

34
92

611-0188



Никаким количеством
кучишному отъ абр...
7/10 1907.



Схема хода волоконъ лицевого нерва *).

Приг.-доц. А. М. Лежковского.

Въ центральной нервной системѣ, въ спинномъ и головномъ мозгу, ходъ различныхъ нервныхъ пучковъ и взаимное отношеніе нервныхъ клетокъ представляетъ очень разнообразную и весьма сложную картину. Строепіе всѣхъ нервныхъ волоконъ въ общемъ одинаково, и поэтому выдѣлить какую-либо одну систему нервныхъ путей, одной физиологической функціи, и прослѣдить эту систему отъ коры мозга до конечныхъ развѣтвленій составляетъ трудную задачу. На пути волокна перешлепаются, перекрещиваются и теряются на мѣстѣ окончанія одного нейрона и начала другого. Поэтому при изученіи системъ нервныхъ волоконъ мы нерѣдко должны признать, что въ общей опредѣленной цѣпи нейроновъ одно звено, одинъ промежуточный нейронъ или только намѣченъ, или же совсѣмъ неизвѣстно, гдѣ онъ проложилъ себѣ путь. Не смотря на эти неизбежныя пробѣлы, внутреннее строепіе центральныхъ нервныхъ органовъ служить теперь предметомъ обширныхъ специальныхъ изслѣженій съ большими подробностями. Новые методы изслѣдованія позволили расширить эти подробности до мельчайшихъ тонкостей микроскопической структуры нервныхъ элементовъ, т. е. клетокъ и ихъ отростковъ. Все то, что добыто трудами прежнихъ и новыхъ изслѣдователей въ этомъ направленіи, вышло въ настоящее время въ стройное ученіе, настолько объемистое, что имѣть постоянно въ памяти и въ ясномъ и отчетливомъ представленіи всѣ запутанныя отношенія мелкихъ, но важныхъ по функціи частей, какъ мнѣ кажется, нѣтъ возможности. По специальнымъ вопросамъ въ частностяхъ приходится часто дѣлать литературныя справки, чтобы восстановить въ памяти забытое. Такія справки тѣмъ болѣе необходимы, что детали въ строеніи центральной нервной системы, по

*) Сообщено въ засѣданіи Харьковскаго Медицинскаго Общества 2-го декабря 1906 г.

ХАРЬКОВСКИЙ

7

мѣръ накопленія новыхъ фактовъ, наблюденій и изслѣдованій, могутъ измѣняться иногда значительно, сообразно съ новыми воззрѣнiями.

Въ дѣлѣ изученія сложнаго строенiя центральной нервной системы и болѣе легкаго запоминанiя залутанныхъ отдѣловъ ея большую помощь приносятъ схемы, представляющiя отношенiя частей въ упрощенномъ видѣ. Схема построена болѣе грубо, не соответствуетъ съ фотографической точностью дѣйствительному строенiю мозга, но, отмѣчая рѣзкiя черты, она способствуетъ выясненiю и мельчайшихъ подробностей. Съ схемой въ рукахъ мы проникаемъ въ труднѣйшую для изученiя область, какъ-бы запасаемся географической картой, когда хотимъ пройти дремучий лѣсъ, гдѣ отмѣченныя рѣзкiя неровности почвы или другiя примѣты позволяютъ намъ найти и мало протоптанныя тропинки, не уклонившись въ незнакомыхъ дебряхъ ни въ ту, ни въ другую сторону.

Такая путеводительная схема особенно нужна при распознаванiи мѣста заболѣванiя лицевого нерва. Параличъ этого нерва — самый частый изолированный параличъ изъ всѣхъ встрѣчающихся въ области черепныхъ нервовъ. Заболѣванiя нерва касаются многихъ специальностей и болные могутъ встрѣчаться во всякихъ амбулаторiяхъ. Вотъ почему я и рѣшился свои литературныя справки, по поводу нѣкоторыхъ бывшихъ у меня случаевъ и наблюденiй, доложить въ Медицинскомъ Обществѣ, гдѣ имѣются представители практической и научной медицины по всемъ специальностямъ. Мой докладъ можетъ встрѣтить здѣсь обстоятельное обсужденiе. Приступая къ разсмотрѣнiю вопроса о ходѣ волоконъ лицевого нерва, замѣчу, что я занялся имъ тѣмъ съ большой охотой, что нѣкоторые темныя стороны этого вопроса въ послѣднее время отчасти выяснены, благодаря трудамъ русской школы невропатологовъ, именно проф. В. М. Бехтерева и его учениковъ.

Заболѣванiя въ разныхъ мѣстахъ на всемъ протяженiи волоконъ, принадлежащихъ лицевому нерву, встрѣчаются при *luetica*. На основанiи мозга, кромѣ менингитовъ, опухолей и разстройствъ кровообращенiя, параличъ лицевого нерва можетъ быть вызванъ чисто хирургическимъ заболѣванiемъ. Переломъ черепа на основанiи и трещины затрoгиваютъ вмѣстѣ съ другими нервами и даже чаще другихъ и *perigus facialis*. Съ перваго взгляда казалось-бы, что о такихъ заболѣванiяхъ не слѣдуетъ говорить, они слишкомъ тяжелы и ведутъ неминуемо къ смерти, когда не приходится уже

жалеть только о пораженiи лицевого нерва. На дѣлѣ-же оказывается не такъ. Въ Ганноверской больницѣ Van Nes ¹⁾ наблюдали 82 случая перелома черепа на основанiи. Изъ нихъ въ 17 были задѣты нервы основанiя. Изъ послѣднихъ только 2 были съ смертельнымъ исходомъ, остальные 15 поправились, конечно относительно.

Въ дальнѣйшемъ ходѣ на основанiи черепа лицевой нервъ, вмѣстѣ съ слуховымъ нервомъ, вступаетъ во внутренней слуховой проходъ, вскорѣ отдѣляется отъ слухового нерва и входитъ въ назначенный для него Фаллопиевъ каналъ. Здѣсь почти до самаго выхода нерва изъ черепа въ шило-сосцевидномъ отверстiи онъ лежитъ рядомъ съ барабанной полостью, отграниченный отъ нея тонкой костной пластинкой. Сообщение поддерживается въ добавокъ отверстиемъ для нервною вѣточки, идущей отъ лицевого нерва къ *m. stapedi* и отверстиемъ для кровеносныхъ сосудовъ. Такимъ образомъ всевозможные воспалительные процессы и другiя болѣзненные измѣненiя въ барабанной полости могутъ переходить на сосѣднiй лицевой нервъ. Слѣдовательно, весь путь отъ выхода *p. facialis* изъ вещества мозга и до выхода его изъ полости черепа представляетъ диагностическiй интересъ для специалистовъ по ушнымъ болѣзнямъ.

Наконечъ при периферическомъ параличѣ лицевого нерва глазъ не закрывается и засарывается, конъюнктивита воспаляется. Больные должны обращаться къ глазнымъ врачамъ. Многие болные и безъ конъюнктивита приходятъ прежде всего къ офтальмологамъ, такъ-какъ разстройства въ области движенiя вѣкъ для нихъ болѣе всего очевидны.

Для распознаванiя периферическихъ пораженiй лицевого нерва, т. е. послѣ выхода *p. facialis* изъ мозгового вещества, мы имѣемъ давно, уже нѣсколько десятковъ лѣтъ, схему извѣстнаго невропатолога, Гейдельбергскаго проф. Егль'a. Эта схема вошла во все руководство по нервнымъ болѣзнямъ и сослужила великую службу въ нашей наукѣ. Но, какъ мы увидимъ поздиѣ, значенiе нѣкоторыхъ частей этой схемы съ теченiемъ времени утратилось, благодаря новымъ изслѣдованiямъ, и она если теперь и можетъ быть руководствомъ въ научныхъ наблюденiяхъ, то только съ нѣкоторыми оговорками. Во вторыхъ, въ схемѣ нужно видѣть ходъ воло-

¹⁾ Van Nes. Ueber Schädelbasisbrüche: Lähmung d. Gehirnnerven. D. Zeit. Chir. Bd. 44. O параличахъ черепныхъ нервовъ при переломахъ основанiя черепа. Общереи нехиатрин. 1899. № 1. Стр. 57.

конь лицевого нерва въ щѣлости, начиная отъ мозговой коры. Все то, что патолого-анатомъ вынимаетъ изъ черепа при вскрытіи, не подлежитъ изображенію на извѣстной всѣмъ схемѣ Erb'a. Для нея назначенъ только тотъ отрѣзокъ лицевого нерва, который остается въ кости, въ черепѣ. Правда, громадное большинство заболѣваній п. facialis есть периферическіе параличи, исключая тѣ центральные параличи, которые бываютъ какъ сопутствующее явленіе при гемиплегіи и которые также встрѣчаются довольно часто. Та-же небольшая часть поражений лицевого нерва—корковыхъ, надъядерныхъ, ядерныхъ и подъядерныхъ—представляетъ больній научный интерес, такъ-какъ касается области менѣе изслѣдованной и случаи центральныхъ заболѣваній п. facialis, если они не сопровождаются гемиплегіей, все описываются въ иностранной литературѣ въ надеждѣ, что при накопленіи фактовъ больше намъ будетъ известна та темная область, гдѣ проходятъ волокна лицевого нерва въ мозговомъ веществѣ. Затѣмъ при распознаваніи периферическихъ параличей п. facialis мы должны имѣть въ виду и явленія параличей центральныхъ, должны точно установить дифференціальную диагностику того и другого заболѣванія, а для этого у насъ должна быть подъ руками и схема отношений центральныхъ волоконъ лицевого нерва къ соседнимъ частямъ.

Область распространения развѣтвленій лицевого нерва, какъ извѣстно, составляютъ мимическія мышцы лица. Всѣ видимыя движенія на лицѣ управляются этимъ нервомъ, исключая жевательныхъ движеній и движеній глазного яблока. Въ распредѣленіи нерва различаютъ двѣ существенныя части: верхняя часть лицевого нерва—facialis superior—и нижняя часть лицевого нерва—facialis inferior. Въ завѣдываніи верхней части находятся мускулы: frontalis, corrugator supercilii и orbicularis orbit.; въ завѣдываніи нижней—все остальные мускулы. Извинюсь, что повторяю слишкомъ извѣстныя всѣмъ данныя, но это необходимо было сдѣлать, такъ-какъ все это имѣетъ большое значеніе для схемы.

Движенія на лицѣ бываютъ разнообразны и въ огромномъ большинствѣ двусторонни, т. е. совершаются въ одинаковой степени и одновременно на обѣихъ половинахъ лица въ области однихъ и тѣхъ-же мышцъ. Нѣкоторые изъ произвольныхъ движеній мы можемъ вызвать и на одной сторонѣ лица, напримѣръ: поднять уголокъ рта, закрыть одинъ глазъ, но такихъ движеній, повторяю, немного и достаются они намъ съ большимъ напряженіемъ,

съ трудомъ. Другія произвольныя движенія мы можемъ вызвать только на обѣихъ сторонахъ лица. Лобный мускулъ, напримѣръ, всегда въ нормальныхъ случаяхъ долженъ сокращаться двусторонне. Сдѣлать произвольно морщины на одной половинѣ лба мы уже никакъ не можемъ, какъ-бы ни старались. Сблизить произвольно брови между собою, т. е. исполнить работу corrugatoris supercilii также возможно только на обѣихъ сторонахъ. Можетъ быть и встрѣчаются субъекты, способные исполнить такія произвольныя движенія и односторонне, но они будутъ уже составлять исключеніе. Эти произвольныя двустороннія движенія на лицѣ и съ теоретической точки зрѣнія должны имѣть двустороннюю иннервацию. Они должны имѣть особые нервные приводы, устанавливающіе полное согласованіе движеній на обѣихъ сторонахъ. На основаніи данныхъ, которыя будутъ изложены потомъ, я представляю себѣ двустороннюю иннервацию, напримѣръ, для m. frontalis въ слѣдующемъ грубо-схематическомъ видѣ.—см. рис. 1. Пучекъ во-

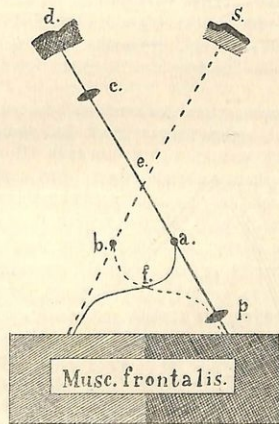


Рис. 1.

локонъ лицевого нерва идетъ отъ коры мозга праваго полушарія „d“ къ лѣвой половинѣ m. frontalis, перекрещиваясь по пути съ

таким-же пучкомъ изъ лѣвой гемисферы „s“. Послѣ перекреста онъ развѣтвляется еще на два пучка: большій пучекъ продолжаетъ путь по принятому раньше направленію къ лѣвой половинѣ лобной мѣшцы, а меньшій пучекъ, отдѣлившись при „a“, переходитъ среднюю лінію, присоединяется къ пучку противоположной стороны и сливается съ нимъ. На схемѣ это сдѣлано для ясности различія пучковъ нарисовано двумя чертами, идущими рядомъ. Образуется, слѣдовательно, два перекрестка: верхній полный и болѣе массивный „e“, нижній частичный „f“, въ которомъ участвуетъ гораздо меньшее количество волоконъ. При этихъ условіяхъ, если пораженіе локализируется въ „с“, какъ это бываетъ при центральныхъ параличахъ, то полного паралича *m. frontalis* не послѣдуетъ, такъ-какъ лѣвая половина мускула получаетъ немного меньшую иннервацию отъ пучка противоположной стороны, отходящаго отъ него при буквѣ „b“. На мѣстѣ „a“ и „b“ находятся оба ядра *n. facialis*. Если-же пораженіе локализируется на периферіи при буквѣ „р“, то параличь лѣвой половины *m. frontalis* будетъ полный, такъ-какъ и главный пучекъ и вспомогательный здѣсь сливаются и одинаково страдаютъ отъ пораженія. Эта схема вполнѣ объясняетъ, почему при гемиплегіяхъ верхній *facialis* остается неповрежденнымъ.

Кромѣ произвольныхъ движеній въ области лицевого нерва, существуютъ еще рефлекторныя движенія, которыя могутъ быть какъ односторонними, такъ и двусторонними. Примѣромъ односторонняго рефлекторнаго движенія можетъ быть сокращеніе *m. orbicularis oculi* одной стороны при постукиваніи по скуловой дугѣ, какъ это описалъ проф. В. М. Бехтерев¹⁾. Примѣромъ двусторонняго движенія можетъ служить миганіе глазъ.

Затѣмъ большой отдѣлъ движеній, управляемыхъ лицевымъ нервомъ, составляетъ мимику лица. Въ этихъ движеніяхъ, болѣею частью двустороннихъ, мы должны установить нѣкоторые различія. Мимика можетъ быть произвольной, подражательной, дѣланной. Съ другой стороны, мимика можетъ быть невольнымъ выраженіемъ тѣхъ душевныхъ движеній, которыя переживаются человекомъ. Это есть въ собственномъ смыслѣ эмоціональныя движенія, которыя выражаютъ радость, печаль, гнѣвъ и т. д. Высшіе корковые цен-

тры и провада для этихъ двухъ родовъ движеній вѣроятно различны. Средній актеръ, стараясь развить свою мимику, достигаетъ иногда такихъ успѣховъ, что можетъ по произволу вызывать разнообразныя выраженія лица, устраивать различныя гримасы, но не въ этомъ состоитъ задача искусства. Талантливый артистъ не долженъ думать о произвольной мимикѣ, онъ долженъ проникнуться тѣми чувствами, которыми надѣлалъ авторъ героя и тогда душевная жизнь этого героя невольно выразится на подвижномъ лицѣ артиста по мѣрѣ развитія драмы. Тѣмъ болѣе это возможно, что крупные артисты часто обладаютъ впечатлительностью, доходящей до болѣзненности. Поэтому-то игра того артиста, который прочувствовалъ и создалъ роль, всегда производитъ болѣе впечатлительное, чѣмъ игра подражателя, скопированнаго оригиналь хотя-бы до мельчайшихъ подробностей. Неуловимая разница со стороны мимики здѣсь состоитъ въ томъ, что у перваго артиста мимику составляютъ эмоціональныя движенія, вызываемыя переживаемыми душевными волненіями, у втораго артиста мимикой будетъ рядъ заученныхъ произвольныхъ движеній въ области лицевыхъ мышцъ. Выраженія, что мимика лица есть „языкъ чувствъ“ и что „лицо есть зеркало души“ нужно скорѣе относить къ эмоціональнымъ движеніямъ, чѣмъ къ произвольной мимикѣ.

