

## Случай травматической *ophthalmoplegiae internae*.

Ассистента И. И. Русецкого.

Травматический материал поражений нервной системы представляет иногда вниманию исследователя случаи, интересные с то-  
пической и физиологической точек зрения, невольно заставляющие  
сравнивать их с изысканным лабораторным экспериментом. Особенно  
интересны случаи изолированных поражений отдельных нервных  
путей при целости остальных отделов. Описываемый здесь случай  
представляет интерес как по своей топике, так и по происхождению.

3/III 1923 г. в Отделение обратилась за помощью больная.  
Анна Т., 26 лет, с жалобами на понижение зрения левого глаза  
после травмы, имевшей место 2 недели тому назад при следующих  
условиях: вечером, в темноте, больная натолкнулась на дрова, полу-  
чив сильный удар снаружи в правую скуловую кость. Больная по-  
чувствовала сильную боль, кожа на месте травмы оказаласьссажен-  
ною, но потери сознания не было. Т. плохо спала эту ночь из-за  
головной боли. Впоследствии ссадина стала быстро исчезать. На  
3—4-й день после травмы больная заметила у себя, смотрясь в зер-  
кало, резкое расширение левого зрачка. Левый глаз стал затем легко  
уставать,—предметы потеряли ясные очертания. Указанные явления  
и заставили ее обратиться за нашей помощью. Со стороны наслед-  
ственности у больной отмечается алкоголизм по мужской линии  
(отец) и туберкулез: из 6 детей ее родителей 4 умерли в возрасте  
17—22 лет. Сама больная развивалась нормально. *Menses* с 15 лет.  
Замуж вышла 2 года тому назад, имела 1 выкидыш (от падения),  
с 1916 года болеет малярией, в результате которой появились частые  
головные боли.

При объективном исследовании у больной обнаружено следую-  
щее: при полной сохранности наружных глазных мышц имеется  
резкий мидриаз слева, там же отсутствие прямой световой реакции,  
отсутствие содружественной реакции справа налево и, наконец, от-  
сутствие реакции аккомодации и конвергенции с левой же стороны.  
В остальных отделах двигательная и рефлекторная сфера представ-  
ляла лишь невыраженный *tremor digitorum* и небольшое повышение  
сухожильных рефлексов. Корнеальный рефлекс слева был несколько  
понижен. Никаких трофических расстройств со стороны глаз не от-  
мечалось. Чувствительная сфера была без отклонений. При перкус-  
сии лобной кости у пациентки возникало неприятное, болезненное

ощущение в левом глазу. Левый зрачок не реагировал на болевые раздражения. Зрение левого глаза представлялось несколько пониженным,—контуры видимых предметов неясны. Этот глаз, далее, быстро утомлялся при фиксировании предметов. Со стороны симпатической нервной системы отмечались: красный, средней силы дермографизм и положительный рефлекс Dagnini-Aschner'a (ос. d.—18, ос. s.—12). Испытание с пилокарпином (4/III 23) дало среднее потение и слюноотделение (64,0 за 30 мин.), малое учащение пульса (на 12 ударов), обоюдосторонний миоз. Со стороны психики отмечалась некоторая внушаемость. Со стороны внутренних органов имелся обоюдосторонний верхушечный процесс в легких. Исследования крови (29/III 23) на RW и Sachs-Georgi дали отрицательный результат. При исследовании, произведенном 24/III 23 в Глазном Отделении Института проф. В. В. Чирковским и его сотрудниками, обнаружено: острота зрения правого глаза 1,0, левого 0,3, поле зрения не изменено, глазное дно нормально, окраска радужной оболочки левого глаза в состоянии мидриаза приблизительно равномёрна с окраской радужной оболочки правого глаза.

При дальнейшем наблюдении за больной, отмеченные ранее явления остались без изменений. Повторные введения пилокарпина в левый глаз вызывали через 5 минут сужение зрачка, достигавшее сначала диаметра противоположного зрачка (при этом отмечалось субъективно улучшение зрения), а затем и далее—до максимального сужения, когда больной вновь отмечались ухудшение зрения и ломящие боли в глазном яблоке. Миоз длился около 15 минут. При суженном зрачке производились различные болевые раздражения (руки, шея, груди), вызывавшие отчетливый мидриаз правого глаза и не дававшие никакого изменения левого зрачка. Асфиктический эффект задержки дыхания был ясный для правого глаза (мидриаз), отсутствовал на левом. Эзерин также вызывал левосторонний миоз, не изменявшийся от болевых раздражений и задержки дыхания. Под влиянием эзерина отмечалось (11/V 23) неравномерное сокращение левого зрачка, принявшего на 15-й минуте эллипсоидную форму.

Лечение больной состояло в назначении ей пилокарпина и эзерина и ионофорезе раствором иодистого калия (2—5 МА по 5 мин., катод на левом виске). Улучшения от такого лечения, однако, не получилось.

Травма, являющаяся этиологическим моментом в данном случае, произвела, повидимому, ограниченное кровоизлияние на противоположной стороне, т.е. другими словами, мы имели дело с гёморрагией *par contre coup*. Этим кровоизлиянием была нарушена целостность проводящих нервных путей для мышц левого зрачка.

Вопрос об иннервации движений зрачка, в одинаковой степени интересный для офтальмолога и невропатолога, имеет большую клиническую и экспериментальную литературу, охватывающую более двух веков. Из многочисленных работ, касающихся этого вопроса, мне хотелось-бы отметить исследования Н. А. Миславского, В. В. Чирковского и Браунштейна.

Движения зрачка могут быть представлены схематично двумя рефлекторными дугами. Одна из них—миотического действия (n. II—corp. quadrig. ant.—nucl. n. III—ggl. ciliare—nn. ciliares breves—m. sphincter iridis) и другая—мидриатического (раздражения sensorium commune—centr. ciliospinale—ggl. cerv. sup.—nn. cil. longi—m. dilatator iridis). Дуги эти объединены корковым влиянием, тормозящим первую рефлекторную дугу и активирующим вторую (двойное влияние коры, Н. А. Миславский, 1887, 1903). Вторая дуга, мидриатического действия, позволила некоторым авторам сравнивать зрачек с эстезиометром (Schitt et Foa, 1875). Необходимо учитывать и местную автоматию зрачка,—факт, отмеченный не только для хладнокровных, но и для млекопитающих животных и связанный, повидимому, с явлениями Blutreiz (Lewandowsky, 1900).

В данном клиническом случае осталась сохраненной начальная часть рефлекторной дуги миотического действия (существование содружественной реакции направо, сохранение зрения) и нарушенным—путь от мелкоклеточных ядер к левому зрачку. Ввиду отсутствия явлений выпадения со стороны n. III sin. поражение представляется возможным локализовать или в самом ggl. ciliare sin., в который непосредственно переходят суживающие зрачек волокна из ствола n. III, или же в выходящих из него nn. ciliares breves. Вторая рефлекторная дуга, мидриатического действия, при целости начальной ее части (чувствительные ощущения), ganglionis cervic. sup. (отсутствие других симпатических признаков), поражена также в своей конечной части, вероятнее же всего—по смежности с поражением первой рефлекторной дуги, в nn. ciliares longi. Является местом поражения ggl. ciliare с проходящими рядом nn. ciliares longi, или же поражены все ресничные нервы en masse впереди от ggl. ciliare в участке их объединенного пробега (до расхождения),—установить это затруднительно.

---