Двусторонний периодически обостряющийся паралич глазных мышц с собственными колебаниями в управлении движением верхних век.

(С двумя рисунками в тексте).

Проф. В. Бехтерева.

Случаи периодических глазных параличей составляют далеко не частое явление и описаны до сих пор лишь в небольшом числе. К тому же многие стороны этого интересного болезненного поражения остаются еще до сих пор не достаточно выясненными. В виду этого я остановился на одном из представившихся моему наблюдению случаев периодически обостряющегося паралича глазных нервов, который представлял в то же время крайне своеобразия колебания в управлении движением верхних век.

Больная Б., девица, 22 лет, среднего роста, довольно хорошего телосложения, без перваго наследственного расположения, обратилась ко мнѣ за советом в мартѣ мѣсяца 1894 года, послѣ чего вскорѣ была помѣщена в нервное отдѣление завѣдываемой мною клиники душевных и нервных болѣзней. Анамнезъ ее заключается в слѣдующемъ: Въ двѣ стѣны она перенесла скарлатину, осложнившуюся гноетеченіемъ изъ праваго уха и послѣдовательнымъ менингитомъ, послѣдствиемъ чего явились пѣкоторое ослабленіе слуха съ обѣихъ сторонъ, сильнѣе справа. Надо замѣтить, что у больной съ дѣтства существовало гноетеченіе изъ праваго уха, которое изрѣдка повторяется еще и теперь. Въ остальномъ никакихъ
ненормальных явлений ни в физической, ни в психической сфере у больной не наблюдалось и она оставалась здоровою до 20 лётного возраста. Равным образом ни наслѣдственного, ни приобрѣтеннаго сифилиса въ амнезиѣ не существуетъ; никакихъ истерическихъ явлений у больной также никогда не обнаруживалось. Въ октябрѣ 91 года она получила случайно ушибъ въ голову въ то время, какъ, будучи разсержена своей нянею, она въ сильномъ волненіи намѣрѣвалась выбѣжать изъ комнаты, но, быстро повернувшись къ двери, удалилась лѣвой какъ разъ обь уголъ двери; ударъ былъ довольно сильный, хотя и безъ поврежденій кожныхъ покрововъ; боль на мѣстѣ удара продолжалась день или два. Больная однако чувствовала себя послѣ этого удара довольно хорошо. Но дней 10 или недѣл изъ 2 послѣ этого происшествія больная стала замѣчать, что у нея начинается двоится въ глазахъ. Больная сама не можетъ сказать, при какихъ именно поворотахъ глаза появлялось это двоеніе, но она помнитъ хорошо, что сначала оно обнаруживалось не во всѣхъ частяхъ поля зрѣнія и лишь къ января 1892 г. она уже ничего не могла видѣть нормальнымъ образомъ, безъ двоенія; кромѣ того уже съ декабря 1891 г. она стала замѣчать, что не можетъ вполнѣ свободно поднимать свои вѣки, которыя представлялись нѣсколько опущенными и при этомъ слѣва нѣсколькъ сильнѣе, нежели справа. Со временемъ ptosis стала увеличиваться, но, не дойдя до степени полнаго закрытия глазъ, остановилась въ своемъ развитіи.

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

Въ январѣ 1892 года paresis m. recti superioris въ правомъ глазу проявился яснѣе и вмѣстѣ съ тѣмъ присоединился двусторонній m. paresis recti externi. Одновременно съ разви-
тіємь параличнихъ разстройствъ въ глазахъ больной стали обнаруживаться приступы головокружения, а также тяжесть и боль головы, сопровождавшаяся тоннотами.

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

Надо замѣтить, что по слѣдующимъ, собраннымъ нами отъ ея близкихъ родныхъ и самой больной и во всемъ согласнымъ съ вышеуприведенными данными, оказывается, что у больной въ началѣ 1892 г. выштѣ съ головокружениями и головными болами обнаруживались: грустное настроение духа, неразговорчивость, обидчивость и вообще крайняя раздражительность. Явленія эти однако прошли уже къ концу первой половины 1892 года.