Послѣ этихъ предварительныхъ соображеній я позволю себѣ перейти къ разсмотрѣнію предлагаемой здѣсь схемы хода волоконъ лицевого нерва.

Большая часть волоконъ этого нерва состоитъ повидимому только изъ двухъ нервовъ: центрального и периферическаго. Клетка центральнаго нерва лежитъ въ корѣ головного мозга, осевой цилиндръ ея, составляющій нервное волокно, оканчивается въ ядрѣ *n. facialis*, гдѣ имѣетъ контактъ, т. е. соприкасается съ периферическимъ нервомъ. Клетка периферическаго нерва лежитъ въ ядрѣ *n. facialis*, а нервное волокно, исходящее изъ клетки, оканчивается уже въ мышцѣ лица. Коровый центръ лицевого нерва занимаетъ небольшое мѣсто въ нижней части передней центральной извилины и отчасти задней центральной извилины. По общепринятому въ настоящее время мнѣнію центры для верхняго и нижняго лицевого нерва лежатъ отдѣльно, одинъ надъ другимъ, какъ это представлено на рисункѣ въ изданномъ 1904 г. французскомъ руководствѣ къ болѣзнямъ нервной системы д-ра Maurice

¹⁾ Проф. В. М. Бехтеревъ. О рефлексахъ въ области лица и головы. Обзор. неих. 1901. Стр. 552—555.

de Fleury¹⁾. Нужно предположить, что оба центра лежат, хотя отдельно, но близко друг к другу, „почти рядом“²⁾. Отдельное положение этих двух центров необходимо допустить, так-как клинические наблюдения указывают, что отправления обеих частей n. facialis совершаются не при одинаковых условиях и при центральных поражениях нерва обѣ части страдают также неодинаково. Здесь,—см. рис. 2,—я указываю корковые центры в правом полушарии, откуда идут волокна для лѣваго лицевого нерва. Схема Егб'а нарисована для лѣваго лицевого нерва. Для сравнения съ этой схемой я также долженъ былъ взять для своего рисунка лѣвый лицевой нерв.

Рис. 2. Кора мозга, ствѣра ядра большого мозга и периферическая часть лицевого нерва начерчены съ некоторыми изменениями на основании рисунковъ van Gehu'sten'a. Membr. inf.—корковый центр для нижней конечности; membr. sup. корковый центр для верхней конечности; fac. sup. и fac. inf.—корковые центры для верхняго и нижняго facialis; cls.—claustrum; n. l.—nucleus lenticularis; c. a. c.—cauda nuclei caudati; th. o.—thalamus opticus; p. V.—pons Varolii; m. ob.—medulla oblongata; e.—верхний, полный перекрестъ волоконъ лицевыхъ нервовъ; f.—нижний, частичный, обратный перекрестъ волоконъ лицевыхъ нервовъ; gen. fac.—genou facialis; n. a.—nucleus n. abducentis; n. fac.—nucleus n. facialis; d. pyr.—decussatio pyramidum; ner. fac.—nervus facialis; n. Wr.—nervus Wisbergii; gg. gen.—ganglion geniculi; n. stp.—nervus stapedius tr. st.—m.—foramen stylo-mastoideum; n. a. p.—nervus auricularis posterior profundus; n. Jacobs.—nervus Jacobsonii; n. trg.—nervus trigeminus; gg. Gass.—ganglion Gasserii; n. ophth.—nervus ophthalmicus; n. max. sup.—nervus maxillae superioris seu nervus supra-maxillaris; gg. sph.—pat.—ganglion spheno-palatinum; n. max. inf.—nervus maxillae inferioris seu nervus infra-maxillaris; gg. ot.—ganglion oticum; n. masset.—nervus massetericus; n. bucc.—nervus buccinatorius; n. den. inf.—nervus mandibularis; n. myl.—hyoid.—nervus mylo-hyoideus; n. ling.—nervus lingualis; gg. sub.—maxill.—ganglion submaxillare; n. p. s. major—nervus petrosus superficialis major; n. p. s. minor—nervus petrosus superficialis minor; chorda tympani.

Волокна лицевого нерва, получивъ свое начало изъ клѣтокъ коры мозга, собираются въ видѣ дучей въ два пучка, идущихъ рядомъ: наружный пучекъ для нижняго facialis, внутренний для верхняго. Съ внутренней стороны послѣдняго къ нимъ присоединяется массивный двигательный пучекъ для руки и ноги и для

¹⁾ Maurice de Fleury. Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux. Paris. 1904. P. 204. Fig. 80.

²⁾ Ch. Mirallié. De l'état du facial superior et du moteur oculaire commun dans l'hémiplegie organique. Arch. de Neurol. № 37, 1899. Объ измененияхъ верхняго facialis а и глазодвигательнаго нерва при гемиплегиахъ. Обзор. псих. 1901. Стр. 44.

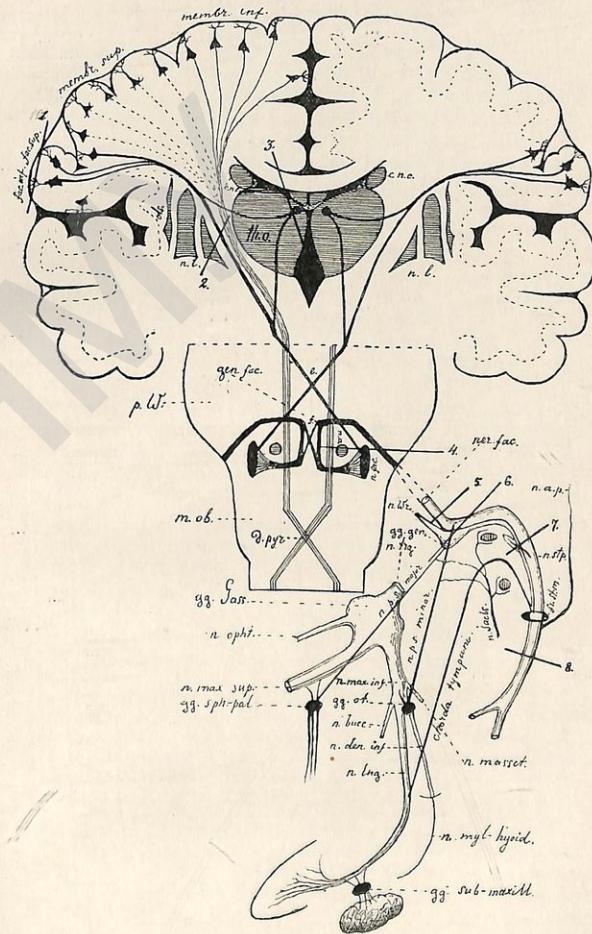


Рис. 2.

всей левой половины тела. Все эти пучки идут вместе во внутренней капсуле, в ножке мозга и в начале Варолиева моста. Во внутренней капсуле пучки п. facialis лежат впереди двигательного пирамидального пучка. В ножке мозга все эти пучки идут в основании ножки сначала несколько внаружи от середины, а потом посредине основания ножки. Пучки лицевого нерва в верхней половине моста поворачивают внутрь для перекреста с такими-же пучками противоположной стороны, пирамидальный-же пучек для конечностей идет теперь один по прямому пути и перекрещивается ниже в продолговатом мозгу ¹⁾.

Необходимо сделать некоторую оговорку. Ход пучков для лицевого нерва от коры до ядер в том виде, как изображен на этой схеме, представляется очень простым. По Mirallié ²⁾ необходимо допустить подобное распределение пучков. Но не все невропатологи держались такого мнения. Другие предполагали, что один пучек для нижнего facialis идет вместе с пирамидальными путями. Второй пучек для верхнего facialis, по последнему мнению, прорывает более сложный путь в петлевом слое, как это описано у проф. В. М. Бехтерева ³⁾. Студенты Н. и И. Асписовы вырывали у собак корковый центр для верхнего facialis, центр, заведующий замыканием глаза. При исследовании мозгов после опытов они находили нисходящее перерождение пучков во внутренней капсуле, в мозговой ножке, в пирамидальных путях той-же стороны. Только незначительное количество перерожденных волокон они находили во внутренней петле и эти волокна они считали за чувствительные ⁴⁾.

Capula interna получается полностью только при разрыве головного мозга в горизонтальной плоскости. Передняя ножка ее

¹⁾ Левковскій. О двустороннем параличе лицевого нерва (Diplegia facialis). Обзорные лекции. 1900. Стр. 886.

²⁾ Ch. Mirallié. De l'état du facial superior et du moteur oculaire commun dans l'hémiplégie organique. Arch. de Neurol. № 37, 1899. Обь поврежденных верхнего facialis'a и глазодвигательного нерва при гемиплегиях. Обзор. псих. 1901 Стр. 44.

³⁾ Проф. В. М. Бехтеревъ. Проводящие пути спинного и головного мозга. С.-Петербургъ. 1896. Часть I. Стр. 354—355.

⁴⁾ Докладъ студентовъ Н. и И. Асписовыхъ въ научномъ собраніи врачей клиники проф. В. М. Бехтерева. Къ вопросу о локализациі корковыхъ центровъ п. facialis и о центральныхъ проводникахъ верхней ветки его. Обзор. псих. 1900. Стр. 302—303.

образуется промежуточной полосой белого мозгового вещества между сфрми ядрами мозга *nuclei caudati* и *nuclei lenticularis*. Задняя ножка состоит из белой полосы между *thalami optici* и *nuclei lenticularis*. Обѣ ножки, сходясь въ такъ называемомъ колѣнѣ внутренней капсулы, образуютъ уголь открытый кнаружи, къ боковой поверхности мозга. Въ верхнихъ частяхъ мозга пучекъ для лицевого нерва вмѣстѣ съ пучкомъ для другого двигательнаго черепного нерва, *n. hypoglossi*, лежитъ въ колѣнѣ¹⁾. По мѣрѣ прохождения пучка внизъ онъ все болѣе и болѣе подвигается къзади, къ срединѣ задней ножки капсулы. Вмѣстѣ съ тѣмъ передвигается также и идущій позади него пирамидальный пучекъ²⁾.

На нашемъ рисункѣ внутренняя капсула перерѣзана въ вертикальной плоскости, только черезъ заднюю ножку капсулы, гдѣ головка *nuclei caudati* и передняя ножка капсулы остались впереди разрѣза. Вверху рисунка, надъ *thalamus opticus* перерѣзанъ и представляется въ видѣ маленькаго кружка только хвостъ *nuclei caudati*, который загибается къзади и проходитъ здѣсь. По направлению снаружи внутрь мозга мы встрѣчаемъ здѣсь слѣдующія образования: *claustrum*—отрада.—*nucleus lenticularis* и *thalamus opticus*. Между послѣдними проходятъ сверху внизъ нѣсколько въ косомъ направленіи занимающіе часть двигательные пучки. *Thalamus opticus* на горизонтальномъ разрѣзѣ въ переднихъ двухъ третяхъ состоитъ въ свою очередь изъ трехъ сфрми ядеръ: передняго—*nucleus anterior*, срединнаго—*n. medialis* и бокового—*n. lateralis*. Задняя треть *thalami optici* составляетъ такъ называемый *pulvinar thalami optici*³⁾. Нѣкоторые, какъ напримѣръ *Monakow*, дѣлятъ *thalamus opticus* на большее число ядеръ и подраздѣляютъ послѣднія еще на нѣкоторые меньшіе отдѣлы⁴⁾, но для нашихъ цѣлей такія подробности не требуются.

¹⁾ Ch. Mirallié l. c.

Obersteiner. Руководство къ изученію строенія нервной системы. Переводъ Стурцеда подъ редакціей Чернышева. Москва. 1897. Стр. 403.

Проф. В. М. Бехтеревъ. Проводящіе пути спинного и головного мозга. С.-П.-Б. 1898. Часть 2. Стр. 147.

Атласъ и таблицы *Strümpell-Jacob'a*.

²⁾ *Strümpell*. Учебникъ частной патологіи и терапіи. Переводъ Орбичина. С.-П.-Б. 1895. Т. III. Стр. 61.

³⁾ Атласъ и таблицы *Strümpell-Jacob'a*

⁴⁾ В. М. Бехтеревъ l. c. Часть 2. Стр. 195—196.

Давно было замѣчено, что „разстройство въ выраженіи лица“ зависитъ отъ поврежденія заднихъ частей обоихъ зрительныхъ бугровъ—*Eisenlohr*¹⁾. При этомъ наблюдалось также и пониженіе рефлексой вообще. Проф. В. М. Бехтеревъ на основаніи своихъ опытовъ на животныхъ и на основаніи нѣкоторыхъ патологическихъ наблюдений пришелъ къ заключенію, что зрительнымъ буграмъ принадлежитъ двигательная функція. Сюда относятся непроизвольныя движенія внутреннихъ органовъ—сердца, желудка и проч.—а также непроизвольныя движенія при нашихъ чувствованіяхъ и душевныхъ волненіяхъ. Внезапныя перемѣны въ настроеніи получаютъ свое выраженіе въ такъ-называемыхъ аффективныхъ движеніяхъ или психо-рефлексахъ, только благодаря цѣлости центровъ, находящихся въ зрительныхъ буграхъ. Этимъ сфрми буграмъ приписывается также управленіе сложными рефлекторными движеніями въ различныхъ частяхъ тѣла, не исключая и внутреннихъ органовъ²⁾. Рефлексы получаютъ вслѣдствіе раздраженія на периферіи: на кожѣ и въ специальныхъ органахъ чувствъ³⁾. На основаніи такого заключенія проф. В. М. Бехтерева можно предполагать, что рефлекторное движеніе вѣтъ,—миганіе,—находится въ зависимости отъ функціи зрительныхъ бугровъ. Раздраженіе передается здѣсь отъ глазъ, какъ изъ специальныхъ органовъ чувствъ. Опыты проф. В. М. Бехтерева на животныхъ показали, что центры для эмоциональныхъ движеній въ *thalamus opticus* можетъ функционировать и самостоятельно, безъ зависимости отъ корковыхъ центровъ. Животныя, лишеныя оперативно коры двигательной области, могли проявлять движенія, несомнѣнно вызванныя внутреннимъ состояніемъ, именно: они умѣли обнаруживать движенія злости, ласки и т. п. Съ другой стороны эти-же опыты указали, что связь коры съ зрительными буграми все-таки необходимо допустить, такъ какъ послѣ разрушенія коры подвергается нисходящей атрофіи нервные пучки, идущіе отъ коры къ зрительному бугру: двигательные пучки, ножки зрительнаго бугра. Атрофируются также и сфрми ядра *thalami optici*⁴⁾.

¹⁾ *Gowers*. Руководство къ болѣзнямъ нервной системы. Переводъ Орбичина. С.-П.-Б. 1896. Т. 2. Стр. 312—313.

²⁾ В. М. Бехтеревъ l. c. Часть 1. Стр. 165—166.

³⁾ В. М. Бехтеревъ l. c. Часть 2. Стр. 179, 272—274.

