралича n. oculomotorii, то зато на рвоту мы уже вправѣ смотрѣть какъ на очень частый, почти постоянный, признакъ этого страданія.

Всматриваясь въ клиническую картину случаевъ болѣзни, непремѣнной составною частью которыхъ является этотъ симптомъ, мы полагаемъ возможнымъ раздѣлить ихъ на двѣ, численно не одинаковыя группы.

Въ первую, гораздо болѣшую, мы относимъ случаи, охарактеризованные еще профессоромъ Charcot. Появленіе рвоты въ концѣ болевого періода и непосредственно передъ наступленіемъ періода параличей,—рвоты, по характеру своему вполне тождественной съ мигреною, является существенной особенностью случаевъ этой группы.

Во вторую, значительно меньшую, мы относимъ случаи, которые въ томъ или иномъ отношеніи представляютъ отклоненіе отъ перваго типа. Такими являются, на нашъ взглядъ, случаи Clark'a и Дарьшевича, наблюдавшихъ появленіе рвоты непосредственно передъ наступленіемъ болевого періода; да-лѣе 2-й случай Bernhardt'a и наблюденіе Moebius'a, констатировавшихъ одновременное появленіе рвоты и боли, наконецъ, то же наблюденіе Moebius'a и случай Bouchaud, въ которыхъ конецъ рвоты не совпадалъ съ концомъ болевого пе-

ріода, а приходился, приблизительно, въ серединѣ послѣдняго. Случай Моеbius'a представляетъ для насъ также и тотъ интересъ, что рвота продолжалась здѣсь цѣлыхъ 8 сутокъ, срокъ очень почтенный и никогда не наблюдаемый при мигрени.

Почти въ половинѣ всего количества случаевъ рвотнымъ движеніямъ предшествуетъ у больныхъ ощущеніе тошноты;—существуютъ, однако, и такія наблюденія, въ которыхъ какого либо одного изъ этихъ признаковъ не оказывалось вовсе.

Обращаясь теперь къ разсмотрѣнію сущности только что описаннаго нами симптома, мы считаемъ справедливымъ провести здѣсь аналогію съ сущностью слюнотеченія. Какъ здѣсь, такъ и тамъ, мы имѣемъ дѣло съ рефлексомъ; какъ здѣсь, такъ и тамъ, рефлексъ этотъ имѣетъ своимъ исходнымъ пунктомъ тройничный нервъ; словомъ, вся разница сводится лишь къ двигательной порціи нейрона—въ одномъ случаѣ раздраженіе передается на лицевой нервъ, въ другомъ на нервъ блуждающій.

Мы только что замѣтили, что исходнымъ пунктомъ для рвоты является раздраженіе тройничнаго нерва. Дѣйствительно, ни въ одной изъ проштудированныхъ нами исторій болѣзней мы не встрѣтили указаній на заболѣванія желудка (за исключеніемъ случая проф. Барабашева), или другого какого либо органа, который рефлекторно могъ бы вызвать актъ рвоты. Мы поэтому приходимъ къ выводу, что послѣдняя оказывается здѣсь мозгового происхожденія. Случаи наступленія рвоты до момента появленія головной боли нисколько не противорѣчатъ такому взгляду, ибо вовсе нѣтъ надобности въ суммированіи раздраженія со стороны вѣточекъ V-й пары до той степени, которая воспринимается какъ ощущеніе боли, чтобы вызвать передачу раздраженія съ нихъ на нервы двигательные. Въ качествѣ доказательства отъ противнаго могутъ служить случаи, въ которыхъ головная боль оказывалась развитой въ очень рѣзкой степени, а, между тѣмъ, рвоты не было.

Чтобы закончить обзоръ разстройствъ со стороны интестинальнаго тракта, приведемъ наблюденія проф. Charcot, Clark'a и Барабашева.

Первый авторъ помимо тошноты и рвоты констатировалъ у своей больной также и наступленіе поносовъ, двое другихъ наблюдали запоры.

Обращаясь, въ частности, къ разсмотрѣнію послѣдняго случая, замѣтимъ, что мы третируемъ въ немъ появленіе запоровъ какъ фактъ случайный, ничего общаго съ разсматриваемымъ нами страданіемъ не имѣющій и только лишь одновременно съ нимъ существующій. Наличность атоніи желудка и кишекъ на почвѣ рѣзко выраженнаго малокровія, доказаннаго авторомъ микроскопически и вызваннаго, по всей вѣроятности, маляріей, является для насъ слишкомъ убѣдительнымъ въ этомъ отношеніи.

Что касается случая Clark'a, то, будучи черезчуръ лаконичнымъ (5½ строкъ текста), онъ слишкомъ мало представляетъ намъ данныхъ для сужденія по этому вопросу.

Какъ, спрашивается теперь, объяснить намъ появленіе поносовъ, наблюдавшихся профессоромъ Charcot? Разсматривать ли ихъ, какъ одинъ изъ симптомовъ рецидивирующаго паралича п. oculomotorii, или же какъ явленіе случайное, нисколько отъ него не зависящее, аналогичное запорамъ въ случаѣ проф. Барабашева?

