

О такъ называемомъ „возвращающемся параличѣ глазодвигательнаго нерва“¹⁾.

(Paralysis n. oculomotorii recidiva)²⁾.

Д-ра М. М. Меринга.

I.

Не смотря на то, что съ момента перваго описанія возвращающагося паралича глазодвигательнаго нерва прошло уже 40 лѣтъ³⁾, болѣзнь эта далеко еще не можетъ считаться изученною.

Причину этого обстоятельства слѣдуетъ считать, какъ рѣдкость вообще наблюденій надъ нею,—препятствующую нашему ознакомленію съ ея этиологіей и, даже, съ ея клинической картиной,—такъ и, въ особенности, уже крайнюю

¹⁾ Докладъ, читанный въ VI-мъ научномъ собраніи общества врачей при Казанской клиникѣ нервныхъ болѣзней, 26-го Апрѣля 1900 г.

²⁾ Другія названія болѣзни: *Nevralgie et paralysie oculaire à retour périodique. Migraine accompagnée. Ophthalmoplégie périodique. Migraine ophthalmoplégique. Periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung. Recidivirende Oculomotoriuslähmung. Periodische Oculomotoriuslähmung. Chronisch recidivirende Oculomotoriuslähmung. Anfallsweise auftretende Form der Oculomotoriuslähmung*

³⁾ Gubler. «Paralysie de la troisième paire droite, récidivant pour la troisième fois» см. *Gazette des hôpitaux civils et militaires*. 1860 № 17. p. 65—66.

рѣдкость аутопсій, проливающихъ свѣтъ на сущность патологическаго процесса.

Если обратиться за справкой къ наиболѣе распространеннымъ руководствамъ по нервнымъ болѣзнямъ, то только въ двухъ изъ нихъ—въ руководствахъ Oppenheim'a ¹⁾ и Gowers'a ²⁾—можно еще найти кое какія указанія по занимающему насъ вопросу, да и то указанія эти мѣстами противорѣчатъ другъ другу.

Такъ напр., Oppenheim категорически утверждаетъ, что параличъ всегда захватываетъ одинъ и тотъ же нервъ, тогда какъ Gowers, признавая, что обыкновенно параличъ этотъ бываетъ одностороннимъ, цитируетъ, однако, наблюденія авторовъ, когда параличемъ поражались то правый, то лѣвый глазодвигательные нервы. Такимъ образомъ фактъ постоянства въ пораженіи одного и того-же нерва, на которомъ настаиваетъ Oppenheim, оспаривается Gowers'омъ. Но, не говоря уже о разницѣ въ передачѣ фактическаго матеріала, самый терминъ, которымъ покойный проф. Charcot окрестилъ рассматриваемое нами страданіе, цитируется названными учеными неодинаково; такъ, въ цитатѣ Gowers'a мы читаемъ „*migraine ophthalmique*“, тогда какъ въ цитатѣ Oppenheim'a терминъ этотъ смѣняется другимъ—„*migraine ophthalmoplégique*“, выражающимъ понятіе, далеко не тождественное первому.

Если уже въ такихъ солидныхъ руководствахъ по нервнымъ болѣзнямъ, какъ два вышеупомянутыя, мы наталикиваемся на столь сбивчивыя объясненія, то еще менѣе выносимъ мы свѣдѣній изъ руководствъ по частной патологіи и терапіи, въ которыя отдѣлъ нервныхъ болѣзней входитъ

¹⁾ Oppenheim. Руководство по нервнымъ болѣзнямъ. 1896. стр. 294—295.

²⁾ Gowers. Руководство по болѣзнямъ нервной системы. Спб. 1896. Т. II ч. IV стр. 190—192.

лишь между прочимъ. Укажу для примѣра на руководства Dieulafoy¹⁾, Eichhorst'a²⁾ и Strümpel'я³⁾.

Въ первыхъ двухъ возвращающійся параличъ глазодвигательнаго нерва не упоминается вовсе, что же касается послѣдняго, то въ немъ мы встрѣтили лишь слѣдующія немногія строки, которыя и приводимъ здѣсь дословно:

„..... Остается упомянуть еще — пишетъ Strümpel — о по своей сущности почти совершенно не выясненномъ періодическомъ параличѣ глазодвигательнаго нерва, на который въ новѣйшее время было обращено вниманіе Моеbius'омъ и др. Въ соотвѣтственныхъ случаяхъ у однихъ и тѣхъ же субъектовъ, зачастую уже съ самаго дѣтства, возвращаются черезъ болѣе или менѣе продолжительные промежутки времени (у женщинъ иногда во время мѣсячныхъ), параличи одного глазодвигательнаго нерва, часто сопровождающіеся головными болями и рвотой, аналогично тому, какъ это бываетъ при мигрени. Обыкновенно бываютъ равномѣрно поражены всѣ вѣтви п. oculomotorii, но иногда внутреннія глазныя мышцы остаются неизмѣненными. Въ легкихъ случаяхъ обнаруживается даже только одинъ ptosis. Продолжительность отдѣльныхъ приступовъ равняется иногда лишь нѣсколькимъ днямъ, но иногда нѣсколькимъ недѣлямъ. Съ теченіемъ времени приступы обыкновенно становятся тяжелѣе. Сущность рецидивирующаго паралича глазодвигательнаго нерва еще совершенно не извѣстна, но все таки вѣроятно, что, по крайней мѣрѣ, въ извѣстной части случаевъ болѣзнь находится въ близкомъ родствѣ съ мигренью и представляетъ нѣкоторымъ образомъ лишь необычайно развитую форму мигрени. Само собою разумѣется однако, что необходимо отличать

¹⁾ Dieulafoy. «Руководство къ внутренней патологiи». Спб. 1899.

²⁾ Eichhorst. «Руководство къ частной патологiи и терапіи». Изданіе «Библиотеки врача». 1900.

³⁾ Strümpel. «Руководство къ частной патологiи и терапіи». Т. III, ч. I стр. 86. 1895.

чистые случаи болѣзни отъ рецидивирующаго паралича oculomotorii, наблюдаемаго иногда при tabes, сифилисѣ головного мозга и т. д.¹⁾

Не болѣе сообщаетъ намъ и Goldscheider¹⁾. Въ своей діагностикѣ нервныхъ болѣзней, въ отдѣлѣ периферическихъ параличей, онъ говоритъ:

„Это состояніе обыкновенно начинается острой односторонней головной болью, продолжительность которой различна и которая исчезаетъ съ появленіемъ паралича глазныхъ мышцъ. Этотъ параличъ поражаетъ главнымъ образомъ наружныя вѣтви глазодвигательнаго нерва (strabismus кнаружи, ptosis, diplopia), но можетъ коснуться также и аккомодации. Парализуется только одинъ глазъ. Продолжительность паралича простирается до нѣсколькихъ недѣль. Онъ повторяется съ большими или меньшими промежутками. Припадокъ болей, предшествующій страданію, отличаетъ его отъ сифилитическаго паралича глазодвигательнаго нерва, который также можетъ повторяться.

Въ томъ же руководствѣ подъ рубрикою „мигрень²⁾“ Goldscheider снова возвращается къ рецидивирующему параличу n. oculomotorii съ цѣлью провести дифференціальную діагностику между нимъ и мигренью.

„Въ качествѣ особой формы — пишетъ Goldscheider — нѣкоторые случаи мигрени связаны съ мерцательной скотомой, субъективными цвѣтовыми ощущеніями, суженіемъ поля зрѣнія, амблиопіей (одно или двухсторонней), бываетъ также, что въ теченіе припадка существуетъ геміанопсія. Эта форма названа migraine ophthalmique (истерія, прогрессивный параличъ, спинно-мозговая сухотка, эпилепсія). Не слѣдуетъ смѣшивать ее съ мышечной migraine ophthalmique, или ophthalmoplégique“.

¹⁾ Goldscheider. «Діагностика болѣзней нервной системы». Спб. 1898 стр. 178.

²⁾ Ibidem стр. 240.

Немногія свѣдѣнія, почерпнутыя нами изъ руководствъ Gowers'a, Oppenheim'a, Strümpel'я и Goldscheider'a, резюмировавшихъ всю извѣстную имъ журнальную литературу, мы полагаемъ возможнымъ формулировать слѣдующимъ образомъ:

Подъ возвращающимся параличемъ глазодвигательнаго нерва разумѣется болѣзнь, которая характеризуется жестокою головою болью въ формѣ мигрени и поражениемъ мышцъ, иннервируемыхъ III-ей парой черепныхъ нервовъ. Параличъ этотъ можетъ захватывать всѣ мышцы, снабжаемыя oculomotorio, но чаще другихъ онъ констатируется въ m. levator palpebrae superioris, m. rectus internus et m. sphinctor pupillae. Иной разъ онъ сопровождается параличомъ n. abducentis и n. facialis и анестезіей въ области I-ей вѣтви n. trigemini. Локализациа его, по однимъ авторомъ, всегда односторонняя,—по другимъ, то на той, то на другой сторонѣ лица. Первое его появленіе наблюдается въ молодомъ возрастѣ, чаще у лицъ женскаго пола. Никакой правильности въ промежуткахъ между его проявленіями не наблюдается. Длительность періода паралича съ каждымъ новымъ рецидивомъ возрастаетъ. По теченію параличи дѣлятся на „чисто періодическіе“ и на „періодически ожесточающіеся“. При первой формѣ междупараличные промежутки свободны отъ какихъ бы то ни было болѣзненныхъ симптомовъ,—при второй, хотя и смягченные до степени парезовъ, параличи наблюдаются и въ это время. Мигрень обыкновенно предшествуетъ параличу и кончается въ моментъ, когда начинается послѣдній. Патолого-анатомическія находки не многочисленны; онѣ сводятся къ воспалительнымъ (базальный менингитъ) и новообразовательнымъ (туберкулъ, фиброхондрома) процессамъ, захватывающимъ стволъ n. oculomotorii въ его периферической части на основаніи черепа. Сущность болѣзни до сихъ поръ загадочна. Предсказанія quoad vitam благоприятно, quoad satisfactionem серьезно. Терапія направлена къ лѣченію мигрени и глазныхъ мышцъ.

II.

Итакъ, патолого-анатомическія находки еще скудны и оставляютъ до сихъ поръ загадочной сущность болѣзни. Относительно послѣдней существуютъ лишь „болѣе или менѣе“ удачныя объясненія, да и тѣ нѣкоторыми учеными не признаются вовсе. Самая клиническая картина случаевъ, извѣстныхъ до сихъ поръ въ литературѣ, представляется не одинаковой: то параличъ непремѣнно односторонній, то онъ поражаетъ и ту и другую сторону, то онъ наблюдается въ вѣтвяхъ одного лишь п. oculomotorii, то констатируется и въ прочихъ черепныхъ нервахъ; то устанавливается фактъ перваго его появленія въ дѣтскомъ возрастѣ, то приводятся случаи, когда онъ впервые поражаетъ взрослыхъ; то говорятъ, что междупараличные промежутки свободны отъ какихъ бы то ни было болѣзненныхъ симптомовъ, то соглашаются съ тѣмъ, что патологическій процессъ, правда ослабленный, замѣчается и въ это время.

Указанная выше путаница на страницахъ руководствъ едва ли позволяетъ намъ серьезно руководствоваться ими въ нашихъ представленіяхъ относительно разбираемой теперь болѣзни; мы обратились поэтому къ разсмотрѣнію той части новѣйшей литературы, которая въ теченіе послѣднихъ 10 лѣтъ была посвящена спеціально возвращающемуся параличу глазодвигательнаго нерва.

Если не ошибаемся, 1890-ый годъ наиболѣе снабдилъ насъ свѣдѣніями по данному вопросу; въ это именно время вышли двѣ работы, изъ которыхъ одна (на французскомъ языкѣ) принадлежитъ перу покойнаго нынѣ проф. Charcot ¹⁾, другая—русская работа—написана приватъ-доцентомъ Московскаго, а нынѣ профессоромъ Казанскаго Университета Л. О. Даркшевичемъ ²⁾. Благодаря значительно облегчающей

¹⁾ Charcot. «Sur un cas de migraine ophthalmoplégique». Progrès médical 1891 № 31, 32. Oeuvres complètes. T. I p. 70—94.

²⁾ Даркшевичъ. «Возвращающійся параличъ глазодвигательнаго нерва». Москва. 1890.

нашъ трудъ историко-литературной справкѣ, приводимой послѣднимъ авторомъ, мы и начинаемъ нашъ разборъ съ его сочиненія.

Въ сочиненіи этомъ приводятся 20 исторій болѣзни, написанныхъ нѣмецкими, французскими, англійскими и американскими учеными, которыя авторъ пополняетъ собственнымъ наблюденіемъ, первымъ изъ числа произведенныхъ въ Россіи. Сопоставляя его съ наблюденіями своихъ предшественниковъ, авторъ такъ характеризуетъ процессъ: это „органическое страданіе нервной системы, зависящее отъ пораженія п. oculomotorii на основаніи черепа хроническимъ процессомъ и возвращающееся, по всей вѣроятности, благодаря расстройствамъ кровообращенія, которыя, время отъ времени, наступаютъ въ окружающихъ п. oculomotorius частяхъ“.