Клиническія наблюденія вполнѣ подтверждаютъ, что точно такое же устройство этихъ путей существуетъ и у человека. Mitchell¹⁾ на основаніи своихъ двухъ наблюденій *tic douloureux* предполагаетъ между прочимъ, что врожденно п. *facialis* и *thalamus* имѣютъ между собою связь. Проф. Kirchoff опубликовалъ одно подтвержденное вскрытіемъ наблюденіе, которое согласовалось во всѣхъ подробностяхъ съ изложенными взглядами проф. В. М. Бехтерева на значеніе *thalami optici* для эмоціональных движеній лица. Наблюденіе относилось къ одному переплетчику, раньше въ общемъ совершенно здоровому. Въ возрастѣ 43 лѣтъ онъ упалъ съ высокаго дерева и отъ сильнаго удара пролежалъ около шести недѣль безъ сознанія. Оправился медленно. Врачами былъ поставленъ діагнозъ сотрясенія мозга. Послѣ относительнаго выздоровленія у больного осталась психическая слабость и по временамъ онъ не могъ работать совершенно. Черезъ годъ онъ совершилъ преступленіе въ сообщничествѣ съ женой: поджогъ для полученія страховой преміи. Оправданъ по невмѣяемости и отданъ подъ опеку. Черезъ 11 лѣтъ большой отданъ въ больницу. Объективно было обнаружено: парезъ лѣваго лицевого нерва, лицо было вообще малоподвижно, наблюдался парезъ лѣвой руки и ноги съ легкими контрактурами. Лѣвая половина лица не участвовала въ эмоціональных мимикъ, напримѣръ при смѣхѣ во время аффекта, между тѣмъ какъ при произвольныхъ мимическихъ движеніяхъ, дѣланныхъ по просьбѣ врача, разница на обѣихъ половинахъ лица сглаживалась. Черезъ семь лѣтъ больной умеръ. Въ концѣ жизни былъ неопытенъ и обнаруживалъ признаки нарастающаго слабоумія. При вскрытіи оказалось, что верхняя часть правой передней центральной извилины уплощена. Мягкая оболочка надъ правой двигательной областью вздута. Желудочки расширены. Кромѣ того, въ правомъ зрительномъ бугрѣ было гнѣздо размягченія въ два сантиметра длины и одинъ ширины. Гнѣздо занимало все срединное, такъ-называемое медиальное ядро *thalami optici* и затронуло отчасти колѣно внутренней капсулы, головку хвостатаго ядра и верхнюю треть чечевичнаго ядра. Это краткое описаніе, въ виду его интереса, мною взято почти пол-

¹⁾ John Mitchell. Cases of trigeminal spasm: resection-probable presence of sensory fibres in the seventh nerve. Journ. of nerv. and ment. dis. № 6. Случай невралгіи тройничнаго нерва, резекція—врожденность существованія чувствительныхъ волоконъ въ nervus facialis. Обзорніе психіатр. 1899. Стр. 318.

ностью изъ реферата, помѣщеннаго въ Обзорніи психіатр. 1902 г. ¹⁾. По этому наблюденію центръ для эмоціональной мимики у человека указанъ еще точнѣе, именно: медиальное ядро *thalami optici*.

Borst²⁾ наблюдалъ подобный случай, окончившійся также вскрытіемъ и подробнымъ общимъ патолого-анатомическимъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Этотъ случай дополняетъ по патолого-анатомической картинѣ сообщеніе Kirchoff'a. Здѣсь *capsula interna*, *nucleus lentis* и *nucleus caudatus*, задѣтые въ случаѣ Kirchoff'a, были нетронуты. Двѣ опухоли, — аденоматозныя цилиндроклѣточные эпителиомы, — въ случаѣ Borst'a, по одной въ бѣломъ веществѣ каждаго полушарія, вызвали многія измѣненія въ головномъ мозгу и разнообразныя разстройства при жизни больного. Въ числѣ этихъ измѣненій лѣвая большая опухоль выпячивала вентрально третьяго желудочка снизу и снизу и сдавливала заднія части и медиальное ядро лѣваго *thalami optici*. При жизни это сказалось правостороннимъ психо-рефлекторнымъ параличемъ лицевого нерва. Мнѣніе проф. Бехтерева о зависимости такъ-называемыхъ психо-рефлекторныхъ движеній въ лицѣ отъ функций заднихъ частей зрительныхъ бугровъ теперь подтверждается цѣлымъ рядомъ другихъ клиническихъ наблюденій: Nothnagel'a, Rosenbach'a, Gowers'a и Кирилъцева.

На основаніи всего вышележеннаго путь для эмоціональных движеній лица представленъ на моей схемѣ (см. рис. 2) слѣдующимъ образомъ. Отъ верхняго и нижняго корковаго центра лицевого нерва волокна сходятся вѣрстѣ и направляются къ срединному ядру *thalami optici*. Здѣсь начинается новый, до нѣкоторой степени самостоятельный нейронъ, волокно котораго идетъ къ ядру п. *facialis*. Послѣднія волокна по Obersteiner'у проходятъ въ покрывкѣ мозговой ножки ³⁾. По Borst'у ²⁾, на основаніи патолого-анатомическаго изслѣдованія бывшаго подъ его наблюденіемъ случая, эти волокна идутъ въ боковыхъ наружныхъ частяхъ мозговой ножки,

¹⁾ Prof. Kirchoff. Ein mimisches Centrum in medialen Kern des Sehhügels. Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 35. Heft 3. Мимическій центръ въ медиальномъ ядрѣ зрительнаго бугра. Обзорніе психіатр. 1902. Стр. 608.

²⁾ Priv.-Doc. M. Borst. Die psycho-reflektorische Facialisbahn—Bechtetrew—unter Zugrundelegung eines Falles von Tumor im Bereich des Thalamus opticus. Neurol. Centrabl. 1901. S. 155—159. Психо-рефлекторный путь лицевого нерва—Бехтерева—по даннымъ случая опухоли зрительнаго бугра. Обзорніе психіатр. 1902. Стр. 286—287.

³⁾ Obersteiner, l. c. Стр. 403—404.

такъ-какъ въ его случаѣ на другой дѣвой сторонѣ лица съ параличемъ лицевого нерва ни произвольныхъ движеній, ни психо-рефлексовъ не было, не смотря на то, что чепчиковая область правой мозговой ножки и ея медиальная часть были нарушены. Перекрестъ волоконъ для эмоциональныхъ движеній лица предполагается по этой схемѣ вмѣстѣ съ перекрестомъ общаго пучка лицевого нерва. Ниже ядра эти волокна не претерѣваютъ вторичнаго обратнаго перекреста, какъ верхній *facialis*, а идутъ вмѣстѣ со всѣми волокнами нижней части лицевого нерва. Путь для эмоциональныхъ движеній лица поэтому, если считать отъ коры мозга, съ нервными клетками въ корѣ, въ *thalamus opticus* и въ ядрѣ *n. facialis*, состоитъ не изъ двухъ, а изъ трехъ нейроновъ, расположенныхъ одинъ надъ другимъ. Кромѣ эмоциональныхъ движеній этотъ путь или только часть его, можетъ быть, завѣдуетъ и простыми рефлексами въ области лица, по крайней мѣрѣ—дѣкторыми.

Всѣ пучки волоконъ, назначенныхъ для лицевого нерва, идущие отъ верхняго и отъ нижняго коркового центра *facialis* и изъ *thalamus optici*, сходятся вмѣстѣ. Въ верхней половинѣ Варолиева моста, какъ сказано было раньше, пучки загибаются внутрь для перекреста, послѣ чего, вступивъ въ нижнюю половину моста и начальную верхнюю часть продолговатаго мозга, входятъ въ ядро *n. facialis*. Последнее лежитъ вблизи срединнаго пива продолговатаго мозга, гарѣ, и вблизи свободной поверхности дна четвертаго желудочка. Вопросъ о строеніи ядра лицевого нерва, о количествѣ клеточковыхъ группъ, его составляющихъ, о распредѣленіи этихъ группъ—былъ до послѣдняго времени вопросомъ спорнымъ. Нѣкоторые авторы предполагали здѣсь, въ особомъ строеніи ядра, найти причину отсутствія паралича верхняго *facialis* при гемиплегіи. Поэтому, какъ сообщаетъ *van Gehuchten* въ своей анатоміи нервной системы человека, *Mathias Duval* и *Testut* допускали, что лицевой нервъ, выходя изъ своего ядра и обгибая ядро отводящаго нерва, получаетъ отъ него нѣсколько двигательныхъ волоконъ; завѣдующихъ движеніемъ верхней части лица. *E. Mendel* вырѣзывалъ у кроликовъ и морскихъ свинокъ оба вѣтви съ круговымъ мускуломъ глаза и съ лобнымъ мускуломъ и при послѣдующемъ изслѣдованіи мозговъ находилъ ядро *n. abducentis* невредимымъ. Легкая атрофія замѣчалась только въ ядрѣ *n. oculomotorii*. На основаніи этого *E. Mendel* пришелъ къ заключенію, что у кроликовъ и морскихъ

свинокъ часть ядра *n. oculomotorii* служить и ядромъ верхняго лицевого нерва ¹⁾.

Позднѣйшіе изслѣдователи не подтвердили предположеній прежнихъ авторовъ. Въ новѣйшее время матеріалъ послѣ экспериментовъ изслѣдуется при помощи гистологическаго метода *Nissl'*я, позволяющаго замѣтить измѣненія въ нервныхъ клеткахъ вѣдствие перерѣзки какого либо нерва, въ составъ котораго входятъ осевые цилиндры этихъ клетокъ, какъ нервныя волокна. Послѣдствіе перерѣзки нерва, *réaction à distance*, обнаруживается въ клеткахъ

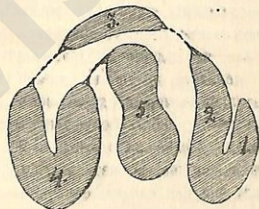


Рис. 3.

такъ называемымъ хроматолитомъ, т. е. измѣненіемъ клеточкаго, окрашивающагося хроматиноваго вещества. Вещество это, какъ извѣстно, въ здоровыхъ двигательныхъ клеткахъ находится въ видѣ своеобразныхъ характерныхъ глыбокъ. Паруная дѣлость лицевого нерва въ различныхъ мѣстахъ, перерѣзка то ту, то другую вѣтвь его, можно замѣтить явленія хроматолита въ определенныхъ группахъ клетокъ ядра *n. facialis*. Такимъ способомъ *Marinesco* ²⁾ и *van Gehuchten* экспериментально и точно установили, что ядро лицевого нерва, напр. у кролика, представляется въ видѣ сѣрой

¹⁾ *Van Gehuchten*. Anatomie du système nerveux de l'homme. Louvain 1900. Second volume. Pp. 108—109. V *van Gehuchten'a* приведена и литература даннаго вопроса.

В. М. Бехтеревъ I. с. Часть I. Стр. 205.

Obersteiner I. с. Стр. 403.

²⁾ *M. G. Marinesco*. Nouvelles recherches sur l'origine du facial supérieur et du facial inférieur. La Presse Médicale. 1899. № 65. Новая изслѣдованія о происхожденіи верхняго и нижняго *n. facialis*. Обзоріе поихъ. 1900. Стр. 121—122.

Van Gehuchten I. с. Pp. 109—112. Литература этого вопроса такъ-же, стр. 122.

длинной пластинки, на подобие ленты, сложенной особеннымъ образомъ въ комокъ неправильными складками. На рисунокъ van Gehuchten'a¹⁾ свертокъ представляется намъ со стороны ребра ленты, которая вдувается въ клеточковья группы, обозначенныя цифрами,—см. рис. 3. Первая группа клетокъ, самая внутренняя по положенію, имѣетъ отношеніе къ нерву для *m. stapedii*, вторая—къ первой вѣточкѣ для ушныхъ мускуловъ—*n. auricularis posterior profundus*,—третья группа, задняя по положенію, назначается для вѣтвей *n. facialis superioris*. Четвертая и пятая группы продвинуты нѣсколько впередъ; четвертая назначена для средней части лица, *ramus bucco-labialis superior* по van Gehuchten'у, пятая назначена для нижней части лица, *ramus bucco-labialis inferior* по van Gehuchten'у. Эти наблюденія съ положительностью указали, что ядро лицевого нерва не получаетъ никакихъ волоконъ изъ другихъ ядеръ двигательныхъ черепныхъ нервовъ. Всѣ группы ядра *facialis* не раздѣлены между собою большими разстояніями, а лежатъ вмѣстѣ, составляя общее ядро этого нерва. Оно находится по Raymond'у подъ поверхностью четвертаго желудка противъ *éminence ronde*, между верхней оливою сумтри и нисходящимъ корешкомъ *n. trigeminus* снаружи²⁾.

Остается еще одинъ вопросъ—о частичномъ обратномъ перекрѣстѣ волоконъ лицевого нерва съ такими-же волокнами другой стороны. Предполагается, что перекрестъ волоконъ происходитъ послѣ выхода ихъ изъ ядеръ. Первое направленіе, какъ описываетъ van Gehuchten³⁾, при выходѣ волоконъ изъ ядра, они принимаютъ назадъ и внутрь (см. рис. 2). Недалеко отъ *garbe* они поворачиваютъ вертикально вверхъ и послѣ этого пути, въ нѣсколько миллиметровъ длиной, круго загнбаются горизонтально и кнаружи, окружая такимъ образомъ со всѣхъ сторонъ ядро *n. abducentis*, въ задней его части⁴⁾. Кругой поворотъ кнаружи носитъ особое названіе „колѣвна“—*genou*—внутриозгового корешка лицевого нерва. Къ наружному направленію вкорѣ присоединяется направленіе внизъ и впередъ и не измѣняется уже до самаго выхода лицевого нерва изъ мозгового вещества въ горизонтальной бороздѣ, отдѣляющей

¹⁾ Van Gehuchten I. c. P. 112, Fig. 420.

²⁾ Raymond. Leçons sur les maladies du système nerveux. Sixième série. Paris. 1903. Pp. 365—366.

³⁾ Van Gehuchten I. c. Pp. 107—108.

⁴⁾ Raymond I. c. P. 366.

Варолевъ мость отъ продолговатаго мозга. Подходя близко къ поверхности четвертаго желудка, волокна лицевого нерва на мѣстѣ *genou* въ горизонтальномъ направленіи образуютъ на днѣ желудка нѣкоторый выступъ, имѣющій названіе по van Gehuchten'у *éminence médiane*.

Проф. В. М. Бехтеревъ „на основаніи своихъ наблюденій“ заключаетъ, что часть волоконъ лицевого нерва въ области ядра его отдѣляется, переходитъ среднюю линію и присоединяется къ колѣвну того-же нерва противоположной стороны. Атрофій волоконъ при ядерныхъ параличахъ наблюдаются въ колѣвѣ и выходящемъ корешкѣ пораженной стороны и въ одномъ выходящемъ корешкѣ противоположной стороны¹⁾. Въ концѣ второй части своихъ „Проводящихъ путей спинного и головного мозга“ проф. В. М. Бехтеревъ на рисунокъ—fig. 8—представилъ схематически этотъ частичный перекрестъ. До послѣдняго времени профессоръ защищаетъ это предположеніе²⁾, такъ-какъ нѣкоторые авторы отказываются его принять, опираясь на экспериментальныя данныя³⁾, 4), 5). Но нужно замѣтить, что результаты, полученные опытами на животныхъ, не могутъ быть цѣлкомъ переносимы для объясненія строенія центральной нервной системы у человѣка. Особенно это нужно принять во вниманіе по отношенію къ лицевому нерву, который служитъ при выраженіи психической жизни человѣка вспомогательнымъ средствомъ для членораздѣльной рѣчи. Строеніе ядра лицевого нерва у человѣка можетъ быть, поэтому, болѣе сложнымъ, чѣмъ у животныхъ. И у разныхъ животныхъ, напримѣръ у кролика и собаки, какъ пишетъ Marinесco⁶⁾, есть особенности въ топографіи различныхъ клеточковыхъ группъ ядра *n. facialis*. Экспериментальныя данныя должны быть проверены клинически у постели больныхъ и на патолого-анатомическомъ матеріалѣ, получаемомъ также изъ клиникъ. Тогда только эти данныя приобрѣтаютъ безусловное значеніе для объясненія соответствующихъ явленій у человѣка. Клиническія же и

¹⁾ В. М. Бехтеревъ I. c. Часть I. Стр. 203—204.

²⁾ Обзорные психіатріи. 1900. Стр. 303.

³⁾ Van Gehuchten I. c. Pp. 112—113.

⁴⁾ Обзорные психіатр. 1899. Стр. 126—127.