Лечение больной состояло въ назначении мушекъ, ртутныхъ втираний, въ приемахъ йодистаго калия и пилокарпина и въ назначеніи постояннаго тока. Изъ всѣхъ этихъ средствъ по-видимому оказали значительнную пользу больной ртутныя втирания и пилокарпинъ, хотя лечения больную врача не нашелъ ни-какихъ указаний у больной на сифилисъ. При изслѣдованіи больной въ марѣтѣ 1894 г. я нашелъ слѣдующее: У больной имѣется неполная ptosis обоихъ вѣкъ; послѣднія прикрываютъ глаза яблоки настолько, что больная только съ приподнятой головой можетъ еще кое-какъ видѣть лежащие впереди себя предметы. Обычно глазами яблоки направлены впередъ и не обнаруживаютъ косоглазія. Но подвиженіе обоихъ глазныхъ яблокъ во всѣхъ направленіяхъ ясно ограничена, причемъ особенно затруднены движения праваго глаза вверху. При смотрѣніи вверхъ обнаруживается диплопія; поле зрѣнія въ обоихъ глазахъ нормально. Реакція зрачковъ нормальна съ обоихъ сторонъ. Слухъ пониженъ на оба уха, но справа сильнѣе. Проведенный звукъ больная также справа слышитъ хуже, чѣмъ слѣва.

Изъ другихъ явлений слѣдуетъ отметить общую нѣсколько повышенную чувствительность на всей поверхности тѣла. Чувствительность въ области тройничаго нерва не обнаруживается. Никакихъ существенныхъ разстройствъ. Сухожильныя и кож-
ные рефлексы нѣсколько повышены, но равномерны. Со стороны внутренних органов ничего ненормального не наблюдается. Во время нѣскольких посѣщений больной было замѣчено между прочим, что временами больная смотрит с вполнѣ хорошо открытыми глазами (см. фиг. 1), но достаточно обратить внимание больной на это явление, какъ слѣдует уже нѣсколько минутъ ея вѣки снова опускаются и тогда уже никакими усилиями воли больной не удается ихъ поднять хотя бы незначительно болѣе против того, какъ они обыкновенно представляются въ опущенномъ состояніи (см. фиг. 2).

Современемъ, когда больная помѣстилась въ клинику, это явленіе можно было изучить съ большую подробностью. Оказалось, что у больной въ теченіе дня глаза часто представляются вполнѣ открытыми, но это происходит совершенно помимо ея воли и случается именно въ то время, когда она менѣе всего думаетъ о своихъ глазахъ, когда она чѣмъ нибудь отвлечена и спокойно занимается чѣмъ или
другим дёлом. Но какъ только воія она вмѣшивается въ положеніе ея глазъ, такъ тотчасъ же она чувствуетъ свое безсилие держать свои глаза открытыми, причемъ верхнія вѣки ея начинаютъ постепенно опускаться и прикрываются почти совершенно рякой глазъ, послѣ чего уже никакихъ усилий воли недостаточно, чтобы приподнять вѣки хотя бы едва замѣтнымъ образомъ; въ такомъ случаѣ только при помощи вѣкотораго поднятія головы больная получаетъ возможность оріентироваться среди окружающихъ предметовъ.

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

За время пребыванія больной въ клиникѣ въ теченіе одного мѣсяца при лѣчении большинствомъ дозами йодистыхъ препаратовъ со ртутию внутрь подвиженіе ея глазныхъ яблокъ значительно улучшилось.

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

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

Мы видимъ такимъ образомъ, что у больной имѣется ясное указание на существованіе колебанія въ развитіи болѣзниенныхъ явлений со стороны глазъ. Въ теченіе 1892 года у больной параличный явленія въ глазахъ то усиливались, то ослабшавали безъ всякаго отношенія къ терапевтическимъ мѣрамъ, примѣтившимся въ то время къ больной. Далѣе къ лѣту 1893 года параличъ глазныхъ мышцъ постепенно почти совершенно исчезъ, оставаясь лишь незначительные слѣды бывшаго пораженія, но къ осени того же года параличныя явленія вновь выступаютъ въ прежней степени развитія. Въ силу этого нельзя ручаться за то, что послѣдовавшее за періодъ времени пребыванія больной въ клиникѣ новое улучшеніе въ
ея состоянии спустя то или другое время не смягнется новым ухудшением. Во всяком случае явления, которые мы имевем у больной в отношении течения ее заболеваний, обнаруживают периодически обостряющийся парез глазных мышц, при котором в более святые промежутки времени симптомы болезни иногда почти совершенно исчезали или по крайней мерз значительно ослабывали.