Взглядъ автора на болѣзнь, какъ на отдѣльную клиническую форму, рельефно обрисовывается въ отдѣлѣ дифференціальной діагностики:

„Чтобы признать у больного—читаемъ мы здѣсь—существованіе возвращающагося паралича п. oculomotorii, необходимо установить, что у него имѣется на лицо параличъ всѣхъ вѣтвей глазодвигательнаго нерва и что параличъ этотъ нестойкій—проходитъ, но возвращается снова черезъ извѣстные промежутки времени. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ изслѣдованіе больного обнаруживаетъ существованіе паралича всѣхъ вѣтвей п. oculomotorii въ одномъ глазу, а рассказъ о прошломъ больного указываетъ на повторяемость паралича, діагностика болѣзни не можетъ представлять никакихъ затрудненій. Но тамъ, гдѣ на основаніи анамнестическихъ данныхъ не удастся установить факта повторяемости паралича, т. е. гдѣ параличъ развивается впервые, дифференціальная діагностика можетъ представить значительныя затрудненія. Въ пользу paralysis п. oculomotorii recidiva будутъ говорить слѣдующіе моменты: ранній дѣтскій или юношескій возрастъ больного, существованіе привычныхъ головныхъ болей, ограничивающихся одной половиной головы и сопровождающихся тошнотой и рвотой;

отсутствіе одновременнаго заболѣванія другихъ черепныхъ нервовъ и, вообще, отсутствіе тѣхъ общихъ страданій нервной системы, при которыхъ наблюдается поврежденіе двигательныхъ нервовъ глаза, периферическое или нуклеарное; кратковременность существованія паралича. Наоборотъ противъ *paralysis n. oculomotorii recidiva* будутъ говорить слѣдующія обстоятельства: болѣе зрѣлый возрастъ больного (30 лѣтъ и болѣе того), существованіе указаній на *syphilis*, *tabes*, *sclerosis disseminata* etc., вообще указаніе на такое страданіе нервной системы, при которомъ можетъ имѣть мѣсто периферическое или нуклеарное поврежденіе двигательныхъ нервовъ глаза¹⁾“.

Разсматривая теченіе болѣзни и, въ частности, состояніе нерва въ свободное отъ приступовъ паралича время, авторъ высказывается противъ предложенныхъ Senator'омъ²⁾ терминовъ „*rein periodische Lähmung*“ и „*periodisch exacerbirende Lähmung*“, которыми нѣмецкій ученый характеризуетъ 2 группы параличей. По мнѣнію автора, подтверждаемому цитируемыми имъ писателями, одна форма паралича можетъ переходить въ другую и поэтому обѣ „скорѣе являются результатомъ различной степени, чѣмъ различнаго характера болѣзненнаго процесса, лежащаго въ основѣ страданія“. Самое выраженіе „періодическій“, употребляемое Manz'емъ³⁾ („періодическій параличъ“), Moebius'омъ⁴⁾ („періодически возвращающійся параличъ“), Weiss'омъ⁵⁾ „періодически наступающій параличъ“), не вѣрно, такъ какъ періодичности въ истинномъ смыслѣ этого слова въ приступахъ паралича не

¹⁾ Даркшевичъ *op. cit.* стр. 38—39.

²⁾ Senator. «Ueber periodische Oculomotoriuslähmung» *Zeitschrift für klinische Medizin*. Bd. XIII. s. 252.

³⁾ Manz. «Ein Fall von periodischer Oculomotoriuslähmung» *Berliner klinische Wochenschrift* 1885 № 40.

⁴⁾ Moebius. «Ueber periodisch wiederkehrende [Oculomotoriuslähmung]» *Berliner klinische Wochenschrift*. 1884 № 38.

⁵⁾ Weiss. «Ein Fall von periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung» *Wiener medicinische Wochenschrift*. 1885. № 17.

наблюдается. Наиболее соответствующимъ названіемъ служить выраженіе — „возвращающійся параличъ глазодвигательнаго нерва“. Имъ то авторъ и озаглавилъ свою статью.

Что касается наблюдаемой при рецидивирующемъ параличѣ п. oculomotorii головной боли, то она третируется авторомъ не какъ мигрень, а какъ общемозговой симптомъ, аналогичный тѣмъ, какія бываютъ при опухоляхъ головного мозга. За это говорятъ: продолжительность боли (иной разъ до двухъ мѣсяцевъ), продолжительность рвоты (иной разъ до 8 сутокъ) и случаи появленія рвоты до наступленія болей. Въ особенности уже, по мнѣнію автора, неправильнымъ слѣдуетъ считать взглядъ Suckling'a ¹⁾ и Sandby ²⁾, которые не только принимаютъ эту головную боль за мигрень, но и считаютъ ее за основной симптомъ страданія, а явленія паралича въ вѣтвяхъ п. oculomotorii лишь за осложненіе, за послѣдствіе мигрени. Этому взгляду проф. Даркшевичъ противопоставляетъ случаи Gubler'a ³⁾, Ormerod'a ⁴⁾ и Weiss'a ⁵⁾, въ которыхъ головная боль не наблюдалась вовсе и когда, слѣдовательно, нельзя было и думать объ осложненной параличемъ мигрени.

Что касается исторіи болѣзни, представляющей собственное наблюденіе проф. Даркшевича, то, ради единства изло-

¹⁾ Suckling. «Migraine attacks followed by temporary paralysis of the third nerve» Brain. July. 1887 стр. 241.

²⁾ Saundby. «A case of megrim, with paralysis of the third nerve». The Lancet 1882 стр. 345. Статьи Suckling'a и Saundby цитирую по монографіи проф. Даркшевича.

³⁾ Изъ сочиненія проф. Даркшевича видно, что онъ пользовался рефератомъ статьи Gubler'a, помѣщеннымъ на страницахъ «Schmit's Jahrbücher der ges. Medicin. Bd. 107. 1860. s 299»; что же касается оригинальной статьи цитируемаго здѣсь автора, напечатанной въ «Gazette des hôpitaux civils et militaires» 1860, № 17 р. 65, то здѣсь по поводу головной боли сказано буквально слѣдующее: «Pendant toute sa vie le malade a été sujet à des migraines violentes. Il en'a souffert encore pendant la semaine, qui a précédé son entrée à l'hôpital».

⁴⁾ Ormerod. The Lancet 1885 стр. 933.

⁵⁾ Weiss. Op. cit.

женія, я привожу её вмѣстѣ съ исторіями болѣзни прочихъ авторовъ, а пока перехожу къ разбору статьи проф. Charcot, вышедшей въ свѣтъ въ томъ же 1890 г.

Я бы такъ позволилъ себѣ резюмировать мнѣнія Charcot о рецидивирующемъ параличѣ *nervi oculomotorii*.

Въ виду того, что промежутки между каждымъ двумя взрывами болѣзни лишь на первыхъ порахъ бываютъ свободны отъ различнаго рода симптомовъ, въ послѣдствіи же они констатируются и въ это время, вѣрнѣе, совмѣстно съ Senator'омъ, считать болѣзнь не за періодическую, а за постоянную, но только съ періодическими ожесточеніями. Не смотря, однако-же, на это, терминъ Senator'a „*periodisch exacerbirende Lähmung*“ не исчерпываетъ всѣхъ нашихъ представленій о болѣзни, такъ какъ даетъ понятіе лишь объ одномъ ея симптомѣ — параличѣ, оставляя безъ вниманія другой характерный признакъ страданія — головную боль. Вѣрнѣе называть болѣзнь „*migraine ophthalmoplégique*“. Послѣдняя представляетъ изъ себя особый видъ „*migraine ophthalmique*“, при чемъ обычные при мигрени симптомы со стороны глазъ (мерц. скотома, суженіе поля зрѣнія) замѣняются параличемъ вѣтвей *n. oculomotorii*. По теченію своему *migraine ophthalmoplégique* дѣлится на 2 періода: собственно мигренный и паралитическій; первый характеризуется сильною головной болью, ожесточающейся то по утрамъ, то по вечерамъ и разрѣшающейся тошнотой и рвотой. Мигренный періодъ длится неопредѣленно долгое время и сразу прекращается къ моменту появленія паралича. Послѣ нѣсколькихъ взрывовъ болѣзни мигрень, хотя и ослабленная, наблюдается и въ свѣтлые промежутки времени. Паралитическій періодъ, какъ это показываетъ самое его названіе, характеризуется наличностью признаковъ паралича. Послѣдній можетъ констатироваться во всѣхъ мышцахъ, иннервируемыхъ *n. oculomotorio*. Параличъ этотъ всегда односторонній, всегда на той сторонѣ, гдѣ раньше локализовалась и мигрень; характеръ его периферическій. Онъ не сопровождается параличами, или парезами

прочихъ черепныхъ нервовъ (за исключеніемъ *rami ophthalmici n. trigemini*), длится отъ нѣсколькихъ сутокъ до многихъ недѣль и, послѣ нѣсколькихъ взрывовъ болѣзни, смягченный до степени пареза, дѣлается стойкимъ, наблюдаясь и въ свѣтлые періоды. Болѣзнь чаще начинается въ дѣтствѣ, чаще у лицъ женскаго пола и, разъ появившись, не покидаетъ уже одержимаго ею субъекта; по крайней мѣрѣ случаи исцѣленія отъ нея еще не извѣстны въ литературѣ. Скудные патолого-анатомическія находки не объясняютъ наиболѣе характернаго симптома болѣзни—періодичности ея ожесточеній. Надо предположить поэтому, что *basis cerebri*, гдѣ до сихъ поръ находились измѣненія и гдѣ проходитъ периферическій отдѣлъ *n. oculomotorii*, является лишь *locus minoris resistentiae*, а періодичность болѣзни всего вѣрнѣе объясняется періодической игрой вазомоторовъ въ оболочкахъ головного мозга на всемъ его протяженіи съ преимущественной, впрочемъ, локализацией въ теменно-височной области. Вначалѣ наблюдается спазмъ сосудовъ и порождаемая имъ ишемія сосѣднихъ участковъ мозга; затѣмъ спазмъ смѣняется парезомъ сосудовъ, вызывающимъ гиперэмію этихъ же участковъ. На первыхъ порахъ игра вазомоторовъ сказывается лишь динамическими, функціональными измѣненіями въ сосудистой и нервной системахъ, но затѣмъ она влечетъ за собою появленіе и стойкихъ анатомическихъ измѣненій, и опубликованный *Galezovsky*'мъ случай закупорки *art. centralis retinae*, наступившей вслѣдъ за продолжительными и тяжелыми мигренями, оправдываетъ, по мнѣнію *Charcot*, такое предположеніе, давно уже имъ высказанное, такъ какъ онъ никогда не раздѣлялъ оптимистическаго взгляда на мигрень со стороны невропатологовъ. Въ этиологіи болѣзни отмѣчается травма черепа и наслѣдственность, притомъ какъ вообще нервная, такъ и, въ частности, собственно мигренная. Разсматриваемая нами болѣзнь очень рѣдкая и мало изученная; будущія наблюденія безусловно расширятъ наши знанія по этому вопросу.

Утверждая выше, что 1890 г. преимущественно передъ другими снабдилъ насъ свѣдѣніями по вопросу о *paralysis n. oculomotorii recidiva*, мы имѣли въ виду указать лишь наиболѣе крупныя работы, въ которыхъ не просто приводились исторіи болѣзней, но и дѣлались обобщенія, защищалась извѣстная точка зрѣнія, устанавливался новый терминъ страданія, что же касается отдѣльныхъ статей, то, со времени проф. Моеbius'a, впервые привлечшаго наше вниманіе къ этому болѣзненному процессу, не проходило почти года безъ констатированія новыхъ и новыхъ надъ нимъ наблюденій.

Такъ, въ одномъ лишь 1889 г. вышли въ свѣтъ 3 нѣмецкихъ работы,—первая была написана д-ромъ Vissering'омъ, вторая принадлежитъ перу проф. Bernhardt'a, наконецъ третья работа представляетъ изъ себя второй, посвященный возвращающемуся параличу глазодвигательнаго нерва, трудъ проф. Manz'a.

Приводимъ слѣланное нами резюмѣ работы Vissering'a:

Безусловно существуютъ случаи болѣзни, въ теченіе которыхъ не наблюдается періодическихъ ожесточеній и которые слѣдовательно, подходятъ подъ типъ, названный Senator'омъ „*rein periodische Lähmung*“; въ виду, однако же, того обстоятельства, что между появленіями паралича не наблюдается никакой правильности и названный выше терминъ справедливъ не во всей своей полнотѣ; правильнѣе выражаться „*chronisch recidivirende Oculomotoriuslähmung*“ или „*Anfallsweise auftretende Form der Oculomotoriuslähmung*“. Приступъ болѣзни можетъ быть неполный и полный. Первый характеризуется головными болями, тошнотой, опуханіемъ глазъ, слезотеченіемъ и общимъ плохимъ самочувствіемъ, второй—тѣми же явленіями, къ которымъ присоединяются вдобавокъ признаки паралича во всѣхъ вѣтвяхъ глазодвигательнаго нерва. Въ число симптомовъ болѣзни можно включить новые, доселѣ еще не описанные въ литературѣ признаки: слюнотеченіе и анестезію въ области *n. trigemini*. Наблюдаемые въ теченіе болѣзни отеки вѣкъ и слезотеченіе указываютъ на воз-

возможность пораженія вазомоторныхъ и секреторныхъ нервовъ. Между разсматриваемымъ заболѣваніемъ и мигренью существуетъ внутреннее родство; существуетъ также аналогія съ эпилепсіей, Westphal'евскимъ рецидивирующимъ параличемъ конечностей и возвращающимся параличемъ лицевого нерва. Причина болѣзни, которая бы объяснила намъ наиболѣе характерный ея симптомъ—повторяемость, до сихъ поръ неизвѣстна, какъ не извѣстна и причина мигрени; всего вѣроятнѣе, что причина эта не анатомическая, а физиологическая. Мыслимо предположеніе, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ аутоинтоксикаціей.