⁵⁾ Ernst Bischoff. Ueber den intramedullären Verlauf des Facialis. Neurolog. Centralbl. 1899. № 22. S. 1014—1016. О внутриозговомъ ходѣ лицевого нерва. Обзорн. псих. 1900. Стр. 44.

⁶⁾ Обзорные психіатр. 1900. Стр. 122.

патологоанатомическія наблюденія говорятъ въ пользу предположеній В. М. Бехтерева.

Д-ръ А. Э. Барн¹⁾ наблюдалъ мужичку, страдавшаго туберкулезомъ легкихъ со всѣми признаками этой болѣзни, съ подтвержденіемъ діагноза микроскопическимъ изслѣдованіемъ мокроты. Черезъ три недѣли послѣ поступленія больного въ больницу у него наступилъ правосторонній параличъ лицевого нерва съ признаками полного периферическаго паралича. Ниже мы увидимъ, что подъядерные параличи мало чѣмъ отличаются отъ параличей ствола п. *facialis* внѣ мозгового вещества. Въ теченіе болѣзни возбудимость нерва съ правой стороны къ фарадическому току у больного понизилась съ 10 до 6½ сант. разстоянія катушекъ нормальнаго саннаго аппарата Du-Bois-Reymond'a. Слухъ съ правой стороны былъ сильно пониженъ; изъ уха вытекала гноевидная жидкость. Въ концѣ жизни больного изслѣдованія не производились, такъ какъ общее состояніе его становилось очень тяжелымъ. На срокъ девятый день послѣ поступленія въ больницу болѣзнь скончалась.

При вскрытіи, кромѣ явленій общаго туберкулеза легкихъ, были найдены измѣненія въ правой височной кости. Пирамидка была извѣдена и на расплѣтѣ выдѣляла гноевидную жидкость. Стволъ праваго лицевого нерва былъ замѣтно дряблъ. Микроскопическое изслѣдованіе при помощи гистологическаго метода Marchi обнаружилъ значительное число перерожденныхъ нервныхъ волоконъ, отъ которыхъ остались черныя продолговатая глыбки распавшагося мѣлцина. Большое количество такихъ распавшихся волоконъ находилось въ нисходящемъ корешкѣ праваго лицевого нерва, въ колѣнѣ и въ восходящемъ корешкѣ. Болѣзненный процессъ, вѣроятно, шелъ снизу вверхъ по волокнамъ нерва. Изъ колѣна праваго внутримозгового корешка лицевого нерва небольшая часть перерожденныхъ волоконъ ясно переходитъ среднюю линію, присоединяется къ колѣну лѣваго корешка лицевого нерва и доходитъ даже до ядра. Вторичная окраска щавеле-кислымъ карминомъ по способу д-ра Вырубова обнаружила массовое перерожденіе клѣтокъ праваго ядра п. *facialis* и только нѣкоторыхъ клѣтокъ въ томъ же ядрѣ съ лѣвой стороны.

На нашей схемѣ (см. рис. 2) этотъ частичный обратный перекрестъ обозначенъ буквою „f“. Допуская этотъ перекрестъ,

¹⁾ А. Э. Барн. Къ вопросу о частичномъ перекрестѣ корешковъ лицевого нерва. Обзоріе психіатріи. 1899. Стр. 122—128.

можно вполне объяснить отсутствіе полного паралича лицевого нерва одной стороны при центральныхъ пораженіяхъ, какъ было замѣчено раньше и какъ это представлено на моей предварительной схемѣ,—см. рис. 1. Для этого объясненія даже нѣтъ необходимости въ томъ, чтобы оба центральные пучка верхняго и нижняго *facialis* отъ коры до ядра имѣли различный ходъ. Они могутъ идти вмѣстѣ, въ одномъ пучкѣ, а возможность такого объясненія этимъ не устраняется. Далее, есть указанія, что и у животныхъ существуетъ двусторонняя иннервація верхней вѣтки лицевого нерва. Н. и И. Асписовы¹⁾ при раздраженіи коркового центра для м. *orbicularis oculi* и собакъ получали замыканіе глазъ на обѣихъ сторонахъ: на перекрестной вполне достаточное, на „одноименной“—незначительное²⁾.

То явленіе, что главная и большая часть волоконъ лицевого нерва идетъ встаканъ къ противоположной сторонѣ и только небольшая часть волоконъ испытываетъ обратный перекрестъ,—должно обнаружиться у человѣка клиническими явленіями. И дѣйствительно, при тщательномъ изслѣдованіи мы можемъ замѣтить у гемиплегииковъ нѣкоторые недостатки въ движеніи верхней половины лица парализованной стороны. Эти недостатки въ движеніяхъ просматриваются, по словамъ Mirallié³⁾, такъ же часто, какъ просматривается парезъ мышцъ туловища при гемиплегіяхъ. Параличъ, какъ пишетъ Mirallié, сказывается на мышцахъ въ зависимости отъ степени ихъ самостоятельности. Мышцы верхней части лица „участвуютъ только въ ассоціированныхъ движеніяхъ и синергическихъ, т. е. происходящихъ одновременно“ на обѣихъ сторонахъ. Онѣ не самостоятельны и потому поражаются слабѣе. Давно замѣченный признакъ пораженія верхняго *facialis* при гемиплегіи состоитъ въ томъ, что гемиплегиикъ обыкновенно можетъ закрыть оба глаза въ одно время, можетъ закрыть одинъ глазъ здоровой стороны, но не можетъ закрыть одинъ глазъ парализованной стороны³⁾. При послѣдней попыткѣ невольно закрываются оба глаза. Нашей первоначальной схемой,—рис. 1,—это можно объяснить тѣмъ, что при усиліи закрыть глазъ парализованной стороны нервъ этой стороны не функционируетъ. Больной заставляетъ работать небольшую

¹⁾ Обзоріе психіатр. 1900. Стр. 302—303.

²⁾ Обзоріе психіатр. 1901. Стр. 42—44.

³⁾ Sängner. О верхней вѣтви *facialis* при гемиплегіи. Обзоріе психіатр. 1900. Стр. 711.

вспомогательную нервную ветку, отделившуюся для обратного перекреста от нерва противоположной стороны. Но въ то же время неизбежно функционируют и другія волокна этого нерва противоположной стороны, привычно дѣйствующія при этомъ движеніи всегда одновременно, поэтому закрывается и глазъ здоровой стороны. Признакъ этотъ можетъ дать указанія не всегда, на томъ основаніи, что у нѣкоторыхъ людей способность закрывать то одинъ, то другой глазъ отдѣльно можетъ отсутствовать или по отношенію къ одному, или по отношенію къ обоимъ глазамъ¹⁾. Съ другой стороны, у простыхъ людей, съ мало развитой мимикой, вообще бываетъ очень трудно добиться произвольныхъ движеній въ области верхняго лицевого нерва. Во всякомъ случаѣ при распрасахъ больной съ положительностью долженъ припомнить, что онъ могъ раньше закрывать и тотъ и другой глазъ отдѣльно. Эти движенія необычныя, если они касаются одной только стороны, и для развитія ихъ нужны особія упражненія. Охотники и солдаты конечно могутъ дать точныя указанія относительно этого, такъ-какъ имъ необходимо прищуривать одинъ глазъ во время прицѣла изъ огнестрѣльнаго оружія.

Кромѣ этого признака при изслѣдованіи гемиплегиковъ нужно обращать вниманіе на то, что глазъ больной стороны иногда не можетъ оставаться закрытымъ такъ долго, какъ глазъ здоровый. Сила движенія вѣка на сторонѣ пораженной меньше, чѣмъ на сторонѣ здоровой, что обнаруживается меньшимъ сопротивленіемъ на большой сторонѣ при пассивномъ открываніи закрытыхъ глазъ мизинцемъ изслѣдующаго. Скорость движенія вѣка, плавность и правильность также могутъ претерпѣть измѣненія, не говоря уже о тѣхъ очень рѣдкихъ случаяхъ, когда явленія паралича верхней вѣтки *facialis* при гемиплегіи могутъ быть выражены въ болѣе ясной формѣ²⁾.

Послѣ выхода волоконъ, назначенныхъ для лицевого нерва, на нижнюю поверхность мозга, этотъ нервъ, собранный въ одинъ стволъ, поражается при болѣзняхъ весь, т. е. бываютъ задѣты всѣ составныя нити нерва, относящіяся какъ къ произвольнымъ такъ и непроизвольнымъ движеніямъ. Степень паралича нерва будетъ зависетьъ только отъ тяжести случая. Въ единичныхъ случаяхъ наб-

¹⁾ В. М. Бехтеревъ. Объ участіи круговой мышцы глаза при коровыхъ и подкорковыхъ параличахъ лицевого нерва. Обозрѣн. псих. 1903. Стр. 571—572.

²⁾ Säger l. c.

людалось, что больной могъ закрывать глаза во снѣ. Herzed¹⁾ объясняетъ это, во первыхъ, разслабленіемъ во время сна Müller'овской мышцы, которая иннервируется симпатическимъ нервомъ, во-вторыхъ, уменьшеніемъ во снѣ тонуса Teufel'овой капсулы, устраняющимъ препятствіе для прямыхъ мышцъ глаза, которыя тянутъ глазное яблоко назадъ. Эти условія, при отсутствіи активной дѣятельности *m. orbicularis oculi*, могутъ въ рѣдкихъ случаяхъ способствовать закрыванію глаза во снѣ на сторонѣ периферическаго паралича лицевого нерва. Затѣмъ, гораздо чаще можетъ восстановиться при периферическомъ параличѣ *n. facialis* дѣятельность круговой мышцы рта на томъ основаніи, что конечныя нервныя вѣтки для этого мускула имѣютъ ясно установленныя анастомозы съ такими же нервными вѣтками другой стороны. Обѣ половины здѣсь стоятъ между собою въ непрерывной нервной связи²⁾. Относительно этого мускула еще кстати замѣтить, что его заболѣванія, при ядерныхъ параличахъ, сопровождаются также часто заболѣваніями въ области ядра *n. hypoglossi*. Вѣроятно благодаря близости этихъ ядеръ въ мозговомъ стволѣ³⁾.

Для опредѣленія мѣста пораженія лицевого нерва во время его пути на основаніи мозга и въ каналахъ височной кости, мы въ прежнія времена пользовались схемой проф. Ерв'а. Чтобы яснѣе представить тѣ основанія, по которымъ нѣкоторыя данныя схемы Ерв'а утратили съ теченіемъ времени свое значеніе, я позволю себѣ въ короткихъ словахъ припомнить главные пункты этой схемы.

На рисунокъ схемы Ерв'а.—см. рис. 4.—лицевой нервъ, обозначенный буквами N. f., идетъ некоторое время вмѣстѣ съ слуховымъ нервомъ—N. a.—Дальше *n. facialis* идетъ одинъ и утолщается въ узелъ *ganglion geniculi*—G. g.—Изъ узла идетъ вѣтка *n. petrosus superficialis major*—N. p. s.—для соединенія съ *ganglion sphenopalatinum* при второй вѣткѣ тройничнаго нерва. Немного ниже отходить отъ лицевого нерва другая вѣтка *n. communicans c. plex. tymp.*—п. с. с. p. t.;—вѣтка эта не имѣетъ особаго діагностическаго значенія. Еще ниже отходитъ третья

¹⁾ Herzed. Ein Fall von doppelseitiger Labyrinthnecrose mit doppelseitiger Facialis- und Acusticus-Lähmung. Bemerkungen über den Lidschluss bei Facialis-Lähmungen während des Schlafes. Berl. klin. Woch., 1901, № 35. Случай обоюдосторонняго некроза лабиринта съ обоюдостороннимъ параличемъ лицевого и слухового нервовъ. Нѣсколько замѣчаній по поводу смыканія вѣкъ во время сна при параличѣ лицевого нерва. Обозрѣн. псих. 1902. Стр. 522—523.

²⁾ Gowers l. c. T. 2. Стр. 237.

³⁾ Oppenheim. Руководство по нервнымъ болѣзнямъ. Переводъ Говсева. Москва. 1896. Стр. 304.

Gowers l. c. T. 2. Стр. 242.

маленькая ветка *n. stapedius* для стременной мышцы. Почти над самым выходом лицевого из *foramen stylo-mastoideum*—*F. st.*—выходит *chorda tympani*—*Ch. t.*—на концѣ раздѣляющаяся на двѣ части: верхняя часть вкусовые волокна—*Gf.*—и нижняя часть—*Sp^s*—волокна, вызывающія слюноотдѣленіе. Послѣ выхода изъ шило-сосцевиднаго отверстія лицевой нервъ отдаетъ еще одну ветку—*n. auricularis posterior*—*N. a p.*—не имѣющую большого діагностическаго значенія. Волокна для слюноотдѣленія идутъ съ самаго начала въ стволъ лицевого нерва и отдѣлившись, проходятъ въ *chorda tympani* въ нижнемъ ея развѣтвленіи. Вкусо-

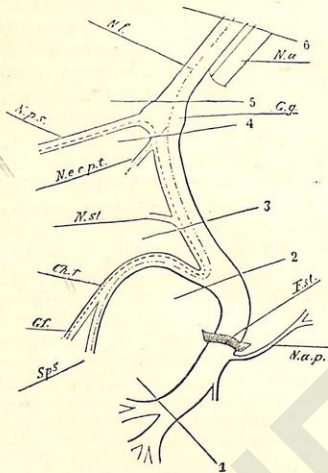


Рис. 4.

вые волокна имѣютъ свое начало въ ganglion sphenopalatinum, присоединяются къ лицевому нерву въ ganglion geniculi, идутъ нѣкоторое время въ веществѣ лицевой нерва, выходятъ вмѣстѣ съ барабанной струной въ верхнемъ ея развѣтвленіи. Лицевой нервъ, взявъ изъ полученныхъ вкусовыхъ волоконъ, черезъ эту же ветку, т. е. *n. petrosus superficialis major*, въ свою очередь отдаетъ къ ganglion sphenopalatinum двигательныя волокна, которыя переходятъ потомъ въ нервъ той же стороны для половины мягкаго неба ¹⁾.

¹⁾ Эйхгорсти. Руководство къ частной патологій и терапій. Переводъ Шапиро. С.-П.-В. 1898. Т. 3. Стр. 14.

Имѣя въ виду эти отношенія частей, легко представить, какія будутъ клиническія явленія у больныхъ при нарушении цѣлости лицевого нерва на разныхъ высотахъ всего этого протяженія. Если заболѣваніе локализируется между чертами 1 и 2, то кромѣ паралича лицевыхъ мышцъ одной стороны не будетъ никакихъ другихъ болѣзненныхъ явленій. Нарушеніе нерва между 2 и 3 линіей обнаружится вмѣстѣ съ параличемъ мышцъ еще ослабленіемъ вкусового чувства на переднихъ двухъ третяхъ спинки языка той же стороны, такъ какъ вкусовыя волокна барабанной струны развѣтвляются въ этой области, и уменьшеніемъ слюноотдѣленія. Вкусовыя ощущенія заднихъ частей, корня языка и мягкаго неба зависятъ, какъ извѣстно, отъ другого нерва,—*n. glossopharyngei*. Пораженіе лицевого нерва выше, между чертами 3 и 4, выразится тѣми же явленіями, какъ и въ предыдущемъ мѣстѣ, но съ присоединеніемъ расстройства слуха въ ухѣ той же стороны. Въ этой области, въ вертикально нисходящей части лицевого нерва отходитъ *n. stapedius* какъ разъ противъ пирамидальнаго костнаго выступа барабанной полости. При параличѣ этой маленькой ветки *n. stapedius* расслабляется и антагонистъ его *m. tensor tympani* сильно натягиваетъ барабанную перепонку, почему она дѣлается болѣе чувствительной, особенно къ низкимъ тонамъ. Между чертами 4 и 5, въ *g. geniculi*, присоединится къ предыдущимъ явленіямъ еще параличъ половины мягкаго неба той же стороны, такъ какъ здѣсь отходятъ изъ лицевого нерва волокна, несущія эту функцію. Дуги мягкаго неба пораженной стороны должны быть при этомъ опущены и при произнесеніи звука „а“ неподвижны. Язычекъ—*uvula*—долженъ быть оттянутъ и наклоненъ къ здоровой сторонѣ. Пораженіе на послѣднемъ мѣстѣ, между чертами 5 и 6, вызоветъ параличъ лицевыхъ мышцъ одной стороны, нарушеніе слюноотдѣленія, изощреніе слуха къ низкимъ тонамъ, но расстройство вкуса не послѣдуетъ, такъ какъ вкусовыя волокна барабанной струны и входятъ въ нервъ и выходятъ изъ него ниже мѣста пораженія. Локализация заболѣванія въ этомъ мѣстѣ, въ верхней половинѣ, будетъ проявляться еще глухотой на ухо съ пораженной стороны, такъ какъ оба нерва, *facialis* и *acusticus*, здѣсь идутъ рядомъ. Лицевой нервъ располагается даже въ желобкѣ, который образуется на верхней поверхности слухового нерва ¹⁾. При такихъ условіяхъ изощреніе слуха будетъ отсутствовать,

¹⁾ Van Gehuchten I. c. Second volume. P. 115.