В этом случае нельзя не обратить внимания на то обстоятельство, что в нашем случае дно идет о двустороннем поражении мышц, управляемых п. oculomotorio. Дело в том, что все известные нам случаи периодических параличей глазодвигательного нерва обнаруживались лишь на одной стороне. Эти периодические параличи по своему течению, как известно, могут быть двух родов: периодически возвращающиеся параличи, когда в святых промежутках болезненяя явления совершенно исчезают, и периодически обостряющиеся параличи, при которых наблюдается лишь периодическое обострение и ослабление паралича, полного же исчезновения последняго не происходит.

Наш случай должен быть очевидно причислен к периодически обострающимся параличам глазодвигательного нерва. Что касается патогенеза периодических параличей глазодвигательного нерва, то в литературе в этом отношении взгляды еще не установились. Некоторые авторы, особенно французский (Charcot 1), Parinaud и Marie 2), признают, что периодические параличи глазодвигательного нерва суть функционального или истерического происхождения и, по мнению Charcot и Möbius’a, должны быть рассматриваемы, как центральные параличи; тогда как другие авторы признают, что в основу периодических параличей глазодвигательного нерва лежит органическое поражение. В пользу последнего мнения, кроме других соображений, могут быть приведены и

1) Charcot. Leçons. Progrès méd. 1890, p. 31 и 32.
2) Parinaud et Marie—Arch. de neurol. 1888.
результаты вскрытій. Въ настоящее время извѣстно уже нѣсколькво случаевъ периодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва, въ которыхъ посмертное изслѣдованіе обнаружило органическое измѣненіе. Такъ, напр., въ случаѣ Gubler’а 1) былъ найденъ экссудатъ на основаніи мозга, окрупавшиій и стволъ н. oculomotorii. Въ случаѣ Weiss’a 2) найдены грануляціи бугорковаго происхожденія на н. oculomotorius при выходѣ его изъ мозговой ножки. Въ случаѣ Thomsen—Richter’а 3) существовала въ стволѣ глазодвигательнаго нерва фиброздрома.

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

Отмѣтимъ еще одинъ взглядъ на природу периодическихъ параличей глазодвигательнаго нерва, занимающій средину между двумя вышеуказанными мнѣніями. Этотъ взглядъ принадлежит Senator’у 4), по которому периодически возвращающіяся параличи суть функциональнаго происхожденія, тогда какъ периодически обострающіяся параличи—органическаго происхожденія.

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

1) Gubler. Schmidt’s Jahrbuch. Bd. 107 (реф.).
5) Даркшевичъ. Сборникъ статей, посвящ. Кожевникову. Москва. 1890.
функционального происхождения подвергнуто в настоящее время большому сомнению 1). С своей стороны, не отрицая возможности существования параличей глазодвигательного нерва функционального происхождения, я должен сказать, что в пользу такого происхождения их до сих пор не приведено еще достаточного твердых оснований и потому в настоящее время лучше воздерживаться от решительных заключений в этом вопросе до тех пор, пока число вскрытых периодических параличей глазодвигательного нерва будет считаться не единицами только, как в настоящее время.

Обращаясь к нашему случаю, мы должны сказать, что вряд ли можно сомневаться в том, что основа поражения представляет органический характер. Прежде всего в нашем случае не существовало никаких более или менее очевидных явлений истерии, в которой обыкновенно относят происхождение параличей глазодвигательного нерва функционального происхождения. С другой стороны, частичное поражение отдельных глазных мышц и двусторонний характер поражения безусловно исключают всякую мысль о функциональном параличе у нашей больной.

Таким образом наш случай еще раз доказывает, что колебания в силе болезненного процесса, приводящие к временным обострениям и ослаблением глазных параличей, и даже почти полные святые промежутки в их течении возможны и при органической подкладке поражений и ничуть не могут служить признаком функционального поражения.