Проф. Bernhardt, приводя исторіи болѣзней, отмѣчаетъ существованіе въ обоихъ наблюдавшихся имъ случаяхъ наслѣдственнаго нервнаго предрасположенія, которое является удобной почвой для послѣдующихъ заболѣваній нервной системы. Онъ соглашается съ мнѣніемъ Vissering'a, что аутоинтоксикація можетъ здѣсь имѣть мѣсто и ссылается въ доказательство на извѣстные въ литературѣ случаи пораженія глазныхъ мышцъ въ зависимости отъ употребленія въ пищу мясного, колбаснаго и рыбнаго ядовъ. Болѣе всего рецидивирующий параличъ *n. oculomotorii* походитъ на такой же параличъ *n. facialis*; клиническая разниа лишь та, что тогда какъ *n. facialis* поражается то на правой, то на лѣвой сторонѣ, параличъ *n. oculomotorii* всегда происходитъ на какойнибудь одной сторонѣ лица.

Проф. Manz не придаетъ значенія головнымъ болямъ какъ потому, что здѣсь мы наблюдаемъ парезы, ясно указывающіе на характеръ страданія, такъ и потому, что боли эти могутъ наблюдаться и при параличѣ прочихъ черепныхъ нервовъ, слѣдовательно не представляютъ изъ себя чего либо специфическаго для даннаго страданія. Тѣмъ меньше основанія приписывать ему мигренный характеръ, такъ какъ мигрень есть функціональное заболѣваніе безъ длительныхъ анатомическихъ измѣненій, по крайней мѣрѣ, грубыхъ. Прогрессъ въ симптомахъ болѣзни можно объяснить постепенно

увеличивающейся раздражительностью нерва. Существованіе патолого-анатомическаго субстрата несомнѣно, но съ точностью локализовать его невозможно.

Вопросъ о рецидивирующемъ параличѣ глазодвигательнаго нерва продолжаетъ интересовать невропатологовъ въ теченіе всего истекающаго десятилѣтія.

Такъ, въ вышедшемъ въ 1895 г. сочиненіи проф. Bristaud, представляющемъ изъ себя сводъ лекцій, читанныхъ этимъ ученымъ въ La Salpêtrière въ теченіе 1893—1894 гг., въ отдѣлѣ офтальмоплегій нуклеарнаго происхожденія, мы наталкиваемся на слѣдующія мысли: „*ophthalmoplégie périodique s. migraine accompagnée (migraine ophthalmoplégique по терминологіи Charcot)* представляетъ изъ себя серьезное страданіе. Уже изъ даннаго проф. Charcot ея описанія видно, какъ сильно измѣняется при ней соединительная ткань, окружающая нервные стволы на основаніи черепа. Нѣсколько клиническихъ наблюденій, сопровождавшихся аутопсіями, доказали, что часто она предшествуетъ цѣлой серіи различнаго рода энцефалопатій и, между ними, опухолямъ головного мозга, а то обстоятельство, что самъ Charcot вынужденъ былъ констатировать въ наблюдавшемся имъ случаѣ болѣзни помимо паралича п. oculomotorii также и параличъ п. abducentis, говоритъ скорѣе за центральную resp. нуклеарную локализацию страданія. Такому предположенію не противорѣчитъ и наблюдаемая иной разъ анестезія п. trigemini, такъ какъ ядра третьей пары касаются верхняго ядра п. trigemini.

Въ томъ же 1895 г. появилась работа д-ра Karplus'a, ассистента клиники проф. Krafft-Ebing'a въ Вѣнѣ.

Основываясь на данныхъ вскрытія одной изъ своихъ больныхъ, а также на клинической картинѣ наблюдавшихся имъ случаевъ болѣзни, Karplus приходитъ къ выводу, что рецидивирующій параличъ п. oculomotorii имѣетъ патолого-анатомическимъ своимъ субстратомъ пораженіе baseos cerebri новообразовательнымъ процессомъ. Послѣдній вызываетъ разстройство кровообращенія въ области III-й пары и дѣлаетъ

т. о. изъ нея *locus minoris resistentiae*. Производящими моментами являются: психическія возбужденія, алкоголь, *meneses*, — словомъ, факторы, вызывающіе гиперэмію мозга вообще и его основанія въ частности. У здороваго субъекта гиперэмія остается безъ послѣдствій; здѣсь же, въ силу особенной, благодаря *tumor cerebri*, чувствительности его, гиперэмія, давя на *duram matrem*, вызываетъ головныя боли и рвоту, а, давя на *n. oculomotorium*, парализъ послѣдн. о. Что касается времени появленія опухоли, то она, по всей вѣроятности, врожденная; по крайней мѣрѣ факты преимущественнаго появленія ея въ дѣтскомъ возрастѣ, дѣлають весьма правдоподобнымъ такое предположеніе.

Въ слѣдующемъ 1896 г. появилась обстоятельная работа проф. Ballet и вотъ выводы, къ которымъ мы пришли на основанія ея изученія:

При *paralysis n. oculomotorii recidiva* боль не отвѣчаетъ въ точности ходу V-й пары черепныхъ нервовъ; характеръ ея скорѣе мигренный, чѣмъ невралгическій; поэтому и терминъ Charcot (*migraine ophthalmoplégique*) предпочтительнѣе термина Parinaud et Marie (*neuralgie et paralysie oculaire à retour périodique*). Боль можетъ и не прекращаться при наступленіи парализныхъ явленій. Диффузный и глубокій ея характеръ аналогиченъ той, которая наблюдается при опухляхъ головного мозга; случаи *ophthalmoplegiae bilateralis*, а также и тѣ случаи *ophthalmoplegiae unilateralis*, въ которыхъ парализъ не былъ констатированъ во всѣхъ непременно вѣтвяхъ *n. oculomotorii*, говорятъ скорѣе въ пользу центральной, нежели периферической локализациі процесса. Натура послѣдняго, — по всей вѣроятности, расстройства кровообращенія, а именно гиперэмія, которая то проходитъ, то появляется вновь. Измѣненія, найденныя на секціонномъ столѣ, слѣдуетъ считать за вторичныя, развившіяся *per continguitatem* по сосѣдству съ мѣстомъ, изъ котораго перемежающійся воспалительный процессъ сдѣлалъ *locus minoris resistentiae*. Болѣзнь поражаетъ совершенно одинаково лицъ какъ женскаго,

такъ и мужскаго пола. Неполную классификацію параличей, сдѣланную Senator'омъ, желательно замѣнить нижеслѣдующей: всѣ періодическіе параличи глазодвигательнаго нерва дѣлятся на „ложные и истинные“. Первые наблюдаются при *tabes, sclerosis disseminata, tumor cerebri*,—вторые представляютъ изъ себя отдѣльную клиническую форму. Истинные параличи подраздѣляются, въ свою очередь, на слѣдующія 3 подгруппы: а) „чистые періодическіе параличи“ (безъ парезовъ въ промежуткахъ между приступами болѣзни); анатомически они соотвѣтствуютъ скоропреходящему гиперэмическому давленію безъ стойкихъ послѣдовательныхъ измѣненій; б) „параличи вначалѣ періодическіе, а затѣмъ постоянные съ періодическими ожесточеніями“; анатомически они соотвѣтствуютъ простымъ, но прочнымъ вторичнымъ измѣненіямъ наступающимъ вслѣдъ за воспаленіемъ, напр. расширеніемъ сосудовъ, некробіотическимъ очагамъ; в) „параличи вначалѣ періодическіе, а затѣмъ постоянные“; анатомически они соотвѣтствуютъ случаямъ, въ которыхъ аутопсія показала присутствіе послѣдовательныхъ измѣненій по ходу п. *oculomotorii*, зависящихъ не непосредственно отъ перемежающагося воспаления, а отъ той опухоли, или вообще отъ того процесса, который вызываетъ это воспаленіе.

Mingazzini ¹⁾ въ 1897 г. высказываетъ предположеніе, что „въ основѣ болѣзненнаго процесса лежитъ воспаленіе глазодвигательнаго нерва и около лежащей ткани, причемъ процессъ можетъ распространяться и на соотвѣтствующую группу нервныхъ клѣтокъ. Если патологическій процессъ ограничивается только корешковыми волокнами, то въ этихъ случаяхъ получится періодическій параличъ; если же процессъ захватитъ и узловыя клѣтки и разрушитъ ихъ, то получится параличъ болѣе стойкій. Реакція оболочки, окру-

¹⁾ Mingazzini. «La paralysi recidivante del nervo oculomotorio». Soc. editrice Dante Alighieri 1897; цитирую по монографіи проф. Ковалевскаго «мигрень и ея лѣченіе». Спб. 1898 2-е изданіе.

жающей III-ю пару, дала бы объясненіе явленіямъ рвоты, боли, сонливости, недомоганію и повышенію температуры, если таковыя наблюдаются. Сосѣдство церебральныхъ волоконъ V-й пары дало бы объясненіе парѣстезіямъ, анестезіямъ, нейралгической боли и остальнымъ явленіямъ. Если параличи вѣка бываютъ безъ боли, то, значитъ, дѣло ограничивается клѣточной частью нейрона; если наступаетъ и боль и параличъ, то поражается периферическая часть нейрона.

Въ томъ же году печатають свои работы д-ръ Клячкинъ въ Россіи и J. В. Charcot во Франціи.

Д-ръ Клячкинъ выступаетъ сторонникомъ теоріи периферическаго происхожденіе болѣзни; что касается ея этиологіи, то, подобно предшествовавшимъ авторамъ, онъ считаетъ затруднительнымъ высказаться въ этомъ отношеніи опредѣленно. Основываясь на наблюденіи одного случая, гдѣ болѣзнь развивалась въ зависимости отъ маляріи и успѣшно лѣчилась хининомъ, авторъ предполагаетъ, что онъ имѣлъ дѣло съ инфекціоннымъ невритомъ, развивающимся спорадически. Авторъ ссылается въ доказательство на Westphal'я и др., которые дѣлають аналогичное предположеніе относительно періодически наступающаго паралича всѣхъ четырехъ конечностей.

Что касается выводовъ, къ которымъ приходитъ J. В. Charcot, то они слѣдующіе: 1) нервно-артритическая наслѣдственность играетъ болѣе видную роль, чѣмъ ей обычно приписываютъ; 2) болѣзнь поражаетъ совершенно одинаково какъ мужчинъ, такъ и женщинъ; 3) параличныя явленія могутъ обнаруживаться у пацієнтовъ въ любомъ возрастѣ, но явленія предшествовавшей мигрени неуремѣнно въ дѣтскомъ; 4) параличныя явленія не во всѣхъ случаяхъ наступаютъ неуремѣнно на одной какой либо сторонѣ; онѣ могутъ наблюдаться на обѣихъ сторонахъ одновременно, или поочередно; 5) связь паралича съ мигренью не подлежитъ сомнѣнію; 6) параличъ п. oculomotorii можетъ сопровождаться тождественными явленіями въ прочихъ черепныхъ нервахъ, напр.

въ *n. abducens*, но ни разу еще не наблюдались случаи мигрени которые бы влекли за собою параличи черепныхъ нервовъ безъ участія въ нихъ глазодвигательнаго и 7) вопреки утвержденіямъ прежнихъ авторовъ параличъ можетъ захватывать не всѣ вѣтви *n. oculomotorii*, а потому и выраженіе нѣкоторыхъ писателей „*totalis*“ невѣрно.

Въ 1898 г. вышли въ свѣтъ 2 русскихъ работы; первая была написана проф. Барабашевымъ, вторая—проф. Бехтеревымъ.

Проф. Барабашевъ примыкаетъ къ числу сторонниковъ периферическаго resp. базилярнаго происхожденія болѣзни: офтальмоплегія, по его словамъ, является въ силу какихъ-то новыхъ условій, обусловливающихъ въ мѣстѣ прохожденія *n. oculomotorii locus minoris resistentiae* и, какъ слѣдствіе,—появленіе стойкихъ органическихъ измѣненій; слѣдуетъ допустить возможность появленія не аневризмы, или какой либо другой сосудистой аномаліи въ *a. profunda cerebri* или въ *a. cerebelli superior* (одной изъ двухъ артерій имѣющихъ непосредственное отношеніе къ стволу *n. oculomotorii*), а доходящей до степени воспаленія сосудистой гипереміи съ послѣдующимъ образованіемъ эксудата, сдавливающаго стволъ глазодвигательнаго нерва и вызывающаго тѣмъ его параличъ; по мѣрѣ того, какъ всасывается эксудатъ, проходятъ и параличныя явленія. Наболѣе вѣроятная причина болѣзни—аутоинтоксикація. Послѣдняя, въ случаѣ автора, была на почвѣ общаго малокровія. Въ качествѣ одного изъ результатовъ анэміи является атоническая диспепсія желудка, недостаточность переваривательной его функціи, ненормальное броженіе въ желудкѣ и развитіе въ немъ токсиновъ, которые, поступая въ кругъ кровообращенія, вызываютъ общую аутоинтоксикацію и даютъ т. о. картину болѣзни. Послѣдняя совершенно одинаково поражаетъ какъ мужчинъ, такъ и женщинъ; наблюдаемыя иной разъ при ней вазомоторныя явленія слѣдуетъ считать за повторныя, рефлекторно вызванныя головными болями.