Разсуждая теоретически, существованіе связи между даннымъ симптомомъ и разсматриваемой нами болѣзнью можно, пожалуй, допустить; извѣстно, вѣдь, что п. vagus, въ противоположность sympathico, является ускорителемъ перистальтики—поэтому и передача на кишечныя его вѣтви раздраженія съ вѣтокъ V-й пары можетъ обуславливать поносъ совершенно такъ же, какъ такая же передача раздраженія на желудочныя вѣтви vagi вызываетъ рвоту. Обращаетъ на себя вниманіе также и тотъ фактъ, что, тогда какъ у паціента проф. Барабашева вялая перистальтика кишекъ была явленіемъ привычнымъ, существовавшимъ внѣ зависимости отъ при-

ступовъ паралича, больная Charcot, наоборотъ, въ это то время и обнаруживала явленія усиленной перистальтики. При всемъ томъ единичность наблюденія проф. Charcot не позволяетъ намъ высказаться здѣсь категорически и опредѣленно; мы, поэтому, ограничиваемся привлеченіемъ вниманія товарищей къ указанному нами факту, рассчитывая въ будущемъ прочесть подтвержденіе его или опроверженіе.

Говоря объ irritacii чувствительныхъ черепныхъ нервовъ, мы приводили, между прочимъ, случаи Vissering'a и Manz'a, которые констатировали у своихъ больныхъ слезотеченіе. Тогда же мы упоминали, что симптомъ этотъ очень частъ при невралгіяхъ V-й пары и легко вызывается раздраженіемъ *rami lacrimalis n. trigemini*.

Возвращаемся сейчасъ къ этимъ случаямъ для доказательства существованія irritacii также и въ вѣтвяхъ *n. sympathici*.

Дѣло въ томъ, что слезотеченіе, являясь результатомъ работы однихъ лишь секреторныхъ волоконъ, можетъ зависѣть отъ раздраженія только тѣхъ вѣточекъ *r. lacrimalis*, которыми послѣдняго снабжаетъ *n. sympathicus*.

Извѣстно, что симпатическій нервъ, оплетая внутреннюю сонную артерію, анастомозируетъ частью своихъ волоконъ со всѣми находящимися *in sulco carotico*, черепными нервами ¹⁾, въ томъ числѣ и съ *ramo ophthalmico*; извѣстно далѣе, что волокна эти, по вступленіи *n. ophthalmici* въ полость глазницы, оказываются уже въ составѣ *rami lacrimalis*. Что ихъ, именно, раздраженіемъ и вызывается усиленное отдѣленіе слезъ легко можно доказать экспериментальными данными, а также и нѣкоторыми клиническими фактами ²⁾; мы вправѣ, по этому, смотрѣть на слезотеченіе въ случаяхъ лицевой невралгіи

¹⁾ За исключеніемъ *n. oculomotorii*, получающаго примѣсь волоконъ *n. sympathici* уже въ полости глазницы.

²⁾ Фактами отдѣленія слезъ подъ вліяніемъ раздраженія шейнаго отдѣла симпатическаго нерва.

лишь какъ на передачу раздраженія съ возбужденныхъ волоконъ тройничнаго нерва на нервъ симпатическій.

Возможность irritаціи послѣдняго доказывается также и сообщеніемъ доктора Клячкина.

Во время преній, вызванныхъ настоящимъ докладомъ, уважаемый товарищъ заявилъ, что въ наблюдавшемся имъ случаѣ болѣзни „расширеніе зрачка было максимальное и что, слѣдовательно, раздраженіе п. sympathici непременно должно было имѣть мѣсто“.

Принимая во вниманіе отсутствіе максимальнаго мидріаза въ случаяхъ простаго паралича глазодвигательнаго нерва, не осложненнаго одновременнымъ раздраженіемъ симпатическаго нерва, мы вполне присоединяемся къ мнѣнію нашего товарища и полагаемъ, что въ его словахъ отстаиваемое нами здѣсь положеніе объ участіи п. sympathici въ патологическомъ процессѣ приобретаетъ новую и очень важную для себя опору.

Чтобы закончить отдѣлъ симптоматологіи упомянемъ еще о цѣломъ рядѣ явленій со стороны общаго чувства; о потерѣ аппетита (Parinaud et Marie, Thomsen-Richter, Suckling, Manz, Барабашевъ), безсовницѣ (Suckling, Troemner), о страшной жаждѣ и объ ощущеніи холода (Manz), наконецъ объ общемъ недомоганіи (Senator), общей слабости (Барабашевъ), или объ общемъ плохомъ самочувствіи (Manz).

Въ заключеніе упомянемъ также, что несмотря на знобъ, констатированный въ нѣсколькихъ случаяхъ процесса (Suckling, Senator, Даркшевичъ), повышеніе температуры при немъ не наблюдается. Случаи проф. Барабашева и д-ра Клячкина не могутъ здѣсь быть приняты во вниманіе, т. к. пациенты этихъ авторовъ страдали маляріей и, слѣдовательно, могли лихорадить внѣ зависимости отъ основнаго процесса.

Наконецъ,—послѣднее замѣчаніе. Въ первыхъ по времени работахъ намъ пришлось прочесть утвержденіе будто женскій полъ чаще мужескаго поражается даннымъ страданіемъ, а въ послѣдующихъ трудахъ въ привилегіи страдать имъ между обоими полями былъ поставленъ знакъ равенства. „На чьей

сторонѣ“, спрашивали насъ во время доклада,—„находится истина?“

Тогда мы отклонили отъ себя разрѣшеніе только что поставленнаго вопроса, полагая, что для симптомокомплекса, не насчитывающаго надъ собою полной сотни наблюденій, не настало еще время статистическихъ выкладокъ и связанныхъ съ ними процентныхъ вычисленій. Эту же мысль мы рѣшаемся повторить и сейчасъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).