а иногда при неполном нарушении проводимости в слуховом нерве и шумъ в ухе и притупление слуха могут существовать одновременно.

Поправки, которыя слѣдуетъ внести въ настоящее время въ схему Erb'a согласно съ новыми воззрѣніями, касаются, во первыхъ, зависимости движеній мягкаго неба отъ цѣлости лицевого нерва и, во вторыхъ, касаются прохожденія вкусовыхъ волоконъ барабанной струны.

Судить о параличѣ мягкаго неба по косому стоянію uvulae нѣтъ возможности, такъ какъ и нормально у людей uvula можетъ быть наклонена у одного въ одну сторону, у другого въ другую. Явленія глубокаго паралича мягкаго неба при заболѣваніи лицевого нерва встрѣчаются въ очень рѣдкихъ случаяхъ и при томъ такихъ, когда можно предполагать комбинацію съ заболѣваніями другихъ областей центральной нервной системы. Поэтому Gowers, Hughlings Jackson ¹⁾, Oppenheim ²⁾, Hoffman, M. Lermoyez ³⁾ и другіе давно стали сомнѣваться въ существованіи пареза мягкаго неба въ зависимости отъ заболѣванія facialis. Позднѣе, какъ пишетъ van Gehuchten въ своей анатоміи ⁴⁾, Réthy, на основаніи своихъ изслѣдованій, точно установилъ, что n. vagus, отдавая свои вѣтки для мускуловъ глотки, иннервируетъ также и мягкое небо. Вопросъ о происхожденіи иннервации мягкаго неба, такимъ образомъ, теперь является положительно рѣшеннымъ.

Чтобы яснѣе изложить ходъ волоконъ барабанной струны, я долженъ обратиться къ схемѣ, которая у меня здѣсь нарисована (см. рис. 2). Чертежъ сдѣланъ на основаніи взглядовъ, изложенныхъ въ анатоміи van Gehuchten'a и на основаніи тѣхъ многочисленныхъ и прекрасныхъ рисунковъ, которые тамъ имѣются ⁵⁾. Начнемъ описаніе съ частей, соедѣнныхъ съ лицевымъ нервомъ и имѣющихъ съ нимъ анастомозы. Здѣсь мы видимъ узелъ тройничнаго нерва, ganglion Gasser'i, съ его главными тремя вѣтками: 1) n. ophthalmicus, 2) n. supramaxillaris seu n. maxillae superioris, 3) n. infra-maxillaris seu n. maxillae inferioris. Самую толстую вѣтку послѣ-

¹⁾ Gowers l. c. T. 2. Стр. 234.

²⁾ Oppenheim l. c. Стр. 302.

³⁾ Raymond. Leçons sur les maladies du système nerveux. Sixième série. Paris. 1903. Pp. 368—369.

⁴⁾ Van Gehuchten l. c. Second volume, Pp. 73 et 116.

⁵⁾ Van Gehuchten l. c. second volume. Pp. 114—126. Fig. 423, 425 et 428.

ного нерва составляетъ n. lingualis, идущій къ слизистой оболочкѣ двухъ переднихъ третей спинки языка и къ ganglion submaxillare. Отдѣленный отъ этихъ нервныхъ образованій костными массами идетъ лицевой нервъ. Выходитъ facialis изъ мозга надъ языко-глоточнымъ нервомъ и впереди слухового нерва. Изгибы лицевого нерва по van Gehuchten'у описываются слѣдующимъ образомъ. Сначала facialis вмѣстѣ съ слуховымъ нервомъ идетъ впередъ и наружи. Въ такомъ видѣ оба нерва, facialis сверху и acusticus внизу, вступаютъ и проходятъ meatus acusticus internus. Потомъ лицевой нервъ вступаетъ на двѣ внутренняго слухового прохода въ назначенный для него Фаллопиевъ каналъ, направленіе имѣетъ впередъ и наружи въ горизонтальной плоскости. Послѣ короткаго пути въ этомъ направленіи facialis круто поворачиваетъ назадъ, образуя треугольный выступъ, извѣстной подъ именемъ ganglion genicul'i и состоящей изъ кучки нервныхъ кѣтокъ. Въ направленіи назадъ и горизонтально лицевой нервъ прилегаетъ къ внутренней стѣнкѣ барабанной полости сверху ея и, дойдя до задней границы этой полости, загибается второй разъ вертикально внизъ, въ какомъ направленіи проходитъ до наружнаго отверстія Фаллопиева канала: до foramen stylo-mastoideum. По выходѣ изъ костныхъ массъ лицевой нервъ проходитъ околушную железу и оглабаетъ въ то же время наружный слуховой проходъ снизу и впередъ и потомъ развѣтвляется на свои конечныя вѣтки ¹⁾. О многочисленныхъ конечныхъ вѣткахъ лицевого нерва я здѣсь говорить не буду, такъ какъ онѣ точно и подробно описываются въ каждомъ руководствѣ анатоміи. Простая развѣтвленія этихъ вѣточекъ ясно всѣмъ представляются. Большой интересъ для клинициста и болѣе запутанныя отношенія имѣютъ тѣ колатеральныя вѣтки, которыя отходятъ отъ лицевого нерва на мѣстѣ сложныхъ его изгибовъ, только что описанныхъ.

Первымъ, какъ нарисовано и въ схемѣ Erb'a, отходить отъ g. genicul'i n. petrosus superficialis major, который, чтобы попасть въ свой конечный пунктъ, долженъ пройти нѣсколько костяныхъ каналовъ и желобковъ; послѣ чего, соединившись съ n. Vidianus, онъ вступаетъ въ ganglion sphenopalatinum при второй вѣткѣ тройничнаго нерва.

Изъ g. genicul'i отходитъ еще другой анастомозъ, который соединяется съ нервомъ Jacobson'i. Послѣдній идетъ отъ g. petrosum

¹⁾ Д. Верновъ. Руководство описательной анатоміи человека. Москва. 1896. Изданіе 5. Часть 3. Стр. 896.

nervi glossopharyngei и, сливаясь съ этимъ анастомозомъ отъ лицевого нерва, образуетъ n. petrosus superficialis minor, назначенный для g. oticum при третьей вѣткѣ тройничнаго нерва.

О нервной вѣточкѣ для стремляной мышцы было достаточно сказано при изложеніи схемы Erb'a. Разстройтва слуха при параллѣ лицевого нерва могутъ быть двоякаго рода. Изоириеніе слуха къ низкимъ тонамъ—hyperacusis—при параллѣ n. stapedii и—которые авторы объясняютъ уменьшеніемъ напряженія въ цѣли слуховыхъ косточекъ, почему происходитъ усиленіе звуковыхъ вибрацій. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, разстройтва слуха при заболѣваніи лицевого нерва существуютъ независимо отъ пораженія n. stapedii, называются нервнымъ извращеніемъ слуха—hyperacusis nerveuse,—возникающимъ вслѣдствіе близости обѣихъ нервныхъ областей, особенно на мѣстѣ g. geniculi. Костяная стѣнка здѣсь, по Raymond, утончается иногда до одной четверти миллиметра. Первоное извращеніе слуха при параллѣ лицевого нерва, по Küster'y, указываетъ именно на заболѣваніе n. facialis въ содѣйствіе съ g. geniculi ¹⁾.

Chorda tympani выходитъ изъ лицевого нерва надъ шило-сцевиднымъ отверстіемъ, только на 5 миллиметровъ выше отверстия. Она направляется впередъ и вверхъ, образуя съ лицевымъ нервомъ острый уголъ, открытый къверху. Въ началѣ chorda идетъ въ специальномъ для нея канальчикѣ—canaliculus chordae,—черезъ который она проникаетъ въ барабанную полость. Здѣсь chorda проходитъ дугой выпуклостью къверху и прикасается съ внутренней стороны къ барабанной перепонкѣ, которую она минуетъ сзади напередъ между рукояткой молоточка и длиннымъ отросткомъ наковальни. Изъ барабанной полости chorda снова вступаетъ въ направленіи сверху внизъ въ костяной каналъ—fissura Glaseri,—по минованіи котораго уже соединяется съ язычнымъ нервомъ.

Последняя вѣтка по выходѣ facialis наружу, какъ и въ схемѣ Erb'a, это n. auricularis posterior. Затѣмъ стволъ нерва разделяется на двѣ части, на верхній и нижній facialis.

Необходимо еще имѣть всегда въ виду, что лицевого нерва имѣетъ анастомозы съ тройничнымъ, съ языко-глоточнымъ и съ блуждающимъ нервами.

Теперь намъ слѣдуетъ возвратиться къ вопросу о томъ, откуда происходятъ вкусовые волокна барабанной струны? Что эти волокна

¹⁾ Raymond l. c. p. 370.

дѣйствительно находятся въ барабанной струнѣ—это точно установлено, такъ какъ перерывъ проводимости струны въ барабанной полости всегда ведетъ къ потерѣ вкусового чувства на переднихъ двухъ третяхъ спинки языка пораженной стороны.

По схемѣ Erb'a вкусовые волокна изъ второй вѣтки тройничнаго нерва черезъ g. sphenopalatinum и n. petrosus superficialis major входятъ въ g. geniculi и выходятъ изъ лицевого нерва вмѣстѣ съ барабанной струной. По другимъ авторамъ вкусовые волокна изъ языко-глоточнаго нерва съ нервомъ Jacobsonii черезъ анастомозъ, продолженіемъ котораго служитъ n. petrosus superficialis minor, проникаютъ въ g. geniculi, а оттуда входятъ въ составъ chordae. Въ настоящее время значительная часть этихъ предположеній должна быть оставлена, такъ какъ при экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ на животныхъ—собакахъ—доказано, что ни экстирпация g. Gasseri, ни экстирпация g. sphenopalatini, ни перерѣзка внутри черепа второй или третьей вѣтки тройничнаго нерва не вызываютъ потери вкусового чувства на переднихъ двухъ третяхъ спинки языка. Имѣются основанія предполагать, что этой вкусовой областью завѣдуетъ n. intermedius Wisbergi. Онъ выходитъ въ видѣ тонкой нервной нити изъ мозгового вещества между лицевымъ и слуховымъ нервами, вмѣстѣ съ которыми онъ слѣдуетъ и во внутреннемъ слуховомъ проходѣ. На пути онъ даетъ нѣсколько тонкихъ анастомозовъ слуховому нерву, но главная масса его потомъ сливается окончательно и переплетается съ лицевымъ нервомъ. Послѣ Wisberg'a долгое время искали ядро этого нерва въ мозговомъ стволѣ. И сравнительно недавно, въ 1883 году, Sapolini удалось макроскопически прослѣдить волокна n. intermedii въ мозговомъ стволѣ до пучка Goll'a, а далѣе до g. geniculi и до отдѣленія этихъ волоконъ въ барабанную струну. На основаніи своихъ изслѣдованій Sapolini заключилъ, что n. intermedius Wisbergi, g. geniculi и chorda tympani составляютъ три части одного и того же нерва, который онъ назвалъ тринадцатымъ черепнымъ нервомъ ¹⁾. Впослѣдствіи His, Martin, Retzius и v. Lenhossek подтвердили предположенія Sapolini гистологическими изысканіями, одни на зародышахъ человѣка и животныхъ, другіе на взрослыхъ экземплярахъ. Это мнѣніе поддержали также

¹⁾ Sapolini. Etudes anatomiques sur le nerf de Wisberg et la corde du tympan ou un treizième nerf crânien. Journal de médecine de Bruxelles. 1884. Цитировано по van Gehuchten'y.

позднѣйшія фізіологическія изслѣдованія Duval'a, Vulpian'a и Ed. Schultze и другихъ ¹⁾. Клѣтки *g. geniculi*, по описанію v. Lenhossek'a, униполярныя; отростокъ ихъ идетъ нѣкоторое разстояніе не развѣтвляясь, а потомъ раздѣляется на очень короткую центральную вѣтку и на длинную периферическую вѣтку. Клѣтки имѣютъ тоже самое строеніе, какъ и клѣтки межпозвоночныхъ узловъ, и *g. geniculi* имѣютъ вѣроятно такое же значеніе для барабанной струны, какъ межпозвоночный узелъ для чувствительнаго спинальнаго нерва. Центральный путь *n. Wrisbergi*, по описанію проф. Даркшевича ²⁾, идетъ вмѣстѣ съ такимъ же путемъ для *n. glossopharyngei*.

Въ мозговомъ стволѣ этотъ путь проходитъ въ желатинозномъ веществѣ вмѣстѣ со спинальнымъ корешкомъ *n. glossopharyngei*. Слѣдующій установленный пунктъ для *n. glossopharyngei*, это—вентральная ядра *thalami optici* и окончателный пунктъ въ корѣ,—въ такъ называемомъ *operculum*. Названіе *n. Wrisbergi* тринадцатымъ черепнымъ нервомъ въ настоящее время, повидимому, не будетъ принято, но на основаніи вышеназложенныхъ изслѣдованій необходимо считать лицевой нервъ смѣшаннымъ нервомъ, и двигательнымъ и чувствительнымъ въ одно и тоже время, какъ *n. trigeminus*, *n. vagus* и *n. glossopharyngeus*.

Въ барабанной струнѣ, кромѣ вкусовыхъ волоконъ, идутъ еще секреторныя волокна для *glandula submaxillaris* и *gl. sublingualis*. Эти волокна, по *van Gehuchten'u*, имѣютъ начало изъ двигательной части лицевого нерва, или можетъ быть ихъ нужно разсматривать какъ волокна симпатической нервной системы ³⁾.

На основаніи приведенныхъ литературныхъ данныхъ и на основаніи рисунковъ *van Gehuchten'a* на схемѣ (см. рис. 2) для ясности представлено, что *n. Wrisbergi* только прикасается къ лицевому нерву и идетъ съ нимъ рядомъ. Въ дѣйствительности же нужно предполагать, что часть волоконъ съ той и съ другой стороны взаимно переплетается. *N. petrosus superficialis major*, по *Dixon'u* и *van Gehuchten'u*, содержитъ исключительно чувствительныя волокна изъ *n. Wrisbergi* ⁴⁾. *N. petrosus superficialis minor* содер-

¹⁾ Подробно эти работы перечислены у *van Gehuchten'a*. *Seconde volume*. P. 124 et 145—146.

²⁾ Проф. Л. О. Даркшевичъ. Курсы нервныхъ болѣзней. Казань. 1904. Т. 1. Стр. 151—154.

³⁾ *van Gehuchten*, I. c. *Second volume*. P. 126.

⁴⁾ *van Gehuchten*, I. c. P. 125.

житъ двигательныя волокна лицевого нерва, получаемыя черезъ анастомозъ, и чувствительныя волокна языкоглоточнаго нерва, получаемыя черезъ Якобсоновъ нервъ, назначеніе которыхъ неизвѣстно ¹⁾. *N. stapedius*—вѣтка исключительно изъ двигательной половины лицевого нерва.