Проф. Бехтеревъ, замѣтивъ, что „все известныя до сихъ поръ случаи періодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва обнаруживались лишь на одной сторонѣ“, обращаетъ вниманіе на свой случай, въ которомъ пораженіе оказывается двустороннимъ. Переходя къ вопросу о патогенезѣ страданія, авторъ склоняется въ пользу органическаго его происхожденія, полагая, именно, что въ пользу функціональнаго происхожденія „не приведено достаточно твердыхъ основаній“. Что касается характера болѣзненнаго процесса, то отсутствіе судорожныхъ движеній и застойнаго соска, быстрота развитія симптомовъ болѣзни, наконецъ существованіе головныхъ болей, головокруженія и тошноты лишь въ начальномъ періодѣ страданія, говорили, въ случаѣ автора, скорѣе въ пользу воспаленія, чѣмъ новообразованія. Предполагаемыми мѣстами процесса (въ случаяхъ двусторонняго пораженія п. oculomotorii) являются: ядра III-й пары черепныхъ нервовъ и мѣсто выхода ея изъ ножекъ мозга. Авторъ отмѣчаетъ возможность непроизвольнаго поднятія опущеннаго вѣка при одновременной неосуществимости совершенія того же акта по произволу. Указанное явленіе авторъ объясняетъ предполагаемымъ имъ существованіемъ двойственной—произвольной и непроизвольной—иннерваціи верхняго вѣка, подобно тому какъ это онъ считаетъ принятымъ теперь для лицевыхъ мышцъ, причемъ пораженною оказывается только первая.

Въ минувшемъ 1899 г. мы имѣли возможность послѣдовательно ознакомиться съ работами д-ровъ Demicheri и Troenper'a. Просмотрѣвши казуистику вопроса, каждый изъ этихъ двухъ авторовъ пришелъ къ заключенію, что, несмотря на сравнительную рѣдкость заболѣванія, число наблюденій надъ нимъ такъ возросло, что въ настоящее время заслуживаютъ описанія лишь аномаліи, лишь тѣ или иныя отклоненія отъ обычной, всею уже известной картины страданія. Такимъ отклоненіемъ является, напр., альтернирующий параличъ глазодвигательнаго нерва; описанію его и посвящена статья перваго автора, но, помимо исторіи болѣзни, въ статьѣ

этой встрѣчаются интересныя мысли и замѣтки относительно самой сущности болѣзни, а также и относительно наиболѣе выдающихся ея симптомовъ. Эти мысли и замѣтки мы и приводимъ здѣсь въ видѣ краткихъ резюмѣ.

Помимо вульгарныхъ одностороннихъ параличей глазо-двигательнаго нерва—говоритъ Demicheri—существуютъ еще и мигренныя альтернирующіе параличи. Между тѣми и другими нѣтъ рѣзкой границы; они соединены между собой цѣлымъ рядомъ переходныхъ формъ, таковъ, напр., случай проф. Ballet, наблюдавшаго появленіе паралича постоянно въ одномъ и томъ же глазу, а появленіе предшествовавшей параличу мигрени то въ той, то въ другой половинѣ головы. Что касается мигрени, то она не всегда прекращается въ моментъ появленія паралича; она можетъ существовать нѣкоторое время и въ теченіе этого періода, а, въ исключительныхъ случаяхъ, существуетъ и за все время, пока длится явленіе паралича. Мало того, параличъ можетъ наступать и безъ предварительнаго появленія мигрени; наконецъ, указаны случаи, въ которыхъ мигрень не констатировалась вовсе. Этотъ фактъ, выставленный на видъ впервые Schmidt-Rimpler'омъ¹⁾, требуетъ серьезнаго изученія, такъ какъ отъ него зависитъ рѣшеніе вопроса: представляетъ ли изъ себя migraine ophthalmoplégique отдѣльную клиническую форму мигрени, осложненной параличами глазныхъ мышцъ, или же мигрень является только случайнымъ эпизодомъ въ симптомоплексѣ возвращающагося паралича глазо-двигательнаго нерва? Послѣдній можетъ сопровождаться тождественными явленіями и со стороны другихъ черепныхъ нервовъ, напр. со стороны лицевого (наблюденіе Sim. Snell'я)²⁾ и отводящаго (наблюденіе J. M. Charcot).

¹⁾ А случаи Ormerod'a и Weiss'a? op. cit.

²⁾ Въ виду того, что въ монографіи проф. Даркшевича приведено наблюденіе Snell'я, на которое ссылается Demicheri, а между тѣмъ указанія на пораженіе n. facialis не имѣется, мы лично ознакомились со статьей

Какъ мы уже замѣтили выше, подобно Demichei и Troemner считаетъ умѣстнымъ публиковать только такіе случаи болѣзни, которые въ томъ или иномъ отношеніи представляютъ отклоненіе отъ обычнаго ея типа. Такимъ отклоненіемъ въ наблюдавшемся имъ случаѣ страданія оказалось существованіе параличныхъ явленій въ одной лишь внутренней мускулатурѣ глаза, между тѣмъ какъ наружная, противъ обыкновенія, оказалась совершенно не затронутой болѣзненнымъ процессомъ. На основаніи своего наблюденія и изученія литературы вопроса Troemner приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) *migraine ophthalmique* можетъ съ теченіемъ времени перейти въ *migraine ophthalmoplégique* и 2) слѣдуетъ обратить вниманіе на тѣ случаи болѣзни, въ которыхъ головная боль не оказывалась идентичной съ мигреною или въ которыхъ она не констатировалась вовсе. Мы должны будемъ или признать, что случаи скрытнаго (не обнаруживаемаго мигренными предвѣстниками) появленія паралича имѣютъ совершенно другой генезисъ, чѣмъ случаи типичной *migraine ophthalmoplégique* и заслуживаютъ выдѣленія въ особую рубрику, или же расширимъ мигренный симптомокомплексъ включеніемъ въ него случаевъ съ отсутствіемъ головныхъ болей и мигренныхъ эквивалентовъ на подобіе того, какъ это мы сдѣлали съ *paralysis agitans*, признавъ, что существуетъ форма *paralyseos agitantis sine agitatione*.

Вполнѣ присоединяясь къ мнѣнію Demichei и Troemner'a относительно того, что типичная картина возвращающагося паралича глазодвигательнаго нерва въ настоящее время уже достаточно хорошо извѣстна, мы ограничиваемся приведеніемъ здѣсь лишь двухъ нашихъ наблюденій надъ этимъ

англійскаго ученаго и убѣдились въ томъ, что ссылка Demichei не вѣрна: Snell ни однимъ словомъ не оговаривается о параличѣ лицевого нерва. См. The Lancet. 1885, стр. 938.

страданіемъ, въ виду того, что онѣ представляютъ нѣкоторое уклоненіе отъ обычнаго его типа; предварительно, однако, изложимъ въ наиболѣе существенныхъ чертахъ наблюденія другихъ авторовъ, которые писали по этому же вопросу въ теченіе минувшаго десятилѣтія. Эти наблюденія мы располагаемъ здѣсь въ хронологическомъ порядкѣ.

I. Наблюденіе Manz'a ¹⁾.

Больной 23 л., кучеръ по профессіи, съ 14 лѣтъ страдаетъ сильными лѣвосторонними головными болями, соединяющимися съ плохимъ самочувствіемъ, потерей аппетита, страшной жаждой, ощущеніемъ холода и головокруженіемъ. Боли длятся отъ 24 до 36 часовъ, а затѣмъ въ лѣвомъ глазу наступаютъ ptosis и diplopia, черезъ день—два проходящія. Нѣтъ указанія на lues, alcoholismus, intoxicatio nicotiana, травму, наслѣдственность и переутомленія; больной утверждаетъ лишь, что въ продолженіе послѣдняго года занятій въ школѣ онъ долго читалъ при недостаточномъ освѣщеніи. Раньше приступы болѣзни являлись разъ въ каждыя 4 недѣли, нынѣ они появляются разъ въ каждыя 6 недѣль, но за то продолжительность періода болѣзни возросла; кромѣ того и параличныя явленія не исчезаютъ уже больше, какъ это было раньше. Пациентъ во всѣхъ отношеніяхъ представляется здоровымъ за исключеніемъ лѣваго глаза; въ этомъ послѣднемъ констатируются: ptosis, mydriasis, strabismus divergens, рефлекторная неподвижность зрачка, ограниченіе объема движенія въ мышцахъ, иннервируемыхъ oculomotorio и diplopia. Глазное дно нормально, впрочемъ вены нѣсколько извилисты. Острота зрѣнія $\frac{5}{6}$ съ 0, 75 Д; поле зрѣнія нормально; аккомодация настолько ослаблена, что мелкій шрифтъ читается лишь съ +7Д на разстояніи 30". Незначительная photophobia, epiphora; conjunctiva нѣсколько инъецирована. Дальнѣйшее наблюденіе показало, что diplopia существуетъ и въ промежуткахъ между взрывами болѣзни, а въ теченіе послѣднихъ реакція зрачка и аккомодация показываютъ колебанія безъ видимой къ тому причины.

II. Наблюденіе Vissering'a ²⁾.

Больной 14 л., ткачъ по профессіи. Родители, 5 братьевъ и сестеръ живы и здоровы. Самъ больной дважды перенесъ воспаленіе легкихъ, а съ 9 л. онъ подверженъ головнымъ болямъ съ локализацией въ правой

¹⁾ Manz. «Ueber die recidivirende Oculomotoriuslähmung». Berliner klinische Wochenschrift 1889 № 34.

²⁾ Vissering. «Ueber einen Fall von recidivirender Oculomotoriuslähmung». Münchener medicinische Wochenschrift 1889 № 41.

половинѣ лба на всемъ протяженіи отъ волосистой части головы до вѣка, наступающимъ черезъ 4—5 недѣль и длящимся около недѣли. Боли усиливаются по ночамъ. По ихъ исчезновеніи больной испытываетъ ощущение усталости, а съ момента перваго ихъ появленія начинаютъ опухать оба вѣка¹⁾ на правой сторонѣ. Когда головная боль достигаетъ своего аспе, начинается опускаться правое вѣко. Раньше обыкновенно появлялась еще и рвота, но за послѣдніе 2 года больной ощущаетъ только тошноту и особый непріятный вкусъ во рту, почему, во время приступа болей, онъ то и дѣло отплевывается. При попыткахъ двигать больнымъ глазомъ или поднимать опущенное вѣко, къ головнымъ болямъ присоединяется также и глазныя, сопровождаемыя головокруженіемъ. *Status praesens*: оба вѣка и область вокругъ орбиты на правой сторонѣ опухли; при пальпации получается ощущение чего-то тѣстоватаго. *Ptoxis dextra*. При попыткѣ поднять вѣко получается сокращеніе *m. frontalis* и незначительное раскрытіе глазной щели. Движенія праваго глаза кверху, книзу и особенно кнутри рѣзко ограничены въ своемъ объемѣ. Правый зрачокъ слегка расширенъ, хорошо реагируетъ на свѣтъ; аккомодация не разстроена; острота зрѣнія и офтальмоскопическая картина нормальны. При смотрѣніи въ сторону наступаетъ *diplopia*. Въ правомъ глазѣ незначительная *epiplota*. Въ области 1-й и 2-й вѣтвей *n. trigemini dextra* болевая и термическая анестезія и парестезія въ формѣ ощущенія мѣха. Слухъ въ правомъ ухѣ пониженъ, но измѣненій въ среднемъ и наружномъ ухѣ нѣтъ. Констатируется сильное слюнотеченіе. Состояніе внутреннихъ органовъ и температура нормальны; пульсъ и дыханіе тоже. Дальнѣйшее наблюденіе показало, что расстройства чувствительности распространяются на область всего праваго тройничнаго нерва. Что касается приступовъ болѣзни, то они были описаннаго уже выше типа.

III. Первое наблюденіе *Bernhardt*'а²⁾.

С. 55 л. съ самаго юнаго возраста страдаетъ головными болями. Онъ помнитъ, что, когда еще былъ мальчикомъ, ему часто говаривали: «ты опять косишь,—у тебя снова разболится голова». Косина появлялась обыкновенно за день до головной боли, а послѣдняя наступала, большею частью, по воскресеніямъ. Мать больного раньше тоже была подвержена припадкамъ мигрени. Лѣвый глазъ больного по временамъ отклонялся кнаружи, но

¹⁾ J. B. Charcot въ своей статьѣ (см. ниже) ссылается на наблюденіе Vissering'a, въ которомъ будто-бы описано двустороннее пораженіе вѣкъ. Здѣсь очевидное недоразумѣніе: Vissering говоритъ, правда, о пораженіи обоихъ вѣкъ, но на одной лишь (въ его случаѣ правой) сторонѣ лица.