Остановившись на мысли об органическом поражении в нашем случае, нам предстоит решить вопрос о локализации поражения. Мы знаем, что ophthalmoplegia в отношении локализации поражения может быть разделяна на перифери-
ческую и ядерную. В нашем случае имются данные в пользу локализации поражения в ядрах глазодвигательных нервов. За это говорит с одной стороны двусторонность поражения, с другой — частичный его характер, особенно проявившийся в начале заболевания, и наконец совершенная сохранность чувствительности того и другого глаза. Тот же не менее я бы не рисовал исключать возможности поражения в данном случае обоих глазодвигательных нервов при их выходе из мозговых ножек каким-либо процессом, локализующимся в области мягкой мозговой оболочки на ограниченном пространстве, — тот же болез, что исключалось глазного дна обнаружило гиперемию съетчатки и нервное контурное соска.

Что касается характера болезненного процесса у нашей больной, то в виду постепенного, хотя и довольно остrego, развития болезни мы безусловно можем исключить кровоизлияние; равным образом мы не можем допустить развития размягчения у больной в виду вышеуказанной локализации процесса и колебаний в его течении. Равным образом мы можем совершенно исключить и новообразование, мышль о котором могла бы возникнуть в виду существования у больной в период развития болезни головной боли, головокружения и тошноты. Против него новообразования с рвотностью говорит как факт, что вышеуказанные симптомы обнаруживались у больной лишь временно в первоначальный период развития болезни, в последствии же совершенно прекратились, так как и относительная быстрота в развитии заболевания вслед за полученной травмой, не свойственная вообще новообразованиям, а также отсутствие судорожных явлений и застойного соска.

В виду всех этих данных мы можем остановиться только на предположении, что у нашей больной мы имели дело с воспалительным процессом, паразившим либо область ядер обоих глазодвигательных нервов, либо область мягкой мозговой оболочки при месте выхода из мозговых.
пожекъ глазодвигательныхъ нервовъ. Это предположение находить себѣ полное подтверждение не только въ томъ обстоятельствѣ, что пораженіемъ не захвачены ни чувствительные, ни двигательные проводники конечностей, но и въ сравнительно острымъ развитиѣ болѣзни, сопровождавшимся въ томъ же нѣкоторыми симптомами разраженія въ видѣ головокруженій, головныхъ болей и тошноты, а также общей разражительностью и даже психическімъ угнетеніемъ. Полученная большой травма за двѣ недѣли до появленія болѣзни безъ сомнѣнія могла служить достаточнымъ поводомъ для развитія воспалительного процесса въ упомянутыхъ областяхъ,—тѣмъ болѣѣ, что никакихъ другихъ причинъ, объясняющихъ пораженіе въ нашемъ случаѣ, мы не находимъ. Впрочемъ нельзя отрицать, что перенесенный больною въ раннемъ детствѣ менингитъ, по всей вероятности оставившій послѣ себя нѣкоторые слѣды на мозговыхъ оболочкахъ и подлежащемъ мозговомъ веществѣ, не могъ не служить предрасполагающимъ моментомъ, благодаря которому вліяніе травмы оказалось въ нашемъ случаѣ болѣе дѣйствительнымъ, чѣмъ можно было бы ожидать.

Настоящий случай офтальмоплегія представляетъ особый интересъ въ виду своеобразнаго симптома, на который мы уже выше обратили внимание и которому состоить въ томъ, что больная, у которой обыкновенно глаза остаются прикрытими верхними вѣками, такъ что остается лишь очень узкая глазная щель (фиг. 2), по временамъ смотритъ совершенно правильно съ широко открытыми глазами (фиг. 1). Продолжительное наблюдение надъ больной показало, что это явленіе у больной обнаруживается въ то время, когда она, забывшись и не думая о своей болѣзни, отдыхаетъ совершенно свободному теченію мыслей и когда ея мимика совершенно свободна отъ произвольныхъ движений. Если обратить вниманіе больной на раскрытое состояние ея глазъ, она сама обыкновенно удивляется этому, и нѣкоторое время, пока она еще не прилагаетъ волевыхъ импульсовъ къ раскрытию глазъ, они остаются открытыми;
двусторонний обостроящийся паралич глазных мышц