Относительно секреторныхъ разстройствъ и разстройствъ вкуса при параличѣ *n. facialis* въ недавнее время появились подъ однимъ заглавіемъ двѣ объемистыя работы, основанныя на большомъ клиническомъ матеріалѣ и отчасти на экспериментальныхъ данныхъ. Эти работы *G. Köster'a*, которыя необходимо упомянуть ²⁾. *Köster* держится прежнихъ взглядовъ на происхожденіе вкусовыхъ волоконъ, считая ихъ зависящими отъ тройничнаго нерва. По его мнѣнію распреденіе волоконъ барабанной струны индивидуально различно. Оно можетъ простираться отъ передней трети языка до переднихъ четырехъ пятыхъ частей языка. Съ другой стороны и *n. glossopharyngeus* можетъ индивидуально иннервировать большую часть языка, чѣмъ одну его заднюю треть, а въ рѣдкихъ случаяхъ, можетъ быть, вкусовыя ощущенія всего языка зависать только отъ одного нерва: или *n. trigemini* или *n. glossopharyngei* ³⁾. При экстирпации *g. Gasseri* быстро восстанавливается вкусъ въ передней части языка при помощи коллатералей съ языкоглоточнымъ нервомъ.

Далѣе *Köster* приходитъ къ заключенію, что при параличѣ лицевого нерва очень часто бывають разстройства потоотдѣленія на пораженной половинѣ лица. Разстройства могутъ быть выражены или уменьшеніемъ потоотдѣленія—*anidrosis*,—или замѣтнымъ увеличеніемъ потоотдѣленія—*hyperidrosis*. Разстройства эти скоро проходятъ и зависать, вѣроятно, отъ поврежденія коллатеральныхъ волоконъ, связующихъ лицевой нервъ съ тройничнымъ нервомъ ⁴⁾.

¹⁾ *van Gehuchten*, I. c. P. 117.

²⁾ *G. Köster*. Klinischer und experimenteller Beitrag zur Lehre von der Lähmung des Nervus facialis, zugleich ein Beitrag zur Physiologie des Geschmackes, der Schweiss-, Speichel- und Thränenabsonderung. Arch. f. klin. Med. Bd. 68, p. 343 u. 505. Jahresbericht der Neurologie u. Psychiatrie. Berlin. IV. 1900. p. 580—583.

G. Köster. Ein zweiter Beitrag von der Facialislähmung, zugleich ein Beitrag zur Physiologie des Geschmackes etc... Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 72, p. 327 u. 518. Jahresbericht. Berlin. VI. 1902. P. 703—704.

³⁾ Даркшевичъ I. c. Стр. 154.

⁴⁾ *Raymond* I. c. P. 371.

Разстройства слюноотделения на одной стороне при заболевании лицевого нерва касаются только подъязычной и подчелюстной железы. Околоушная железа никогда в данном случае не принимает участия. Слюноотделение из названных желез не только может быть уменьшено или прекращено, что бывает при параличе их нервных веток, но иногда даже ясно увеличено, что служит признаком раздражения соответствующих нервов. Возстановление слюноотделения происходит более медленно, чем исчезание разстройства потоотделения в лицевой области.

Третий вид секреторных разстройств при заболевании *n. facialis* относится к образованию слез. Почти всегда при исследовании больных с параличем лицевого нерва на эту сторону мало обращается внимания и при описаниях болезни лицевого нерва авторы большею частью об этом совсем не упоминают. Но еще в 1876 г. Goldzieher¹⁾ замечил прекращение выделение слез на пораженной стороне в одном случае паралича *n. facialis*. Он даже высказал мнение, вопреки общепринятому, что может быть отделение слез зависит не от тройничного нерва, а от лицевого. Позднее Jendrassik²⁾ и Köster имѣли такіе же наблюдения, первый в трех случаях, а второй в одиннадцати. Разстройства секреции слез держатся гораздо дольше, чем разстройства потоотделения и разстройства вкуса. Слезотделение выравнивается почти вместе или незадолго до возстановления слюноотделения. По некоторым данным уменьшение или совершенное прекращение слезотделения было приписано повреждению лицевого нерва в области *g. geniculi*, откуда специальная волокна через *n. petrosus superficialis major* попадают в *g. sphenopalatinum*. Не смотря на эти единичныя, хотя и очень тщательныя наблюдения, вопрос о разстройствах слезотделения и о локализации этих разстройств при заболеваниях лицевого нерва до настоящего времени остается, по мнению Bernhardta³⁾, вопросом еще открытым, тем более, что экспериментальныя данныя самого Köster'a на кошках и кроликах не подтвердили участия лицевого нерва в слезотделении и указали скорее на исполнение этой

¹⁾ Goldzieher. Beobachtung eines gänzlichen Sistiren der Thränenabsonderung, etc. Pester medicin. chirurg. Presse, 1876, № 27. Raymond l. c. pp. 371—372.

²⁾ Jendrassik. Sur le rôle du facial dans la sécrétion des larmes. Revue neurologique, 1894, № 7.

³⁾ Jahresbericht der Neurologie und Psychiatrie. Berlin. 5. 1901. S. 544.

функцию у животных другими нервами, именно: *n. sympathicus* или *n. trigeminus*. Последний нерв, как известно, стоит в близком общении с лицевым нервом и может принять участие в заболевании, выражающемся прекращением слезотделения.

Наконец необходимо сказать два слова о разстройствах чувствительности. Обыкновенно принято считать, что при заболевании лицевого нерва чувствительность кожи лица остается нормальной. Оказывается, что это правило не всегда бывает верным. Frankl-Hochwart внимательно исследовал чувствительность кожи лица в 20 случаях с болезнью лицевого нерва и в 8 нашел ее нарушенной. Mitchell³⁾ в одном случае резекции *n. trigeminus*, а в другом случае экстирпации *g. Gasserii*, по поводу невралгии тройничного нерва, замечил исчезание болей на стороне поражения и в то же время быстрое возстановление чувствительности в кожѣ лица пораженной стороны. Это наблюдение дает право заключить, что *n. facialis* содержит в себѣ и чувствительныя волокна.

Раньше, в моем докладе, было отмечено, что общее ядро *n. facialis* не воспринимает никаких двигательных волокон от других соседних ядер в мозговом стволе. Теперь слѣдует дополнить, что этого нельзя сказать о чувствительных волокнах. Д-р Бари при гистологическом исследовании при помощи способа Marchi замечил связь волокон в области ядра *n. facialis* с волокнами восходящаго чувствительнаго корешка *n. trigeminus*. Такая же связь между волокнами, выходящими из ядер *n. facialis* и *n. trigeminus*, была установлена раньше при помощи других гистологических методов исследования Ramon у Сажагемъ и Турнегомъ⁴⁾. Слѣовательно, взаимное общение между лицевым и тройничным нервами устанавливается не только многими периферическими анастомозами, но и волокнами в области ядер того и другого нерва. Представить в точности эти взаимныя отношения пока нѣтъ возможности, так как для этого недостает еще ясныхъ экспериментальныхъ и клиническихъ данныхъ. Поэтому и до сих пор не устранены еще все разно-

³⁾ John Mitchell. Cases of trigeminal spasm: resection—probable presence of sensory fibres in the seventh nerve. Journ. of nerv. and ment. dis. № 16.

Случай невралгии тройничнаго нерва, резекція—вероятность существованія чувствительныхъ волоконъ въ *n. facialis*. Обозрѣніе псих. 1899. Стр. 318.

⁴⁾ Обозрѣніе псих. 1899. Стр. 127 и 318.

гласия и схема периферических анастомозов, которая представлена у меня здесь (см. рис. 2), согласно взглядам и рисункам van Gehuchten'a, принята только во французских учебниках. Немецкие авторы и до сих пор пользуются схемой Erb'a, указав предварительно, как это сдѣлал Oppenheim в своемъ руководствѣ¹⁾, на тѣ пункты ея, которые не могутъ быть приняты, благодаря новымъ изслѣдованіямъ.

Такимъ образомъ, въ схемѣ, представленной здѣсь (см. рис. 2), есть пункты, не имѣющіе безусловнаго значенія. Нѣкоторыя заключенія, послужившія основой схемы, по мнѣнію Raymond²⁾ были оспариваемы и до сих пор остаются спорными. Но схема приноситъ всетаки большую пользу, упрощая и выясняя, хотя отчасти, слишкомъ запутанныя отношенія и не позволяя далеко отходить отъ истины. Спорные пункты допускаютъ только два или три толкованія, которыя всегда нужно имѣть въ виду для выясненія истины, но выходить изъ круга этихъ толкованій, новинувшись современной схемѣ, мы не можемъ, что уже значительно сокращаетъ кругъ предположеній и предостерегаетъ отъ излишнихъ ошибокъ. Въ этомъ, конечно, большое облегченіе.

На практикѣ при діагностикѣ болѣзни лицевого нерва могутъ встрѣтиться затрудненія другого рода. На схемѣ мы предполагаемъ на извѣстномъ уровнѣ периферическое пораженіе нерва во всю его толщину. Въ дѣйствительности же могутъ встрѣчаться случаи не только тотальнаго и диффузнаго пораженія, но и частичнаго. Стволъ седьмого нерва можетъ быть задѣтъ процессомъ съ поверхности на какой либо одной сторонѣ нерва. Болѣзненный процессъ можетъ тянуться на значительное разстояніе въ видѣ ленты, оставляя другую часть всей толщины нерва совершенно здоровой. Въ такихъ сложныхъ случаяхъ схема должна прийти на помощь, особенно тогда, когда со временемъ будущими клиническими наблюденіями установится детальное раздѣленіе волоконъ лицевого нерва на двигательныя, чувствительныя и секреторныя.

Другое затрудненіе при діагностикѣ болѣзни седьмой пары черепныхъ нервовъ состоитъ въ томъ, что многіе симптомы часто ускользаютъ отъ наблюденія. Болѣзни лицевого нерва въ большинствѣ случаевъ являютъ болѣе легкими сравнительно съ другими бо-

¹⁾ Oppenheim. Руководство по нервнымъ болѣзнямъ. Переводъ Говскава. Москва. 1896. Стр. 302—305.

²⁾ Raymond I. c., p. 373.

лѣзнями нервной системы. Онѣ не грозятъ жизни больныхъ никакой опасностью и только иногда пугаютъ, особенно женщинъ, внезапно появившимся обезображиваніемъ лица. Поэтому больные приходятъ въ нашу амбулаторію часто на третій или четвертый день, когда нѣкоторыя расстройства, какъ напримѣръ расстройства вкуса, секреторныя расстройства и расстройства чувствительности могутъ исчезнуть безслѣдно и средства для точной діагностики окажутся неполными. Одинъ изъ симптомовъ,—реакція перерожденія при изслѣдованіи электричествомъ,—является, наоборотъ, очень поздно, иногда на 10 или 14 день послѣ начала заболѣванія. Это, конечно, необходимо имѣть въ виду и при діагностикѣ не торопиться съ опредѣленіемъ тяжести случая и съ прогнозомъ.

Этимъ я могъ бы закончить свое сообщеніе, если бы не сдѣлалъ раньше нѣсколько существенныхъ пропусковъ стремясь поскорѣе кончить объясненіе схемы. Пропущено перечисленіе симптомовъ поврежденія волоконъ лицевого нерва на различныхъ уровняхъ, начиная отъ коры головного мозга до периферическихъ окончаній. Пропускъ этотъ былъ невольный, такъ какъ теперь это сдѣлать удобнѣе, когда выяснено значеніе всѣхъ волоконъ, составляющихъ лицевого нерва, на всемъ протяженіи, и краткое перечисленіе теперь займетъ гораздо меньше времени.

Во вторыхъ, мнѣ предстоитъ въ короткихъ словахъ изложить исторіи тѣхъ больныхъ, по поводу которыхъ мнѣ пришлось сдѣлать настоящую мою литературную справку. Часть этихъ наблюденій мною уже опубликована; остаются еще три краткихъ исторій болѣзни. Относительно остальныхъ я покажу только фотографіи съ больныхъ.

Въ третьихъ, какъ мнѣ кажется, необходимо указать: какіе случаи заболѣванія лицевого нерва представляютъ научный интересъ и заслуживаютъ отдѣльнаго описанія. Какіе случаи по своей локализаци болѣзни, по своей рѣдкости и по симптомамъ не должны миновать научной оцѣнки, такъ какъ частность случая можетъ иногда выяснитъ какой либо одинъ изъ вопросовъ этой сложной области.

Постараюсь исправить эти свои три пропуска одновременно и параллельно.

1. Представимъ себѣ пораженіе волоконъ лицевого нерва въ первомъ пунктѣ, въ самомъ началѣ, въ корѣ головного мозга, (см.

рис. 2, черта под цифрой 1). Такие случаи ясно выраженного коркового поражения лицевого нерва чрезвычайно редки и не должны быть пропущены без описания. Разного рода опухоли в толще мозговых оболочек чаще бывают на основании черепа и только как редкое исключение могут встречаться на выпуклой поверхности мозга. Опухоль давит на центр лицевого нерва и соседней области. Небольшая вдавленность черепа, вследствие травматических повреждений, если они случайно придутся против коркового центра лицевого нерва, могут создать такие же условия. Нужно заметить, что разлитые поражения мы здесь совсем не имеем в виду.

Повреждение коркового центра лицевого нерва не может быть изолированным. Выше этого центра лежит центр для руки, ниже центр для п. hypoglossi, впереди в левом полушарии центр Вроса, центр рчи. Повреждение каждого центра отдаленно даже искусственно на животных представляет некоторую трудность. Поэтому при вышеуказанных условиях, кроме явлений паралича на противоположной половине лица, должны быть или также явления паралича, или явления двигательного раздражения в участках человеческого тела на противоположной стороне, управляемых соседними корковыми центрами, т. е. в области руки или в области п. hypoglossi на противоположной стороне. Такая смешанная картина есть непременное условие подобных кортикальных заболеваний. Кроме того, явления раздражения в коре вызывают от времени до времени припадки эпилепсии, в особенности эпилепсии Jackson'a. Судороги в противоположной половине лица иногда могут начаться за несколько секунд еще до полной потери сознания и потом переходят на руку и всю половину тела противоположной стороны. Сознание вскоре теряется и припадок заканчивается общими судорогами, как и при обыкновенной эпилепсии. Паралич мышц противоположной половины лица будет неполный. Верхний facialis, имьющий двустороннюю иннервацию и получающий волокна с противоположной стороны в области ядер, мало страдает от паралича. Рефлексы в области лица, зависящие от thalamus opticus, будут сохранены. Эмоциональные движения могут быть нарушены не вполне, так как страдает только их кортикальный центр и остается невредимым thalamus opticus, имьющий, вероятно, до некоторой степени и самостоятельное влияние на эту функцию. Реакция перерож-

дения при исследовании области лица электричеством будет отсутствовать. Она наблюдается только при параличах в ядре и ниже ядра на всем периферическом пути. Расстройств вкуса, чувствительности и секреторных расстройств, как признаки периферических параличей, также будут отсутствовать.

Кроме существенных симптомов кортикального поражения лицевого нерва и сопутствующих симптомов глйзднаго поражения, необходимо еще иметь в виду общие признаки внутрочерепного заболевания. Признаки эти будут наблюдаться при всьх внутрочерепных повреждениях лицевого нерва, начиная от коры головного мозга и кончая вступлением нерва в Фаллопиев канал. Сюда принадлежат явления общего недомогания, сильной слабости и головной боли. Часто бывает головокружение, потемнение в глазах, сонливость, обмороки, тошнота и рвота, признаки психической слабости, насильственный смьх, насильственный плач, и т. д. Если при этом наступает повышение внутрочерепного давления, то офтальмоскопом можно наблюдать изменения сьтчатки в видь застойнаго соска зрительнаго нерва или болъе легких явлений. Расстройства могут быть в различной комбинации между собою и в различной степени, иногда едва уловимой для наблюдения, а иногда в самой редкой формь.