²⁾ Bernhardt. «Zur Lehre von den nuclearen Augenmuskellähmungen und den recidivirenden Oculomotorius-und Facialislähmungen». Berliner klinische Wochenschrift. 1889 № 47.

могъ двигаться во всѣхъ направленіяхъ, какъ одинъ, такъ и совмѣстно съ другимъ глазомъ, но, при конвергенціи, ясно отклонялся кнаружи. Status praesens: diplopia не констатируется, лѣвый глазъ видитъ хорошо только вблизи; ptosis не замѣтна; зрачки равномѣрны и хорошо реагируютъ на свѣтъ. Приступы головной боли, раньше наблюдавшіеся каждую недѣлю, теперь сдѣлались рѣже. Иной разъ они сопровождаются рвотой. Больной женатъ, ведетъ правильный образъ жизни, не злоупотребляетъ алкоголемъ и табакомъ, сифилисомъ не страдалъ. Изъ особенностей его авторъ отмѣчаетъ: затрудненную, заикающуюся рѣчь, повышенную чувствительность желудка и, по временамъ, боль, появляющуюся при давленіи на 3-й и 4-й грудные позвонки.

IV. Второе наблюдение Bernhardt'a ¹⁾.

Н. 19 л. слабого сложенія происходитъ изъ болѣзненной семьи (мать страдаетъ мигренями, братъ боленъ, повидимому, туберкулезомъ). Н. уже съ 6 л. болѣетъ глазами, а на II-мъ у него опустилось лѣвое вѣко и въ течение 2—3 недѣль была diplopia. Тѣже явленія повторились въ слѣдующемъ году, наблюдались и впоследствии, повторяясь, приблизительно, разъ въ каждые 2 года. Одновременно съ параличемъ наступаютъ рвота и головная боль. Локализациа послѣдней—внутренній уголъ лѣваго глаза и корень носа. Боль часто не сопровождается параличемъ. Status praesens: ptosis не констатируется, зрачки нормальны во всѣхъ отношеніяхъ; движенія глазъ въ предѣлахъ нормы. Поворачивая лѣвый глазъ вправо+кверху, больной видитъ предметы не ясно; ему кажется, именно, что за предметами стоятъ ихъ изображенія, или что у предметовъ этихъ существуетъ только одинъ край. Правымъ глазомъ больной хорошо можетъ читать, но за то плохо видитъ вдаль; въ лѣвомъ глазу—обратное явленіе. Отмѣченный у больного недостатокъ аккомодациа существуетъ также у его отца.

V. Наблюдение J. M. Charcot ²⁾.

Cet..., 35 л., переплетчица по профессіи. Отецъ ея страдалъ свинцовыми коликами, тетка (со стороны матери) была душевно-больная. Съ 15 л. Cet. страдаетъ мигренями со рвотой, иной разъ съ поносомъ, длящимися по 7—8 часовъ и ожесточающимися къ вечеру. Локализациа—то та, то другая половина головы. Раньше онѣ появлялись 2 раза въ мѣсяцъ и прекратились въ моментъ наступленія первой менструаціи (на 24-мъ году), затѣмъ слѣдовалъ 7-лѣтній періодъ абсолютнаго здоровья, а потомъ вновь наступила мигрень, на этотъ разъ только правосторонняя, которая длилась

¹⁾ Ibidem.

²⁾ J. M. Charcot. op. cit.

цѣлый мѣсяць. Еще черезъ годъ мигрень повторилась. На этотъ разъ она сопровождалась 8 дневнымъ параличемъ правыхъ глазныхъ мышцъ и длилась 3 недѣли. Послѣ того въ теченіе 3 лѣтъ у больной нѣсколько разъ повторялись головныя боли съ тошнотой и рвотой и со скоро преходящими параличами глазныхъ мышцъ. Послѣ сильнаго душевнаго волненія (смерть отца) вновь появилась правосторонняя мигрень, черезъ 3 недѣли смѣнившаяся ptosis dextra, а еще черезъ недѣлю—*diplopia et strabismus*. Простоявъ 2 недѣли, ptosis началъ уменьшаться, но замѣтенъ и сейчасъ (черезъ 2 мѣсяца послѣ приступа). У больной нѣтъ указанія на *lues*, *tabes dorsalis*, *epilepsia corticalis* и *hemiplegia*. *Status praesens*. ^{3/v} 1890. *Ptosis incompleta dextra*. Движенія праваго глаза ограничены въ направленіяхъ вкнутри и кверху. Констатируется *diplopia*, указывающая на участіе въ пораженіи *n. abducens*. Полный параличъ аккомодациі. *Mydriasis dextra*. Рефлекторная неподвижность обоихъ зрачковъ. Глазное дно нормально. *Status praesens* ^{10/v} 1890. *Ptosis dextra*. Вѣко приподнимается, хотя и съ трудомъ. Зрачокъ расширенъ, неправильной формы, не реагируетъ на свѣтъ и на аккомодацию. Движенія глаза затруднены, но, по объему, нормальны. Въ правомъ глазу полный параличъ аккомодациі, въ лѣвомъ—простой парезъ.

VI. Наблюденіе Даркшевича ¹⁾).

П. Тим., 38 л., поручикъ въ отставкѣ, происходить изъ здоровой семьи, *lues* отрицаетъ, алкоголемъ не злоупотреблялъ. На 14-мъ году у него безъ видимой причины опустилось правое вѣко, но, черезъ нѣсколько дней, все пришло къ нормѣ. Черезъ 10 лѣтъ послѣ того Т. перенесъ тифъ, вслѣдъ за которымъ разъ въ мѣсяць начали появляться головныя боли съ локализацией въ правой половинѣ лба, сопровождавшіяся тошнотой и рвотой и, иной разъ, скоропреходящимъ правымъ птозомъ. Послѣдній соединялся обыкновенно съ *diplopia*. Болѣзнь приняла прогрессивное теченіе и черезъ 9 лѣтъ ея существованія ptosis не исчезалъ уже больше. *Status praesens*; *Ptosis incompleta dextra*. *Strabismus divergens oc. dextri*, *Mydriasis dextra*, *paresis* во всѣхъ вѣтвяхъ *n. oculomotorii dextri*. Дно глаза нормально, болевая, термическая и тактильная гипестезія въ области 1-й вѣтви *n. trigemini dex*. Небольшое притупленіе слуха на лѣвой сторонѣ. Сферы движенія и чувствительности (за исключеніемъ вышеуказаннаго) не представляютъ уклоненія отъ нормы. Черепъ при поколачиваніи и давленіи безболѣзненъ. Дальнѣйшее наблюденіе надъ больнымъ показало, что головная боль и параличъ могутъ наступать независимо одна отъ другаго, что головная боль иной разъ сопровождается знобомъ и что рвота иной разъ предшествуетъ болямъ.

¹⁾ Даркшевичъ *op. cit.*

VII. *Наблюдение Darquier* ¹⁾.

Больная 65 л., съ дѣтства страдает мигренями, 2 года назадъ послѣ сильныхъ болей въ лѣвой половинѣ лба, длившихся 4 дня, наступилъ параличъ п. oculom. sin. Черезъ 8—10 дней онъ почти прошелъ въ лѣвомъ глазу, но зато появился въ правомъ, предшествуемый правосторонней же головною болью. По истеченіи 3 мѣсяцевъ все выровнялось до нормы, но еще черезъ 2 года, послѣ новой головной боли, съ локализацией на правой сторонѣ, длившейся, какъ и раньше, 4 дня, опять наступилъ параличъ всѣхъ вѣтвей п. oculomotorii dextri, сопряжаемый, на этотъ разъ, легкимъ парезомъ п. facialis dextri. Параличъ длился 2 мѣсяца и исчезъ безслѣдно. За все время его существованія наблюдались интермиттирующія головныя боли. У больной нѣтъ указанія на нервно-атритическую наслѣдственность.

VIII. *Наблюдение Chabbert'a* ²⁾

Священникъ 53 л. Есть указаніе на нервную и на мигренную наслѣдственность. Больной съ дѣтства знакомъ съ вульгарною формой мигрени. На 24-мъ году онъ сталъ испытывать приступы глазной мигрени, а на 54-мъ, вслѣдъ за мигреннымъ приступомъ, появились: двоеніе въ глазахъ и опущеніе вѣка на правой сторонѣ. Эти явленія не успѣли еще дѣликомъ выравняться, какъ, черезъ 9 мѣсяцевъ, вслѣдъ за новымъ мигреннымъ приступомъ, тождественныя явленія наступили въ лѣвомъ глазу. Приглашенный больнымъ Chabbert констатировалъ: параличъ п. abducentis, соединенный съ параличемъ всѣхъ вѣтвей п. oculomotorii oculi utriusque въ наружныхъ мышцахъ глаза.

IX. *Наблюдение Brissaud* ³⁾.

Больной 17 л. воспитанникъ коммерческаго училища, вторично пораженъ paralysis totali et completa п. oculomotorii dextri. Въ первый разъ тождественное явленіе наблюдалось около 6 мѣсяцевъ назадъ. Параличныя явленія наступаютъ въ концѣ приступа жестокой правосторонней мигрени. Status praesens. Правое вѣко полуопущено. Движенія праваго глазного яблока отсутствуютъ. Правый зрачекъ значительно расширенъ. Аккомодация невозможна. Зрачковой рефлексъ отсутствуетъ. Въ лѣвомъ глазу сохранены всѣ функціи, но наблюдается diplopia во всѣхъ направленіяхъ.

¹⁾ Darquier. «De certaines paralysies récidivantes de la troisième paire (migraine ophtalmoplégique de Charcot)». Th. de Paris. 1893.

²⁾ Chabbert. (Toulouse). Publications du Progrès médical 1895. Наблюденія Darquier и Chabbert'a цитирую по статьѣ J. B. Charcot (см. ниже)

³⁾ Brissaud. «Leçons sur les maladies nerveuses» (Salpêtrière, 1893 | 1894). Paris. 1895 p. 413—414.

Х. Первое наблюдение Karplus'a ¹⁾.

К. Т. 37 лѣтъ, жена токаря страдаетъ жестокими правосторонними мигренями съ 8 лѣтъ. За 6 мѣсяцевъ до того она перенесла травму (ударъ мачехи по правому виску). Больная упала тогда, потерявъ сознание, и нѣсколько дней пролежала въ постели. Съ тѣхъ поръ боли начали появляться разъ въ 3—6 мѣсяцевъ, продолжаясь по 5 дней. Особенно интенсивными онѣ оказывались въ теченіе первыхъ сутокъ, на слѣдующія—онѣ нѣсколько стихали, но зато опускалось правое вѣко; трое сутокъ спустя головная боль исчезала, а еще черезъ 2—3 дня исчезалъ и ptosis. Характеръ боли—глубокій, сверлящій, всегда правосторонній и очень жестокой дѣлалъ Т. въ эти періоды абсолютно неспособною къ труду. Волненіе легко вызывало приступы боли, особенно, когда время появленія ихъ и безъ того было близко. Съ теченіемъ времени приступы эти становились все чаще, а самыя боли все интенсивнѣе. По выходѣ больной замужъ ни одна изъ 3 беременностей не кончилась для нея благополучно: въ первый разъ пришлось накладывать щипцы (ребенокъ умеръ черезъ 3 мѣсяца), во второй и въ третій разъ наступали аборты (сначала на 4-мъ, а затѣмъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности), но, замѣчательное дѣло, въ теченіе беременностей у Т. не наблюдалось ни одного приступа ея болѣзни. Menstrua установились на 15-мъ году и не имѣли отношенія ко времени появленія припадковъ. По достиженіи больною 37 л., ptosis принялъ постоянный характеръ. Status praesens: средняго роста и нѣжнаго сложенія, но хорошо упитанная Т. производитъ впечатлѣніе тяжело страдающаго субъекта. Ptosis dextra (до уровня нижняго края зрачка). Произвольно правое вѣко не поднимается. Глазное яблоко (правое) слегка выпячено кпереди, но подвижность его сохранена. Правый зрачекъ вдвое шире лѣваго и не реагируетъ на свѣтъ. Параличъ въ немъ аккомодациі. Глазное дно нормально. Лѣвый глазъ совершенно нормаленъ. Болевыя точки въ foramina supraorbitale и zygomatic. temporale. Гипестезія въ области первыхъ двухъ вѣтвей n. trigemini dextri. На головныя боли въ смыслѣ ихъ ослабленія прекрасно дѣйствуетъ antipyrin.

ХІ. Второе наблюдение Karplus'a ²⁾.

М. Д. 43 л. замужняя, принята въ клинику ¹⁶/VII 1890. Нѣтъ указанія на наслѣдственность. На 7-мъ мѣсяцѣ отъ рожденія у нея появилась рвота, а вслѣдъ за ней ptosis dextra, черезъ нѣсколько дней прошедшій. Эти явленія повторялись затѣмъ черезъ каждыя 2—4 недѣли. Когда ребенокъ сталъ говорить, онъ постоянно жаловался на головныя боли, отъ

¹⁾ Karplus. «Zur Kenntniss der periodischen Oculomotoriuslähmung». Wiener klinische Wochenschrift. 1895 № 50, 51, 52.

²⁾ Karplus. Ibidem.