спустя же короткое время, они вновь прикрываются и больная никакими усилиями воли уже не в состоянии поднять своих век. Но проходить известный период времени и глаза больной вновь при совершенно тых же условиях раскрываются и больная смотрит, как обычно. Она сама замечает, что раскрытие ея глаз происходит совершенно невольно, когда она о своих глазах не думает и так сказать забывается в своей работе. Но как только она обратит внимание на свои глаза и постарается поддержать их раскрытое состояние, то глаза постепенно начинают прикрываться и затым уже ей самой не удается приподнять верхние веки. Очевидно, что временное раскрытие глаз находится в этом случае в прямой зависимости от их психических импульсов. Глаза больной раскрываются путем непроизвольных психических импульсов, тогда как волевые импульсы это раскрытие глаз не подчиняется. Это своеобразное влияние непроизвольных психических импульсов обнаруживалось исключительно по отношению к парализованным верхним векам и вовсе не обнаруживалось по отношению к другим парализованным мышцам, иннервируемым н. oculomotorio.

Вышеописанное явление вполне напоминает собою то, которое мы наблюдаем иногда при центральном параличе n. facialis. В этом случае парализованные лицевые мышцы совершенно не подчиняются воле и произвольно не могут быть сокращаемы, тогда как в волевой подчиняются непроизвольным импульсам и поэтому мимическая игра мышц при этом не нарушается. Только-что описанное явление, наблюдаемое в отношении мышц лица, как известно, при тем к учению, что существует двойного рода иннервация лицевых мышц — произвольная и непроизвольная, из которых каждая имеет свои особые проводники в центральной нервной системе. Это учение получает между прочим полное подтверждение в том факте, что в других истерических случаях наблюдается совершенно обратное явление — именно парез или паралич мимических движений при полной со-
хранности произвольных движений лицевыми мышцами. Таких наблюдений, как известно, сделаны уже цѣлым рядом авторов и вовсе не составляют большой рѣдкости.

Таким образом факт двойственности иннервации лицевых мышц стоит в настоящее время вѣн всѣхъ соображеній. Мы знаемъ вѣдь извѣстной степени даже пути для той и для другой иннервации лицевых мышцъ. Рядъ патологическихъ наблюдений приводить къ выводу, что для произвольной иннервации лицевыми мышцами служитъ нѣкоторая волоконъ, проходящій черезъ задній отдѣлъ внутренней капсулы вблизи ея вѣтвей и спускающийся затѣмъ въ мозговую ножку. Что же касается непроизвольныхъ импульсовъ, то они проводятся по видимому системой волоконъ зрительныхъ бугровъ, какъ показываютъ патологическихъ наблюдений и произведенныя много экспериментальныхъ изслѣдований.

Вышеупомянутое наблюдение видимому не оставляетъ сомнѣнія въ томъ, что для иннервации верхнаго выѣзда имѣется двойное рода иннервация, изъ которыхъ одна служить для волевыхъ импульсовъ, тогда какъ другая предназначена для непроизвольныхъ движений верхнимъ вѣкомъ. Такъ какъ наши выѣзда принимаютъ дѣятельное участіе въ мимической игрѣ мышцъ лица, то существованіе подобной же двойственной иннервации для верхнихъ выѣзда, какъ это имѣется и для мышцъ лица, представляется вполнѣ правдоподобнымъ.

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

Въ заключеніе мы считаемъ необходимымъ обратить внимание на влияніе ртутиыхъ препаратовъ отдѣльно и въ соединеніи съ ъодистымъ калиемъ. Въ нашемъ случаѣ какъ приложеніи въ периодъ первоначального развитія болѣзниыхъ
симптомов, такъ и въ периодъ позднѣйшаго обострѣнія болѣз-неннаго процесса эти назначенія оказали несомнѣнно влияние въ смыслѣ улучшенія болѣзненныхъ явлений, не смотря на то, что никакихъ указаній ни на приобрѣтенный, ни на наслѣд-ственный сифилисъ у больной не существовало, а имѣлись ясные признаки воспалительной основы заболевания. Въ этомъ отношеніи обращаетъ на себя внимание отмѣченное уже лечившимъ больную врачомъ благопрятное дѣйствие на сущес-твующее болѣзненное разстройство рутныхъ препаратовъ. На этомъ случаѣ очевидно подтверждается общее разрѣшающіе дѣйствіе рутныхъ препаратовъ, о которомъ никогда не слѣ-дуетъ забывать, когда имѣется дѣло съ хроническими воспа-лительными процессами.