В отличие от органических заболеваний кортикального центра лицевого нерва существует еще цьлый отдьлъ заболеваний этого центра чисто функциональных, известных под именем tic convulsif. Изъ всего класса tic'овыхъ заболеваний тикъ в области лицевыхъ мышцъ самый частый. Какъ функциональное страданіе tic convulsif не сопровождается никакими явлениями внутримозгового или внутрочерепнаго заболевания. Онъ является расстройствомъ, въ противоположность органическому, изолированнымъ въ области небольшой части лицевого нерва, никогда не простирается на весь нервъ, выражается только появлениемъ особыхъ непроизвольныхъ движений и не сопровождается другими побочными явлениями. У нервныхъ людей посль утомленія чаще всего встрьчаются частичные фибриллярныя быстрыя подергиванія въ области m. orbicularis oculi въ видь надодьдливыхъ трепетаній внизу около внутреннаго угла глаза или посрединь нижнаго века. Могутъ подергиванія появиться на углахъ рта или въ другихъ мьстахъ на лиць. Такія расстройства скоро проходятъ. Болъе тяжелые тики состоятъ изъ редкихъ и обширныхъ движений и появляются на

обихъ половинѣхъ лица, напримѣръ какъ спазмодическія сокращенія обохъ круговыхъ мускуловъ вѣкъ, въ видѣ усиленнаго и частаго миганія.—*nictitatio*. Проф. В. М. Бехтеревъ¹⁾ описалъ двѣ рѣдкія формы тика. Одну онъ назвалъ „смѣющимся тикомъ“, другую— „блуждательнымъ тикомъ“. Оба тика представляются очень сложными двусторонними движеніями, вполнѣ напоминающими такія же сложныя мимическія движенія лица. Смѣющийся тикъ наблюдается у людей интеллигентныхъ, нервныхъ по наследственности, проявляется гримасой вполнѣ похожей на смѣхъ, но безъ всякой зависимости отъ психическаго состоянія и настроенія больного. Этотъ тикъ нужно отличать отъ насильственнаго смѣха. Онъ усиливается при волненіи или при какомъ либо возбужденіи и уменьшается при отвлеченіи вниманія; появляется совершенно некстати во время серьезнаго разговора или произнесенія рѣчи и ставитъ больного въ непріятное положеніе, какъ это случилось съ героемъ извѣстнаго романа В. Гюго: „Человѣкъ, который смѣется“. *Блуждательный* тикъ состоитъ изъ невольнаго сложнаго движенія, похожего на обыкновенное движеніе, когда мы хотимъ втянуть какую либо жидкость въ носъ, и даже съ такимъ же характернымъ звукомъ.

Большая часть рѣзко выраженныхъ тиковъ плохо поддается лѣченію и остается въ одномъ положеніи на всю жизнь. Возникновеніе тика въ лицевыхъ мышцахъ обуславливается раздраженіемъ въ области чувствительнаго нерва, напр. *n. trigemini*. Но кромѣ этихъ рефлекторныхъ тиковъ значительная часть ихъ является просто какъ функциональное страданіе, вслѣдствіе молекулярныхъ, nutritивныхъ измѣненій въ клеткахъ коркового центра лицевого нерва. Другой локализациі для послѣднихъ тиковъ мы не можемъ найти потому, что они тѣсно связаны съ душевными процессами. Они всегда появляются вслѣдъ за какимъ либо сильнымъ душевнымъ потрясеніемъ; глубокимъ горемъ и угнетеннымъ состояніемъ и задрѣваютъ чаще всего тѣ мышцы, которыя служатъ для выраженія душевной жизни, какъ напр. *m. m. orbicularis oculi* и *m. m. zygomatici*. Такой случай былъ описанъ Oppenheim'омъ²⁾: одна дама страдала, казалось, неизлѣчимымъ тикомъ, который послѣ 12-ти лѣтняго существованія, однако, безслѣдно промель, послѣ того какъ больная испытала по одному

¹⁾ Проф. В. М. Бехтеревъ. О двухъ рѣдкихъ формахъ личнаго тика. Обзорные пенх. 1900. Стр. 895—897.

²⁾ Oppenheim l. c. p. 721.

случаю семейную радость. На основаніи этого мы можемъ приписать подобныя тики функциональному разстройству высшихъ центровъ эмоціональныхъ движеній въ мозговой корѣ или можетъ быть совместно съ такимъ же разстройствомъ въ *thalamus opticus*.

2. Второй пунктъ центральнаго пораженія волоконъ лицевого нерва (см. рис. 2, черта подъ цифрою 2) имѣетъ мѣсто въ блѣдомъ мозговомъ веществѣ на большомъ протяженіи отъ начала большого вещества подъ корой до ядра и будетъ проявляться однимъ и тѣми же симптомами. Симптомы пораженія будутъ по сравненію съ кортикальнымъ заболѣваніемъ измѣненными въ нѣкоторыхъ деталяхъ. Эпилепсін Jackson'a не будетъ совсѣмъ. *Monoplegia superior* на сторонѣ пораженія половины лица будетъ замѣнена полной гемиплегіей, такъ какъ двигательный пирамидальный пучекъ для всей противоположной съ мозговымъ пораженіемъ половины тѣла въ блѣдомъ мозговомъ веществѣ соединенъ въ сравнительно не толстый пучекъ и задрѣваетъ весь процессомъ. Кортикальный центръ для эмоціональныхъ движеній и такой же подчиненный центръ въ *thalamus opticus*, а также соединительныя волокна между ними и между *thalamus opticus* и ядромъ—будутъ совершенно не затронуты процессомъ. Вслѣдствіе этого эмоціональныя движенія на лицѣ будутъ совершенно не нарушены и искривленіе параличемъ лица при душевныхъ движеніяхъ даже выравнивается, какъ это давно замѣчено клиницистами¹⁾. Рефлексы также остаются сохраненными. Параличъ касается только произвольныхъ движеній и главнымъ образомъ въ нижней вѣткѣ *facialis*.

При гемиплегіяхъ на первый планъ выступаютъ явленія паралича половины тѣла,—параличъ же половины лица остается въ тѣни и часто недостаточно изслѣдуется. При патолого-анатомическихъ наблюденіяхъ, вслѣдствіе рѣзкости и обширности такого явленія, какъ кровоизліяніе, трудно что либо высказать относительно волоконъ лицевого нерва и степени ихъ пораженія. Все что можно извлечь изъ такихъ изслѣдованій уже сдѣлано, благодаря частотѣ случаевъ гемиплегій, кончающихся летально. Поэтому все эти случаи исчерпаны и не представляютъ въ настоящее время большого интереса. Научный интересъ возбуждаютъ только тѣ случаи, когда поврежденіе локализуется гдѣ-то, вѣроятно въ сѣрýchъ ядрахъ мозга, въ *corpus striatum*, и задрѣваетъ только волокна для

¹⁾ Gowers l. c. p. 76—78. Рис. 60—62.

лица, оставляя сохраненными волокна для руки и ноги. Такие случаи всегда описываются.

3. Третий пункт заболванія волоконъ лицевого нерва (см. рис. 2, черта подъ цифрою 3) находится въ thalamus opticus, въ его медиальныхъ ядрахъ. При такихъ условіяхъ будутъ нарушены эмоціональныя и рефлекторныя движенія на всей противоположной половинѣ лица, въ области верхней и нижней вѣтки facialis. Произвольныя движенія должны быть сохранены, такъ какъ путь для нихъ лежитъ мимо thalamus opticus. Такія же точно явленія должны быть и при перерывѣ соединительныхъ волоконъ отъ thalamus opticus къ ядру и, можетъ быть, отъ коры къ thalamus opticus. Не слѣдуетъ воздержаться отъ высказыванія предположеній въ характерѣ побочныхъ сопутствующихъ нарушеній, такъ какъ мы еще не знаемъ въ точности, гдѣ идутъ эти соединительныя волокна. Всѣ встрѣчающіеся случаи пораженія въ третьемъ пунктѣ должны быть описаны въ виду ихъ большого научнаго интереса.

4. Четвертый пунктъ пораженія (см. рис. 2, черта подъ цифрою 4) располагается въ ядрѣ, принадлежащемъ лицевому нерву. Здѣсь сходятся всѣ центральныя волокна нерва, а также и вспомогательныя волокна отъ ядра другой стороны. Поэтому отъ этого пункта и ниже при заболваніяхъ страдаетъ и верхняя и нижняя вѣтка n. facialis, такъ какъ захватываются не одиѣ клетки ядра, но и всѣ волокна этой области. Вслѣдствіе близости обоихъ ядеръ, праваго и лѣваго, часто страданіе бываетъ даже двустороннимъ и захватываетъ также ядра и другихъ черепныхъ нервовъ, особенно ядро n. abducens. Ядерный параличъ лицевого нерва сопровождается нерѣдко заболваніемъ двигательныхъ для всей противоположной стороны тѣла. Общій двигательный пучекъ, какъ видно изъ схемы рис. 2, идетъ еще непрерывнымъ, перекрещивается ниже, на основаніи чего и получается гемиплегія перекрестная, hemiplegia alternans, т. е. параличъ лицевого нерва на сторонѣ пораженія и двигательный параличъ на противоположной сторонѣ тѣла ¹⁾. Заболваніе лицевого нерва при локализациі въ этой области и ниже на периферіи будетъ выражаться двигательнымъ параличемъ и можетъ быть еще разстройствомъ потоотдѣленія и слюноотдѣленія. Нарушаются всѣ роды движеній: произвольныя, эмоціональныя, рефлекторныя и т. д. Реакція перерожденія при изслѣдованіи электрическими токами можетъ наблюдаться при всѣхъ

¹⁾ Raymond. l. c., p. 366.

периферическихъ заболваніяхъ лицевого нерва, начиная съ этого пункта. Но она можетъ и не быть. Въ легкихъ случаяхъ, когда изувѣненъ въ нервѣ незначительны и не стойки, они быстро выравниваются, не проявляясь ничѣмъ при изслѣдованіи электрическимъ токомъ. Въ среднихъ случаяхъ измѣненія въ лицевомъ нервѣ болѣе существенны и вызываютъ такіе процессы, которые обнаруживаются неполной реакціей перерожденія, вскорѣ потомъ исчезающей. Въ тяжелыхъ случаяхъ глубокіе процессы распадѣнія въ нервѣ вызываютъ ясную и полную реакцію перерожденія.

Случай ядернаго паралича лицевого нерва не часты. Каждый изъ нихъ долженъ быть описанъ и такимъ путемъ многое можетъ выясниться въ этой еще темной области. Кромѣ упомянутаго раньше случая д-ра Вери, въ недавнее сравнительно время были опубликованы случаи Mally ¹⁾, Сперанскаго ²⁾, Cabannes ³⁾ и Decroly ⁴⁾.

Часть ядерныхъ параличей встрѣчается какъ врожденные параличи, какими и были послѣдніе два описанные случая. Заболваніе не зависитъ отъ внутриутробнаго поврежденія нервовъ младенца или отъ кровозліянія во время продолжительныхъ и трудныхъ родовъ (хотя и это бываетъ возможно), такъ какъ въ обоихъ случаяхъ роды были нормальны, непродолжительны и безъ искусственной помощи, а обусловливается какимъ то болѣзненнымъ процессомъ въ сѣрыхъ ядрахъ плода во время утробной жизни, можетъ быть, вслѣдствіе нервныхъ заболваній родителей, или какихъ либо вредныхъ вліяній во время беременности ⁵⁾. Но часто въ этихъ случаяхъ точной этиологіи заболванія установить бываетъ невозможно.

Тѣмъ же самыми признаками, какъ и при ядерныхъ параличахъ, будутъ отличаться такъ называемые подъядерные параличи, съ локализацией на пути волоконъ n. facialis отъ ядра до выхода на поверхность мозга, такъ какъ отношенія этого небольшого пути къ сосѣднимъ частямъ остается тоже самое.

¹⁾ Mally. Случай двойного личнаго паралича бульбарнаго происхожденія. Обзор. нех. 1899, Стр. 339.

²⁾ Г. Н. Сперанскій. Случай ядернаго паралича. Обзоріе нех. 1901, Стр. 623—624.

³⁾ Cabannes. Etude sur la paralysie faciale congénitale. Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir. № 102. Jahresbericht der Neurologie u. Psychiatrie. Berlin. 4. 1900. P. 578—579.

⁴⁾ Decroly. Diplégie faciale congénitale. Journ. de Neurol. № 2. Jahresbericht der Neurolog. u. Psychiatr. Berlin. 6. 1902. P. 704.

⁵⁾ Oppenheim l. c., стр. 300.

Здѣсь уместно будетъ привести исторію болѣзни, по поводу которой мнѣ пришлось сдѣлать литературныя справки, такъ какъ этотъ случай не укладывался въ рамки «схемы Егъ'а».

Русскій юноша П. К. 16 лѣтъ, крестьянинъ одного изъ уѣздовъ Витебской губерніи, фельдшерскій ученикъ Харьковскаго ветеринарнаго института, пришелъ въ нашу амбулаторію съ жалобами на давнишнюю болѣзнь. Въ возрастѣ 3 лѣтъ, какъ больной знаетъ по рассказамъ родителей, онъ заболѣлъ какой то тяжелой болѣзнью съ конвульсіями, послѣ которой перекоксилось все лицо, не закрывался правый глазъ и правая половина лица стала неподвижной. Теперь, черезъ 13 лѣтъ, все явленія значительно выравнились, но въ правой щекѣ бываютъ часто подергиванія. Иногда слезотеченіе, начавшійся въ правый глазъ, захватываетъ и лѣвый глазъ; слюна иногда плохо держится во рту. Въ остальномъ П. К. ни на что не можетъ пожаловаться, чувствуетъ себя хорошо и исправно ведетъ свои занятія.

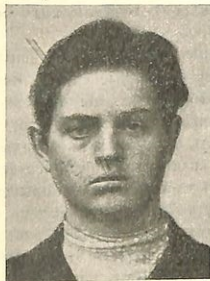


Рис. 5.

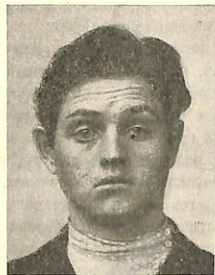


Рис. 6.

Реакція зрачковъ, рефлексамъ, все другія движенія и чувствительность у него нормальны. Слухъ не нарушенъ. При спокойномъ состояніи, — см. рис. 5, — можно замѣтить, что правый глазъ раскрытъ больше, чѣмъ лѣвый, правый уголъ рта опущенъ. При сокращеніи м. frontalis на лбу получаются многочисленныя складки; на лѣвой сторонѣ онъ выше и глубже, — см. рис. 6. — Правый глазъ по прежнему остается открытымъ больше, чѣмъ лѣвый, и правый уголъ рта также опущенъ. М. corrugator supercilii сокращается равномерно съ обѣихъ сторонъ, — см. рис. 7, — но при этомъ разница въ величинѣ глазныхъ щелей остается по прежнему. При попыткѣ закрыть глаза, — см. рис. 8, — правый глазъ закрывается невполнѣ.

Въ то время, когда больной улыбается, асимметрия въ лицѣ дѣлается болѣе замѣтной. Слѣдовательно, эмоциональныя движенія также нарушены. При возбужденіи фарадическимъ токомъ не получается никакой разницы въ обѣихъ половинахъ лица. Гальванической токъ тоже не обнаруживаетъ качественныхъ измѣ-

неній, но сила его для полученія сокращеній на больной сторонѣ лица требуется немного большая, чѣмъ на здоровой сторонѣ.

Гдѣ локализовать данное заболѣваніе? Въ виду того, что въ началѣ болѣзни у ребенка были конвульсіи, можно было бы предполагать заболѣваніе коры, но тогда, послѣ такого длиннаго промежутка времени, должны были бы восстановиться совершенно движенія въ вѣѣкѣ и во всей области верхней вѣтки лицевого нерва и были бы вѣроятно вполне сохранены эмоциональныя движенія. Также должно сказать и о подкорковыхъ параличахъ, когда долженъ быть



Рис. 7.

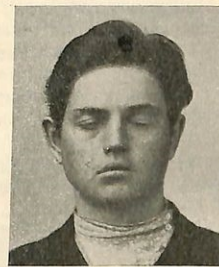


Рис. 8.