которыхъ «глазъ выпадаетъ вонъ». Боли эти всегда правостороннія, съ продолжительностью отъ 3 до 4 дней, сопровождались правостороннимъ же птозомъ, исчезающимъ, приблизительно, на 6-й день. Боли эти не давали спать и появлялись черезъ каждыя 4 недѣли. На 19-мъ году lues. Сифилитическая инфекция и ртутная терапия остались безъ вліянія на теченіе болѣзни. Съ 20 л. ptosis dextra болѣе уже не исчезаетъ, приступы болѣзни становятся все интензивнѣе и сопровождаются иной разъ exophthalmos. Въ 1889 г. у больной были констатированы симптомы прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ, который, годъ спустя, и привелъ ее къ помѣщенію въ психіатрическую клинику. Здѣсь, помимо признаковъ душевнаго заболѣванія, были отмѣчены также: ptosis dextra, mydriasis dextra, свѣтловая неподвижность праваго зрачка, ограниченіе движенія праваго глазного яблока вверхъ, книзу и внѣ и нѣкоторое выпячиваніе его впереди. ¹⁴/vni exitus lactalis. При аутопсіи, кромѣ измѣненій характерныхъ для paralysis progressiva alienorum (periencerphalitis), была найдена также нейрофиброма, помѣщавшаяся на dura mater на правой сторонѣ основанія черепа и окружавшая со всѣхъ сторонъ стволъ n. oculomotorii dextri. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что болѣшая часть волоконъ нерва была разщипана и уничтожена этой опухолью; извѣстная часть ихъ оказалось лежащую внутри ея самой. Волокна представляли сильную степень дегенерации, ослабѣвавшей въ центральномъ направленіи. Срѣзы, окрашенные по методу Weigert - Pahl'я, показали присутствіе измѣненій даже въ ядрѣ n. oculomotorii d., представлявшемъ изъ себя «свѣтлый бликъ», но измѣненія эти касались только волоконъ, тогда какъ нервныя клѣтки не были затронуты болѣзненнымъ процессомъ.

XII. Наблюденіе Ballet ¹⁾.

У больного въ 6-й разъ наблюдаются приступы головныхъ болей, осложняемыхъ параличными явленіями въ правомъ глазу. Первый приступъ такого рода былъ на 15-мъ году отъ рожденія и длился 3 мѣсяца; 2-й наступилъ черезъ 8 лѣтъ послѣ перваго и продолжался 2 мѣсяца; 3-й черезъ 7 лѣтъ послѣ втораго, длился 3 мѣсяца; 4-й черезъ 2 года послѣ третьяго, длился тоже 3 мѣсяца; 5-й черезъ годъ послѣ четвертаго, длился мѣсяць, наконецъ 6-й, наблюдаемый въ данную минуту, наступилъ черезъ 4 года послѣ пятаго и длится теперь четвертый мѣсяць. Съ 8 л. больной подверженъ мигренямъ, но раньше онѣ не осложнялись параличами глазныхъ мышцъ. Между двумя послѣдними взрывами болѣзни оставалась diplopia. Головная боль появляется обыкновенно за 8 дней до паралича и не исчезаетъ съ наступленіемъ послѣдняго, она не отвѣчаетъ въ точности ходу V-й пары черепныхъ нервовъ; кромѣ того она глубже, диффузнѣе

¹⁾ Ballet. «La migraine ophthalmoplégique». La médecine moderne 1896. ЖЕ 18, 19.

и сильнѣ послѣдней и сопровождается тошнотой и рвотой, а, иной разъ, слюнотеченіемъ и ощущеніемъ яри—мѣдянки во рту. Въ началѣ боль локализируется непосредственно надъ лѣвой глазницей, спустя день или два, переходитъ на правую глазницу, а затѣмъ на темя. Продолжительность періода головной боли отъ 8 дней до мѣсяца. Status praesens. Больному 37 л., онъ сифилитикъ, но сифилисомъ заразился всего лишь 8 лѣтъ назадъ. Симптомы болѣзни: ptosis dextra; strabismus divergens oculi dextri; абсолютная невозможность двигать правымъ глазомъ кнутри, а также кверху+кнаружи; ограниченіе объема движенія книзу и кверху; diplopia; Правая бровь приподнята отъ постоянныхъ усилій больного раскрыть пораженный глазъ; правый зрачекъ расширенъ, плохо, но все же реагируетъ на свѣтъ и на аккомодацию съ конвергенціей. Легкая степень exophthalmi dextri. Глазное дно нормально.

XIII. Наблюдение J. B. Charcot ¹⁾.

Больная 41 г., швея (отецъ алкоголикъ, мать женщина со странностями). Головные боли появились на 17 году (въ періодъ первой менструаціи) и длились съ краткими ремиссіями и ожесточеніями 6 мѣсяцевъ. Затѣмъ слѣдуетъ періодъ абсолютнаго здоровья до 31-го года, когда у больной была діагносцирована fibroma uteri. Еще черезъ 7 лѣтъ внезапныя жестокия головныя боли съ преимущественной локализацией въ лѣвой половинѣ головы, но ощущаемыя также и на остальномъ ея протяженіи, которыя длились 8 дней, не сопровождаясь ни тошнотой, ни рвотой. Послѣ внезапныхъ болей внезапная же diplopia въ зависимости отъ пораженія n. abducentis sin. (по діагнозу окулиста), а еще черезъ 15 дней ptosis sin. и отсутствіе движеніе въ лѣвомъ глазномъ яблокѣ. Явленія паралича n. oculomotorii sin. прошли у больной черезъ 15 дней, а n. abducentis sin. черезъ 8 мѣсяцевъ. Ослабленныя головныя боли существовали въ теченіе всего періода паралича. По истеченіи послѣдняго—двухлѣтній періодъ абсолютнаго здоровья. Затѣмъ вновь наступаютъ головныя боли, на этотъ разъ правостороннія, но безъ рвоты и тошноты, а, черезъ 2 дня, къ нимъ присоединяются ptosis dextra и diplopia при смотрѣніи кверху. Головные боли длятся 4 мѣсяца, а офтальмоплегія около года. Черезъ 10 мѣсяцевъ съ момента появленія офтальмоплегіи въ правомъ глазу къ ней присоединяются paresis n. abducentis sin., предшествуемый не сильной кратковременной головной болью. Въ это время у больной констатированы: ptosis dextra, paralysis m. recti supérieurs dextri et paralysis totalis n. abducentis sin. Еще черезъ 2 мѣсяца больная поступила въ La Salpêtrière со слѣдующими симптомами: paresis n. abducentis sin., легкій правосторонній птозъ и рѣзко выраженный параличъ m. recti interni, m. recti inferioris et m. obliqui

¹⁾ J. B. Charcot. «Contribution à l'étude clinique de la migraine ophtalmoplégique». Revue neurologique 1897. № 8 p. 217—222.

inferioris на правой сторонѣ; неравенство зрачковъ (правый уже); ослабленіе свѣтовой реакціи въ лѣвомъ зрачкѣ и отсутствіе ея въ правомъ. Аккомодация и глазное дно нормальны. Жалобы на ревматическія боли (мышечныя и суставныя), а также и на диффузныя боли въ головѣ. Ни при объективномъ, ни при субъективномъ изслѣдованіи больной нельзя было найти указанія на *syphilis*, *alcoholismus* и *tabes dorsalis*. Сферы движенія и чувствительности (за исключеніемъ отмѣченного выше), а также и внутренніе органы оказались совершенно нормальны. По истеченіи мѣсяца лѣченія препаратами брома изъ числа всѣхъ, отмѣченныхъ выше симптомовъ, оставались только: параличъ *m. recti superioris dextri* и рефлекторная неподвижность праваго зрачка.

XIV. *Наблюдение Bouchaud* ¹⁾.

Больная 61 годъ. Съ 12 лѣтъ она страдаетъ мигренями (вульгарною формой), которыя прекратились къ 30 годамъ. Черезъ 2 года послѣ того правосторонняя невралгія, длившаяся 15 дней. Съ тѣхъ поръ частыя головныя боли, ничего общаго съ мигренью не имѣющія. Мигрень возобновилась, однако, по достиженіи больною 59 лѣтняго возраста. Локализация ея: лѣвый високъ, лѣвый глазъ и лѣвая половина лба. Мигрень появилась съ ранняго утра и прогрессивно въ теченіе дня увеличивалась въ своей интенсивности; около полудня наступила рвота, а около 8 часовъ вечера, когда головная боль достигла своего аста, появилась и *diplopia*. Ночь больная провела хорошо и проснулась на слѣдующее утро съ совершенно свободной отъ боли головой, но за то лѣвое вѣко уже не раскрывалось и движенія въ лѣвомъ глазномъ яблокѣ отсутствовали. Съ тѣхъ поръ пришло 18 мѣсяцевъ. Больная ни разу не испытывала за это время головной боли приступами и явленія паралича начали сглаживаться; послѣдній выраженъ, впрочемъ, очень ясно и въ данную минуту.

XV. *Наблюдение Coutouzis* ²⁾.

Больному 27 л. 2 года назадъ онъ впервые испыталъ жестокую боль сначала въ области правой скулы, а затѣмъ въ области правой глазицы и праваго виска. Боль длилась 3 мѣсяца. Съ тѣхъ поръ нестерпимая съ локализацией постоянно на правой сторонѣ боль эта не однократно проявлялась приступами черезъ краткіе (10—12 дневные) промежутки времени.

¹⁾ Bouchaud. «Un cas de migraine ophtalmoplégique». Presse médicale. 1897 № 34 p. 190.

²⁾ Coutouzis. «Nouvelle observation d'un cas de migraine ophtalmoplégique». Journal de médecine et de chirurgie pratiques 1897, 25 Avril. 8-e cahier p. 308. Статьи Bouchaud и Coutouzis цитирую по рефератамъ Feindel'я: Revue neurologique 1897, № 9. p. 257.

сопровождаясь рвотой и фотофобией и продолжаясь отъ нѣсколькихъ дней до недѣли. Ptosis и diplopia была слѣдствіемъ этихъ приступовъ. Одинъ изъ нихъ наблюдался годъ назадъ въ больницѣ: почти внезапно безъ всякой видимой причины молодой человѣкъ сталъ испытывать въ области темени и глазницы жестоку ю боль, иррадіировавшую затѣмъ въ области n. trigemini d. Боль сопровождалась тошнотой, рвотой, свѣтобоязнью и легкимъ слюнотеченіемъ. Этотъ періодъ длился 48 часовъ, а затѣмъ наступилъ параличъ m. oculomotorii et trochlearis, прошедшій черезъ 12 сутокъ. Въ теченіе послѣдовавшаго за приступомъ года болѣзнь настолько развилась, что можно говорить о переходѣ «періодической формы» въ «постоянную съ періодическими ожесточеніями». Лѣченіе хициномъ осталось безъ результата.

XVI. Наблюденіе Клячкина ¹⁾).

Больной 15 лѣтъ. Отецъ ея потаторъ (смерть отъ apoplexiae cerebri), мать въ молодости страдала головными болями. Сама больная съ дѣтства страдаетъ ими, также какъ и приступами перемежающейся лихорадки. Боли усилились 2 года назадъ (послѣ первой же менструаціи) и сопровождаются теперь тошнотой и рвотой. Характеръ болей—ломота, особенно въ лѣвомъ глазу. Начинаясь съ лѣвой стороны, боли переходятъ за тѣмъ на всю голову. 2 недѣли назадъ послѣ приступа головной боли и лихорадки наступило опущеніе лѣваго вѣка. Больная небольшого роста, слабого сложенія, съ блѣдной окраской кожи и слизистыхъ оболочекъ. Ptosis sin., strabismus divergens oc. sin., mydriasis sin., рефлекторная неподвижность лѣваго зрачка; diplopia; болевая и тактильная анестезія въ области 1-й вѣтви n. trigemini sin. Глазное дно нормально. Селезенка увеличена и болѣзненна. Боль въ лѣвомъ вискѣ; головокруженіе; общая слабость. Истерическихъ стигматъ нѣтъ. Теченіе болѣзни обнаружило зависимость появленія и обостренія головныхъ болей отъ маляріи: при перемѣнѣ малярійной мѣстности на болѣе здоровую и при пріемѣ внутрь хицина, головныя боли и парализныя явленія исчезали, при обратныхъ условіяхъ появлялись вновь.

XVII. Наблюденіе Барабашева ²⁾).

В. Н., 23 л., студентъ Университета. Въ семьѣ есть указаніе на нервныя и душевныя заболѣванія и на скрофулезъ. Съ 10 лѣтъ больной подверженъ головнымъ болямъ, черезъ 4 года послѣ перваго своего появленія пріобрѣтшимъ правильнѣй періодическій характеръ (каждый мѣсяцъ). Характеръ боли—давленіе въ правомъ вискѣ, въ правой надбровной области,

¹⁾ Клячкинъ «Случай періодическаго паралича глазодвигательнаго нерва». Неврологическій Вѣстникъ 1897. Т. V вып. I.

²⁾ Барабашевъ. »Рецидивирующий параличъ глазодвигательнаго нерва». Русскій Медицинскій Вѣстникъ 1898 № 3 стр. 1—10.

во внутреннемъ углу правой глазницы и правомъ глазномъ яблокѣ. Сила боли столь велика, что больной не можетъ воздерживаться отъ стоновъ и крика; одновременныя съ болью явленія — запоры, тошнота и рвота; длительность боли 2—3 дня; въ промежуткахъ между приступами боли — абсолютное здоровье. Въ это время врачами обнаружены: малокровіе, катарръ желудка и малярія. 3 года назадъ послѣ жестокой головной боли, длившейся 4 дня, наступилъ параличъ п. oculomotorii dextri, прошедшій черезъ 3½ мѣсяца. Черезъ годъ параличъ этотъ возобновился (тоже послѣ цефалеи) и длился 2 мѣсяца; еще черезъ 8 мѣсяцевъ вновь появился приступъ болѣзни, причемъ авторъ констатировалъ: ptosis incompleta dextra, ослабленіе подвижности праваго глаза кверху, книзу и кнутри, strabismus divergens oculi dextri, diplopia при приподнятій вѣка, венозную гиперемію обоихъ сосковъ nn. optico-rum съ легкимъ ступенькиваніемъ ихъ границъ сверху, снизу и кнутри и анемическіе шумы въ сердцѣ и въ аріальныхъ венахъ. Острота зрѣнія праваго глаза выше 1,0; лѣваго = 1,0 (есть нормальный As). Поле зрѣнія, цвѣтоощущеніе и tonus глаза нормальны. Субъективныя жалобы сводились къ общей слабости, ослабленію памяти, легкой утомляемости, раздражительности, къ головнымъ болямъ, шуму въ ушахъ, къ одышкѣ и къ потерѣ аппетита. Изслѣдованіе больного, произведенное проф. общей патологіи Репревымъ, показало уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ (oligocythaemia), причемъ нѣкоторыя изъ нихъ были обезцвѣчены благодаря выхожденію гемоглобина, съ ясностью наблюдавшемуся подъ микроскопомъ; кромѣ того, при нанесеніи раненія на палецъ кровь текла долго и не свертываясь (hyperalbuminosis); кромѣ того отмѣнены были: ненормальный характеръ броженія въ тонкихъ и въ толстыхъ кишкахъ; одышка и стремленіе глубоко вдохнуть при покоѣ. Почти черезъ годъ послѣ перваго своего наблюденія, авторъ констатировалъ возобновленіе приступа, но съ такими тяжкими общими явленіями, что онъ создалъ consilium. Со стороны глазъ въ это время констатированы были: ptosis d. completa, неподвижность праваго яблока, mydriasis d., параличъ аккомодации. Лицо было красное: arteria temporalis d. была налита и сильно пульсировала, чувствительность оказалась не затронутой. Сопутствующія параличу общія явленія прошли черезъ 8 дней, а собственно параличныя черезъ 3½ мѣсяца. Лѣтъ больной провелъ на Кавказѣ. На консультаціонномъ листкѣ, подписанномъ 9-ю врачами въ Эсентукахъ, поставленъ былъ слѣдующій діагнозъ: anaemia; prosopalgia; paresis p. oculomotorii dextri (angioneurosis).

XVIII. Наблюденіе Бехтерева ¹⁾.

Б. дѣвица 22, лѣтъ средняго роста, хорошаго сложенія. Нѣтъ указанія на нервное предрасположеніе. Въ дѣтствѣ была перенесена скарлатина

¹⁾ Бехтеревъ. «Двусторонній періодически обостряющійся параличъ глазныхъ мышцъ съ своеобразными колебаніями въ управленіи движеніемъ верхнихъ вѣкъ». Неврологическій Вѣстникъ 1898. Т. VI. вып. 2, 169—181.

съ правостороннимъ гнойнымъ отитомъ и послѣдовательнымъ менингитомъ; послѣ этого констатировано было ослабленіе слуха (справа нѣсколько сильнѣе). Сифилисомъ больная не страдала; истерическихъ стигматъ нѣтъ. 3 года назадъ—травма черепа (ударъ лбомъ объ уголъ двери) безъ поврежденія кожныхъ покрововъ. Черезъ 10—14 дней послѣ травмы наступила diplopia не во всѣхъ частяхъ поля зрѣнія, а въ концѣ того же года Б. начала испытывать затрудненіе при приподнятій вѣкъ. Въ началѣ слѣдующаго года diplopia была уже во всѣхъ частяхъ поля зрѣнія и ptosis усилилась. По діагнозу окулиста у больной былъ отмѣченъ въ это время paresis m. recti superioris oc. sin., а еще черезъ 2 мѣсяца—paresis m. recti interni, неполный ptosis oculi utriusque, небольшая гиперемія обоихъ сосковъ и нерѣзкость ихъ контуровъ. Поле зрѣнія, цвѣтоощущеніе и зрачки были нормальны; V. o. d. $\frac{20}{xx}$; V. o. s. $\frac{20}{xxx}$; аккомодация нормальна, рефракція E.; paresis m. recti externi oculi utriusque; vertigines, nausea, боль и тяжесть въ головѣ. Въ теченіе цѣлаго года наблюдалось то ослабленіе, то усиленіе болѣзненныхъ симптомовъ независимо отъ примѣнявшейся терапіи. Въ слѣдующемъ году вначалѣ наблюдалось улучшеніе состоянія больной, но затѣмъ оно вновь ухудшилось. Въ моментъ изслѣдованія больной авторомъ констатированы были слѣдующіе симптомы: ptosis oculi utriusque incompleta, ограниченіе подвижности глазъ (особенно праваго вверхъ), diplopia. Пониженіе слуха. Общая гиперестезія. Легкое повышеніе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ. Поле зрѣнія и реакція зрачковъ нормальны. Внутренніе органы нормальны. Особенность больной: глаза ея могутъ открываться, если она не обращаетъ на это вниманія и тотчасъ же закрываются при обратномъ условіи, причемъ никакія усилія раскрыть глазъ уже не достигаютъ цѣли. Авторъ отмѣчаетъ благоприятное вліяніе на болѣзненный процессъ ртутныхъ фрикцій, между тѣмъ какъ всѣ остальные средства (пилокарпинъ, іодистый калий, мушки, гальванизация) оставались безъ результата, и совѣтуетъ меркуріальное лѣченіе даже въ тѣхъ случаяхъ патологическаго процесса, гдѣ нѣтъ сифилитической инфекціи, лишь бы были на лицо слѣды хроническаго воспаленія.

XIX. Первое наблюденіе Schmidt-Rimpler'a ¹⁾.

Крѣпкій и здоровый мужчина 39 л., не сифилитикъ, въ 3-й разъ поражается параличемъ лѣваго глазодвигательнаго нерва. Первый приступъ болѣзни явился 6 лѣтъ тому назадъ и выражался diplopia при взгладѣ вверхъ, парезомъ аккомодации и расширеніемъ зрачка; 2-й приступъ былъ годъ тому назадъ, излѣченіе произошло въ 4 недѣли; наконецъ 3-й приступъ, наблюдавшійся авторомъ, произошелъ въ іюлѣ 1891 г.; тутъ кон-

¹⁾ «Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten». Wien 1893. Русск. перев. Москва 1900 г.

статированы были: mydriasis sinistra, paresis accommodationis et paresis m. m. recti interni et recti inferioris. Зрачокъ абсолютно не реагировалъ на конвергенцію и очень слабо на свѣтъ. Въ теченіе слѣдующихъ затѣмъ 20 дней параличныя явленія значительно ослабли и на лицѣ оставались лишь слабый парезъ m. recti inferioris и расширеніе зрачка. Въ сентябрѣ 1893 г. былъ 4-й приступъ болѣзни, о которомъ авторъ знаетъ лишь со словъ пациента; онъ выражался полнымъ параличемъ всего лѣваго глазодвигат. нерва. Полное выздоровленіе наступило черезъ 6 недѣль. Въ предшествовавшихъ промежуткахъ между приступами наблюдались ослабленныя явленія паралича, но послѣ 4-го приступа явленія эти уже не могли быть констатированы авторомъ. За самое послѣднее время больной подверженъ приступамъ тоски и испытываетъ часто головокруженіе. Въ семьѣ его никто не страдалъ мигренью. Замѣчательно, что и у самого больного ни до приступовъ паралича, ни въ теченіе послѣднихъ, ни, наконецъ, въ промежуткахъ между приступами никогда не наблюдалось головной боли. Иодистый калий, по мнѣнію автора, всемъ приносилъ пользу.

XX. Второе наблюденіе Schmidt-Rimpler'a ¹⁾).

Женщина 22-хъ лѣтъ, хорошаго питанія и крѣпкаго сложенія съ 16 лѣтъ подвержена приступамъ паралича лѣваго глазодвигателя. Въ первый разъ онъ наступилъ безъ предшествовавшей головной боли и выражался двоеніемъ предметовъ и расходящимся косогласіемъ, по поводу котораго была произведена перерѣзка сухожилия m. recti externi dextri. 2 года назадъ былъ второй приступъ, съ полнымъ параличемъ oculomotorii sin., начавшійся трехъ-дневными лѣвосторонними головными болями, нѣсколько ослабѣвшими къ моменту появленія паралича и исчезнувшими окончательно черезъ нѣсколько недѣль. Что касается паралича, то черезъ 3 недѣли замѣтно было явственное улучшеніе, а черезъ 6 недѣль наблюдались только умѣренные парезы. Во время 3-го приступа болѣзни авторъ констатировалъ полный параличъ всѣхъ вѣтвей лѣваго глазодвигателя. За нѣсколько дней до этого приступа пациентка испытывала сильныя боли въ лѣвой $\frac{1}{2}$ головы, на лицѣ и позади лѣваго глаза. Черезъ 5 недѣль, считая съ момента появленія паралича, начали наблюдаться первыя отдѣльныя движенія глаза, а еще черезъ нѣсколько недѣль все пришло къ нормѣ. Четвертый приступъ болѣзни произошелъ черезъ 4 года послѣ третьяго, когда больной было 26 лѣтъ. Онъ начался, какъ и 2 предыдущихъ съ сильной лѣвосторонней головной боли и представлялъ затѣмъ картину полного паралича n. oculomot. sin. Черезъ 8 недѣль отъ этого паралича оставался лишь простой парезъ. Наконецъ, пятый приступъ страданія наступилъ черезъ годъ послѣ четвертаго; начался онъ, какъ и раньше, лѣвосторонними болями,

¹⁾ Ibidem. loco citato.

уменьшившимися, но не исчезнувшими окончательно къ моменту появленія паралича. Одновременно съ болями паціѣнтка испытывала непріятныя ощущенія на лѣвой сторонѣ во время жеванія, а вслѣдствіе катарра средняго уха у нея наблюдалось также и ухудшеніе слуха, болѣе рѣзко, впрочемъ, выраженное справа. Черезъ 8 недѣль подъ вліяніемъ электротерапіи глазъ открылся и сталъ подвижнѣе, но даже черезъ 7 мѣсяцевъ отъ начала приступа можно было отмѣтить: парезъ сфинктора, незначительный птозъ, легкій парезъ аккомодациі и внѣшней мускулатуры глаза и отсутствіе свѣтовой реакціи зрачка. Nn. trochlearis et abducens и дно глаза нормальны. Болѣзненно давленіе въ верхне-внутреннемъ углу лѣвой орбиты. Вѣроятная причина болѣзни въ данномъ случаѣ простуда. Во время приступовъ больная съ помощью платка старалась согрѣвать лѣвую $\frac{1}{2}$ головы. Головные боли наблюдались у нея еще до перваго взрыва страданія, а сейчасъ онѣ наступаютъ, приблизительно, черезъ каждые 2—4 дня и длятся около сутокъ.

XXI. Наблюденіе Demicheri ¹⁾.

N. N. 70 лѣтъ, крѣпкаго сложенія и спокойнаго темперамента, не переносила никакого серьезнаго страданія и не представляетъ никакого признака наслѣдственности; она часто бывала подвержена довольно сильнымъ головнымъ болямъ, безъ опредѣленной, правда, локализациі. 6 лѣтъ назадъ послѣ сильной боли въ лѣвой половинѣ головы, съ рѣдкими ремиссіями, длившейся цѣлыя сутки, у больной наступилъ парезъ въ области n. facialis sin., а еще черезъ 2 дня лѣвый глазъ былъ отклоненъ вверхъ; кромѣ того наступилъ параличъ m. orbicularis orbitae sin., вслѣдствіе чего больная абсолютно была не въ состояніи закрывать лѣвый глазъ. Отклоненіе послѣдняго вверхъ было столь велико, что, по словамъ родственниковъ нашей паціѣнтки, нельзя было видѣть лѣваго зрачка. Головные боли существовали еще въ теченіе мѣсяца безъ колебаній въ своей интенсивности. Черезъ 5 лѣтъ, въ теченіе которыхъ наша паціѣнтка испытывала лишь болѣе или менѣе диффузныя головныя боли, у нея вновь появилась жестокая мигрень съ локализацией въ правой половинѣ головы (преимущественно въ глубинѣ орбиты и въ надбровной области, откуда боль иррадіировала въ затылочную область и въ lig. nuchae); боль длилась цѣлыя сутки и сопровождалась тошнотой. Черезъ 6 дней послѣ боли наступили ptosis dextra et diplopia. Головные боли прекратились черезъ 6 дней. Въ день перваго своего изслѣдованія, авторъ отмѣтилъ у своей больной слѣд. симптомы: ptosis dextra completa, невозможность по произволу поднять правое вѣко (зато приподнята правая бровь), правое глазное яблоко отклонено наружи и нѣсколько книзу и дѣлаетъ движенія лишь въ направленіи

¹⁾ Demicheri. «Migraine ophthalmoplégique alternante». La clinique ophthalmologique ²⁵/ix 1899 № 18 p. 205—208.

функции *mm. abducentis et trochlearis*; правый зрачекъ расширенъ, не реагируетъ на свѣтъ и на аккомодацию; среды глаза и дно его нормальны. Всѣ болѣзненные симптомы исчезли черезъ 2 мѣсяца. Въ слѣдующемъ (1899) году вновь появляются боли съ локализацией въ лѣвой половинѣ головы, сопровождающіяся тошнотой. Къ вечеру второго дня, считая съ момента ихъ появленія, наступаютъ *ptosis sin. et diplopia*; боли держатся послѣ того еще нѣсколько часовъ и, постепенно стихая, сходятъ на нѣтъ, параличныя же явленія со дня на день усиливаются и *ptosis* уже черезъ 10 дней становится *completa*. Кромѣ *ptoseos sin.* констатируются явленія пареза во всѣхъ мышцахъ, иннервируемыхъ *n. oculomotorii sinistro*. Глазное дно и зрѣніе нормальны. Просуществовавъ 10 дней, *ptosis* началъ уменьшаться, а еще черезъ 12 дней вѣко почти уже совершенно пришло къ нормальному своему состоянію, но ограниченіе объема движенія въ лѣвомъ глазномъ яблокѣ продолжало еще существовать, хотя и въ меньшей степени; существовала также и *diplopia*.

XXII. Наблюденіе Troemner'a¹⁾.

38-лѣтняя вдова, мать и сестра которой уже раньше страдали головными болями, на 22-мъ году отъ рожденія начинаетъ испытывать головныя боли, появляющіяся то на правой, то на лѣвой сторонѣ головы. Боли эти возобновляются ежедневно, часто съ покраснѣніемъ и опуханіемъ щекъ и прекращаются послѣ долгаго, продолжительнаго сна. Съ теченіемъ времени больная начинаетъ испытывать судорожныя сокращенія въ *mm. orbicularis orbitae et oris* и сверканіе въ глазахъ, какъ бы отъ «серебрянныхъ точекъ»; рѣже и то только послѣ очень уже жестокой боли у нея наступаютъ тошнота и рвота. Она обратилась за помощью къ какому то шарлатану, который, мнилось ей, и отдалилъ эти боли на 5-лѣтній періодъ времени вплоть до 1899 г., когда ей пришлось сдѣлаться вдовой. Душевное волненіе, испытанное нашей паціенткой подъ вліяніемъ смерти мужа, вновь повлекло за собою головныя боли, къ которымъ присоединились также: приливы крови къ головѣ, бессонница и тошнота. Черезъ нѣсколько дней послѣ того больная стала замѣчать появленіе крови въ выдѣленіяхъ носа во время сморканія, а еще черезъ 2—3 дня она неясно начала видѣть правымъ глазомъ,—зрачекъ въ послѣднемъ оказался расширеннымъ. Постепенно головная боль начала затихать, но еще черезъ 14 дней отъ начала ея появленія наша паціентка испытывала при чтеніи боли въ правомъ глазу. Результатъ изслѣдованія, произведеннаго авторомъ, совместно съ окулистомъ д-ромъ Franke, былъ слѣдующій: въ лѣвомъ глазу отмѣчается лишь слабая степень міопіи,—въ правомъ же очень рѣзкое, почти максимальное, расширеніе зрачка; отсутствіе реакціи на свѣтъ и на конверген-

¹⁾ Troemner. Ophthalmoplegia interna bei «Migraine ophtalmoplégique». Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1899. October, s. 577—580.

цію; аккомодация почти выровнялась до нормы; колѣнные рефлексы оживлены; нервы, въ мѣстахъ своего выхода, чувствительны къ давленію.

XXIII. *Первое наблюдение Стржеминскаго* ¹⁾).

Помѣщикъ въ общемъ здоровый, но изъ артритической семьи и имѣющій сестру, одержимую мигренью, съ самаго дѣтства страдаетъ мигренью, наступающею черезъ каждые 7—10 дней. Мигрень эта длится сутки и локализуется въ лѣвой половинѣ головы. Съ 30-лѣтняго возраста она замѣняется на нѣкоторое время головокруженіемъ, часто со рвотой, но затѣмъ вновь появляется.

На 37 году послѣ приступа такой мигрени наступилъ парезъ всѣхъ вѣтвей лѣваго глазодвигателя, за исключеніемъ вѣточки *ad musculum levat. palp. sup.* Парезъ длится 5 сутокъ, а, спустя 2 недѣли, онъ повторился и длился на этотъ разъ 4 дня. Съ тѣхъ поръ съ перерывами отъ 2 недѣль до 4 мѣсяцевъ приступы повторяются, сначала представляя явленія парезовъ, а затѣмъ и параличей всѣхъ вѣтвей *n. oculom. sin.* и продолжаясь отъ 3 до 19 дней. Въ промежуткахъ между приступами паралича наблюдались приступы мигрени съ такими же между собой перерывами, какъ и приступы паралича.

XXIV. *Второе наблюдение Стржеминскаго* ²⁾).

М. Д. 19 л. Наблюденіе ¹⁸/л 99 г. Ptosis sin. completa; strabismus oc. s. divergens; почти полное отсутствіе подвижности кнутри, кверху и книзу; перекрестная diplopia (ложное изображеніе выше истиннаго и верхнимъ концомъ наклонено кверху и уменьшается при удаленіи книзу); умѣренное расширеніе зрачка; отсутствіе реакціи на свѣтъ и на конвергенцію; среды и дно глаза, поле и острота зрѣнія нормальны. Начался приступъ ¹²/I (утромъ, при пробужденіи), съ жестокой лѣвосторонней головной боли, тошноты, рвоты, общаго недомоганія, частыхъ знобовъ, потери аппетита и бессонницы; къ ¹⁵/I явленія эти исчезли, давая мѣсто параличу, длившемуся 17 сутокъ (весь приступъ длился 20 сутокъ). Описаннаго типа взрывы болѣзни раньше были 2 раза: въ 1896 г. (когда больной было 16 лѣтъ) и въ 1897 г. (17 л.). 4-й приступъ, длившійся 19 дней (4 сутокъ боли и 15 параличей), наступилъ ²/XI 1899 г. Всего больная перенесла 4 приступа болѣзни; промежутокъ между первымъ и вторымъ длился 15 мѣсяцевъ, между вторымъ и третьимъ 14 мѣсяцевъ, между 3-мъ и 4-мъ

¹⁾ Врачъ 1900 г. ЖЕ 34 и 35. «Случай возвратнаго паралича глазодвигательнаго нерва».

²⁾ Ibidem. Loco citato.

девять мѣсяцевъ; длительность каждаго изъ первыхъ двухъ приступовъ равнялась 2 недѣлямъ.

Больная хорошаго сложенія и питанія. Menses установились съ 15 л. Нѣтъ указанія на конституціональныя болѣзни. Дѣдъ больной (со стороны матери) страдалъ мигренями.

Въ заключеніе нашей краткой историко-литературной справки приводимъ здѣсь еще 2 случая возвращающагося паралича п. oculomotorii, представляющихъ уже собственные наши наблюденія надъ этимъ страданіемъ.

I. А. М., крестьянка Казанскаго уѣзда, 23 л., незамужняя, явилась въ Казанскую клинику нервныхъ болѣзней въ Сентябрѣ 1899 г. При наружномъ изслѣдованіи больной констатированъ былъ двусторонній птозъ, рѣзко выраженный на правой сторонѣ и почти выровнявшійся до нормы, но все же замѣтный, и на лѣвой сторонѣ; зрачки были равномѣрны, нормальный ширины и хорошо реагировали какъ на свѣтъ, такъ и на аккомодацию съ конвергенціей; движенія глазныхъ яблоковъ не были ограничены въ своемъ объемѣ и совершались легко, но зато при движеніи наблюдался легкій нистагмъ въ горизонтальномъ направленіи. Изслѣдованіе рефлексовъ, состоянія тазовыхъ органовъ, чувствительности (общей и органовъ высшихъ чувствъ), сферы произвольнаго движенія дало отрицательный результатъ. Нѣтъ никакого указанія на тяжелую наслѣдственность и на истерію,—нѣтъ и lues'a, какъ это выяснило изслѣдованіе, произведенное въ клиникѣ кожныхъ и венерическихъ болѣзней. Перкуссія черепа и нажатіе на нервные стволы безболѣзненны. Больная рассказываетъ, что ptoxis появляется у нея теперь вторично: въ первый разъ онъ появился 5 лѣтъ тому назадъ и также, какъ и теперь, наблюдался на обоихъ глазахъ, но появился одновременно, захвативъ одинъ глазъ на сутки раньше, нежели другой. Ptoxis существовалъ въ теченіе недѣли, а затѣмъ въ теченіе недѣли уже наступило restitutio ad integrum. Во второй разъ тождественныя явленія наступили мѣсяць тому назадъ, но на этотъ разъ имъ предшествовала и ихъ сопровождала сильная головная боль въ формѣ ломоты, локализовавшаяся въ лѣвой половинѣ лба. Когда именно прекратилась эта боль, наша пациентка не указываетъ, но въ моментъ посѣщенія ею клинической амбулаторіи, боль эта ею уже не испытывалась.

П. Д. А., дочь священника, учительница народной школы, 22 лѣтъ, незамужняя, явилась въ Казанскую клинику нервныхъ болѣзней 4-го Марта 1900 г. съ жалобой на опущеніе лѣваго вѣка, наступившее вслѣдъ за жестокой головою болью. Справка изъ клиники глазныхъ болѣзней, куда предварительно обратилась за помощью больная, гласила слѣдующее: „у предъ-явительницы неполное пораженіе п. oculomotorii sinistri, а частью и п. abducentis sinistri; зрѣніе нормально, хотя papillae и гиперэмпированы“. Д. А. происходитъ изъ совершенно здоровой семьи: нѣтъ никакого указанія на нервныя и на душевныя страданія, на алкоголизмъ, наконецъ на хроническія конституціональныя заболѣванія (lues, tuberculosis) ни у ея родителей, ни вообще у кого либо изъ ея ближайшихъ родственниковъ ни, наконецъ, у самой больной. Больная утверждаетъ лишь, что на 17-мъ году отъ рожденія она страдала правосторонней мигренью, длившейся обыкновенно въ теченіе сутокъ и являвшейся 2 раза въ мѣсяцъ. Мигрень эта иной разъ сопровождалась тошнотой, но никогда не влекла за собою рвоты. Мигрень просуществовала около года; черезъ 2 года вновь появились жестокія головныя боли, съ локализацией на правой сторонѣ, длившіяся 2 мѣсяца и ожесточавшіяся по вечерамъ. По ихъ исчезновеніи больная начала замѣчать двоеніе въ глазахъ: когда она глядѣла прямо передъ собою, то каждый предметъ ей казался вдвойнѣ, притомъ одно изображеніе помѣщалось выше, другое ниже,—оба оказывались всегда другъ другу параллельными. Въ теченіе 3 сутокъ (считая съ момента прекращенія болей) правый глазъ больной отвело кнаружи. Д. А. утверждаетъ, что не могла во всѣхъ направленіяхъ двигать правымъ глазомъ, но что въ это время вѣко не опускалось и зрачки были равномѣрны. Паралитчныя явленія въ правомъ глазу существовали около мѣсяца, а затѣмъ постепенно сошли на нѣтъ. Въ Декабрѣ 1899 г. послѣ сильнаго горя (смерть отца) медленно и постепенно начало опускаться лѣвое вѣко. Головныхъ болей Д. А. не испытывала ни передъ появленіемъ ptoseos, ни первое время послѣ его появленія. Опущеніе вѣка длилось 2 недѣли и за это время послѣднее достигло уровня середины зрачка; въ такомъ полуопущенномъ состояніи оно оставалось тоже въ теченіе 2 недѣль, а затѣмъ въ теченіе недѣли оно выровнялось до нормы. Въ это время Д. А. испытывала въ пораженномъ вѣкѣ ощущеніе жара и боли, но красноты не было. 3 недѣли спустя наша паціентка начала испытывать силь-

ныя сердцебіенія и боли около внутренняго угла лѣваго глаза. Одновременно съ появленіемъ этихъ болей начало опускаться лѣвое вѣко, которое въ теченіе 2 сутокъ совершенно закрыло глазъ. Status paraesens. Ptoxis sin. completa. Mydriasis sin. Движенія лѣваго глаза во всѣхъ направленіяхъ ограничены, а внутри отсутствуютъ. Лѣвый зрачекъ почти не реагируетъ на свѣтъ и очень плохо на аккомодацию съ конвергенціей. Въ области 1-й вѣтви n. trigemini sin. констатируется болевая и тактильная гипестезія. Нажатіе на нервные стволы безболѣзненно, также какъ и перкуссия черепа. За исключеніемъ вышеупомянутаго сферы движенія и чувствительности уклоненія отъ нормы не представляютъ. Со стороны внутреннихъ органовъ отмѣчается довольно значительная тахикардія и опущеніе правой почки.

(Продолженіе слѣдуетъ).