еще правый гемипарезъ, чего не было у нашего больного. На основаніи этого мы должны предположить небольшое гнѣздо гдѣ либо въблизи ядра. Конвульсіи у дѣтей происходятъ съ большей легкостью, чѣмъ у взрослыхъ. Онѣ могутъ быть при всякомъ внутричерепномъ заболѣваніи, а не только при заболѣваніи въ корѣ. Для точнаго указанія мѣста локализациі болѣзни въ нашемъ случаѣ не имѣется никакихъ ясныхъ данныхъ. Вѣроятно оно ниже ядра и ниже колѣна внутри мозгового корешка лицевого нерва, гдѣ можно предполагать очень небольшое каннилярное кровоизліяніе, не нарушающее цѣлости сосѣднихъ частей; послѣднее возможно при тяжелыхъ дѣтскихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ (Strümpell). Вслѣдствіе процесса, существующаго очень долгое время, влияние его вѣроятно оказалось и на клѣтки ядра, почему на пораженной сторонѣ для сокращенія мускуловъ требуется болѣе сильный гальванической токъ, чѣмъ на сторонѣ здоровой.

5. Пятый пункт заболевания лицевого нерва (см. рис. 2, черта под цифрой 5) находится на основании мозга от выхода нерва из мозгового вещества до входа его в Фаллопиев канал. Опухоли на основании черепа, переломы и менингиты редко бывают настолько малы и ограничены, чтобы приносить вред только одному лицевому нерву. Обыкновенно задвываются и п. abducens и даже п. trigeminus, особенно его чувствительная часть. Двигательный, более тонкий корешок п. trigeminus иногда остается пощаженым, так как его, как думает проф. Raymond ¹⁾, в некоторым образом защищает более толстый чувствительный корешок. Иногда процесс переходит и на другую сторону и паралич лицевого нерва тогда является двусторонним, — diplegia facialis, — а также могут быть поражены и соседние нервы другой стороны, — abducens. — Goldblum ²⁾ описал один случай паралича многих черепных нервов с обеих сторон после перелома основания. Labadie-Lagrave et Boix ³⁾ описали даже один такой редкий случай, когда diplegia facialis получилась у больной вследствие глубоких разстройств кровообращения в артериях основания мозга. Диагноз был потом подтвержден патологоанатомическим исследованием.

При этом, конечно, могут быть наблюдаемы в различной степени симптомы внутричерепного заболевания. Таким образом мы видим, что признаки поражения лицевого нерва на основании мозга будут во многих случаях такие, что и при ядерных заболеваниях этого нерва. Распознавание, действительно, было бы очень трудно, если бы не существовало одного специального симптома для поражений лицевого нерва на основании мозга, это неизбежного участия в заболевании слухового нерва, так как оба нерва идут здесь рядом и лицевой нерв располагается в желобке слухового. Очень тонкий п. Wrisbergi хорошо закрыт между двумя этими нервами и потому не участвует в поражении.

Возможно представить еще одну небольшую локализацию заболевания п. facialis в этой области. Если болзаненный процесс

¹⁾ Raymond l. c., p. 367—368.

²⁾ Goldblum. Ein Fall von Basisfractur mit beiderseitiger Lähmung der n. n. olfactorii, optici, oculomotorii, trochlearis, I. Trigeminiäste und des rechten abducens. Czasopismo lekarskie. P. 526. Jahresbericht der Neurolog. u. Psychiatr. 6. Berlin. 1902. P. 705.

³⁾ Labadie-Lagrave et Boix. Sur un cas de diplegie faciale totale. Archives générales de médecine, janvier, 1896.

располагался бы на дне внутреннего слухового прохода, — meatus acusticus internus, — и ограничивался бы незначительной площадью, то были бы симптомами только поражения лицевого и слухового нерва, без всякого участия других черепных нервов и может быть совершенно без внутричерепных явлений.

Все параличи лицевого нерва с поражением на основании мозга представляють большой интерес и потому должны быть описаны в каждом случае.

6. При заболевании лицевого нерва в шестом пункте (см. рис. 2, черта под цифрой 6) на уровне g. geniculi, кроме разстройств всех родов движений в лицевых мышцах, кроме разстройств потоотделения и слюноотделения, прибавятся еще разстройства вкуса, разстройства слезоотделения и разстройства слуха в виде нервозной глухоты, вследствие близости отсюда слухового нерва.

7. В седьмом пункте (см. рис. 2, черта под цифрой 7) ниже g. geniculi до отделения chordae tympani будут также явления, как и в предыдущем случае, но будут отсутствовать разстройство слезоотделения. Разстройство слуха, в зависимости от паралича m. stapedii, будет выражаться в другой форме, в форме hyperacusis.

8. Восьмой пункт места нарушения в лицевом нерве (см. рис. 2, черта под цифрой 8) находится ниже отделения от него барабанной струны до конечных разветвлений. Этот пункт самый последний. При поражении нерва в этом месте, кроме паралича всех движений в соответствующей половине лица и разстройства потоотделения, другие симптомы непременно должны отсутствовать.

Каждая периферическая нервная ветка на лице конечно может быть также поражена в отдельности, вследствие порезов или других травматических повреждений, что будет выражаться частичными параличами, но что легко отличить от более центральных повреждений.

Периферическая заболевание лицевого нерва с поражением, располагающимся на различных уровнях от g. geniculi и до конечных ветвей, есть самый частый паралич этого нерва. Обыкновенно такие параличи считаются простудными и мало интересными в научном отношении. Симптомами их известны, выяснить же сущность изменений в нерве не удастся, так как болезнь протекает без всякой опасности для жизни и потому патологоанатомических наблюдений не имеется. Только редкая случайность к

несчастью для больного может представить материал для анатомического исследования, как это было в наблюдении Minkowsk'аго ¹⁾. Молодой каменщик работал в корридорѣ, получал от сквозного вѣтра параличъ лицевого нерва, а черезъ нѣсколько дней окончилъ жизнь самоубійствомъ. Если бы исследовались такіе исключительные случаи съ параличемъ лицевого нерва, то, вѣроятно, скоро бы выяснились запутанныя отношенія анастомозовъ этого нерва съ другими сосѣдними нервами.

Относительно названія периферическихъ параличей ревматическими, простудными, взгляды ученыхъ въ послѣднее время значительно измѣнились. Möbius, Hübschmann, Raymond и другіе, что упомянуто въ моей прежней работѣ ²⁾, считаютъ эту болѣзнь во многихъ случаяхъ за легкую инфекцію. Простуда, по Möbius'у, здѣсь играетъ такую же роль, какъ и при крупозной пневмоніи, т. е. какъ момента предрасполагающаго. По многимъ наблюдениямъ для Харькова это мнѣніе подтверждается. Большое число больныхъ простуднымъ параличемъ лицевого нерва является въ нашу амбулаторію не въ самые холодные мѣсяцы, декабрь и январь, а въ октябрь и около 25 марта. Можетъ быть въ это переходное время возникаютъ особенныя благоприятныя условія для развитія въ домахъ болѣзнетворныхъ агентовъ, прививающихся при простудахъ въ области лица. Периферическій параличъ лицевого нерва, по описаніямъ вышеупомянутыхъ авторовъ, имѣетъ и общіе признаки легкой инфекціонной болѣзни.

Остается упомянуть еще объ одной очень интересной формѣ периферическаго паралича, каждый случай которой всегда описывается. Имѣю здѣсь въ виду двустороннюю форму периферическаго паралича лицевого нерва, — diplegia facialis. Раньше мною были упомянуты случаи ядернаго двусторонняго паралича у новорожденныхъ и случаи двусторонняго паралича съ мѣстомъ пораженія на основаніи черепа. Но такіе же двусторонніе параличи лицевого нерва могутъ зависѣть и отъ пораженій нерва на периферіи ниже основанія черепа, каковыя рѣдкіе случаи и были описаны. Лицевые нервы у младенца легко могутъ быть сдавлены съ обѣихъ сторонъ при узкихъ родовыхъ путяхъ, или при наложеніи акушерскихъ

¹⁾ Minkowski. Zur pathologischen Anatomie der rheumatischen Facialis-lähmung. Berliner klin. Wochenschrift. 1891. № 27, p. 665.

²⁾ О двустороннемъ параличѣ лицевого нерва. Diplegia facialis. Обозрѣн. психіатр. 1900. № 12. Стр. 891—892.

щипцовъ ¹⁾, хотя вредное вліяніе здѣсь исходить, можетъ быть, не столько отъ искусственной помощи; сколько отъ причинъ еѣ вызывающихъ.

Затѣмъ diplegia facialis у взрослыхъ бываетъ при двустороннемъ заболѣваніи среднего уха, при двустороннемъ отитѣ. Бываетъ также и при сифилисѣ. Множественный невритъ иногда можетъ выражаться заболѣваніемъ лицевого нерва съ обѣихъ сторонъ вмѣстѣ съ пораженіемъ и другихъ периферическихъ нервовъ, а иногда полиневритъ исключительно локализуется въ обѣихъ



Рис. 9.

лицевыхъ нервахъ. Такая локалізація бываетъ не только при полиневритахъ, вызванныхъ инфекціонными причинами, но и при полиневритахъ, вызванныхъ химическими соединеніями. Strümpell ²⁾ описалъ два случая diplegiae facialis при алкогольномъ полиневритѣ. Двусторонніе параличи при полиневритахъ обуславливаются тѣмъ, что при этой болѣзни измѣняется составъ крови и вредное начало дѣйствуетъ одновременно съ обѣихъ сторонъ.

¹⁾ Oppenheim. I. e., стр. 300.

²⁾ v. Strümpell. Diplegia facialis bei Polyneuritis. Neurolog. Centralblatt. 1897., № 13.

Не смотря на такое разнообразіе причинъ, вызывающихъ двусторонній периферическій параличъ лицевого нерва, вообще эти случаи бывають очень рѣдки. За пять лѣтъ въ обильной больницѣ амбулаторіи при клиникѣ Chacot профессоромъ Raymond были описаны только два случая. Мнѣ лично пришлось имѣть два такихъ наблюденія, конечно по счастливой для меня случайности: одинъ случай на Кавказѣ, благодаря любезности проф. Я. А. Анфимова, представившаго мнѣ это наблюденіе для описанія, и другой случай здѣсь, въ Харьковѣ, благодаря любезности врачей во-



Рис. 10.

еннаго госпиталя: П. И. Танфильева, В. А. Затворничаго и проф. М. М. Ломиковаго. Оба случая были описаны¹⁾.

Въ заключеніе приведу краткую исторію болѣзни обыкновеннаго, типичнаго, периферическаго, односторонняго, очень рѣзко выраженаго паралича п. facialis и другую исторію легкаго периферическаго паралича съ нѣсколькими необычными явленіями.

Больная М. М. русская дѣвица 19 лѣтъ, мѣщанка изъ небольшого городка Орловской губерніи, живетъ постоянно въ Харьковѣ. Раньше была всегда здоровой. Занимается шитьемъ домашнего платья, почему великимъ постомъ ей много приходилось работать, торопясь заканчивать срочные заказы. Во время работъ

¹⁾ Обозрѣн. психіатр. 1900. № 12.

часто отворялась въ окнѣ форточка минутъ на десять. Поздно вечеромъ 25-го марта больная почувствовала боль впереди лѣваго уха и утромъ 26-го замѣтила сильное переканчиваніе лица, вследствие паралича лѣвой его половины.

При изслѣдованіи состояніе питанія больной оказалось хорошимъ; реакціи зрачковъ, тоны сердца и отпращиваніе внутреннихъ органовъ были нормальны. Колебательные рефлексы повышены. Чувствительность на обоихъ половинахъ лица была не нарушена. Асимметрія въ лицѣ выражена въ рѣзкой формѣ. Лѣвая половина лица совершенно неподвижна для всѣхъ родовъ движеній: произвольныхъ, рефлекторныхъ и эмоциональных. Лѣвый глазъ не закрывается, см. рис. 9.—При улыбкѣ рѣзкая разница была въ выраженіи лица правой и лѣвой половины. Правая половина при улыбкѣ, если закрыть бумагой на фотографіи лѣвую, представлялась весело смѣющейся, въ то время какъ, если мы закроемъ правую, лѣвая была суровой и строгой.—см. рис. 10.—Вкусъ и секреторныя разстройствя нарушены не были. Никакихъ намековъ на реакцію перерожденія въ первые дни не было. Черезъ 17 дней при изслѣдованіи фарадическимъ и гальваническимъ токами полная реакція перерожденія, очень ясно выраженная. Больной была поставлена за лѣвымъ ухомъ мушка, а черезъ нѣкоторое время другая и ежедневно произвѣдалась гальванизація лѣвой половины лица. Внутри больной принимала солипринъ. Улучшенія болѣзни не было никакого, поэтому, вѣроятно, больная скоро исчезла изъ нашей амбулаторіи. Случай былъ очень тяжелый и возможно, что нѣкоторые признаки пораженія лѣваго лицевого нерва у больной останутся на всю жизнь.

Судя по той картинѣ, какаю наблюдалась у нашей больной, можно съ увѣренностью сказать, по даннымъ нашей схемы, что мѣсто пораженія здѣсь находилось въ лѣвомъ лицевомъ нервѣ ниже отхода chordae tympani отъ нерва, или даже ниже foraminis stylomastoidei.

Представляю здѣсь фотографіи нѣсколькихъ другихъ случаевъ тяжелой формы периферическаго паралича лицевого нерва. Локализація этихъ заболѣваній приблизительно таже, что и предыдущаго случая.

Наблюденіе легкаго периферическаго паралича съ симптомами на первый взглядъ необычными относилось къ торговцу 26 лѣтъ, еврею К. К.

Въ продолженіи 3 лѣтъ больной понемногу сталъ терять слухъ на лѣвое ухо. Вместе съ этимъ уменьшалась и подвижность на той же сторонѣ лица. Въ остальномъ К. К. былъ здоровъ.

Правымъ ухомъ больной слымалъ хорошо, а лѣвое ухо различало тканье часебъ, когда ихъ выдвинуто приложивъ къ уху. Подвижность въ верхней части лица на лѣбу была достаточная. Больной даже могъ закрыть одинъ лѣвый глазъ, но не такъ плотно, какъ на здоровой сторонѣ. При произвольныхъ движеніяхъ въ углахъ рта лѣвая сторона была менѣе подвижна. Особенно это замѣтно во время разговора больного, когда движеніе губъ происходило только на правой сторонѣ, лѣвый же уголокъ рта былъ сжатъ и не принималъ въ движеніяхъ никакого участія. Это замѣтно и на фотографіи съ больного, снятой во время разговора,—см. рис. 11.—Между тѣмъ какъ эмоциональныя движенія, какъ напри-

Не смотря на такое разнообразіе причинъ, вызывающихъ двусторонній периферическій параличъ лицевого нерва, вообще эти случаи бываютъ очень рѣдки. За пять лѣтъ въ обильной больничной амбулаторіи при клиникѣ Chargoï профессоромъ Raymond были описаны только два случая. Мнѣ лично пришлось имѣть два такихъ наблюденія, конечно не счастливой для меня случайности: одинъ случай на Кавказѣ, благодаря любезности проф. Я. А. Анфимова, представившаго мнѣ это наблюденіе для описанія, и другой случай здѣсь, въ Харьковѣ, благодаря любезности врачей во-



Рис. 10.

еннаго госпиталя: П. П. Танфильева, В. А. Затворницкаго и проф. М. М. Ломиковскаго. Оба случая были описаны ¹⁾.

Въ заключеніе приведу краткую исторію болѣзни обыкновеннаго, типичнаго, периферическаго, односторонняго, очень рѣзко выраженаго паралича n. facialis и другую исторію легкаго периферическаго паралича съ нѣсколькими необычными явленіями.

Больная М. М. русская дѣвца 19 лѣтъ, мѣщанка изъ небольшого городка Орловской губерніи, живетъ постоянно въ Харьковѣ. Раньше была всегда здоровой. Занимается шитьемъ домашнего платья, почему великимъ постомъ ей много приходилось работать, торопясь заканчивать срочные заказы. Во время работы

¹⁾ Обзорѣн. психіатр. 1900. № 12.

часто отворилась въ окнѣ форточка минутъ на десять. Поздно вечеромъ 25-го марта больная почувствовала боль впереди лѣваго уха и утромъ 26-го замѣтила сильное перекашивание лица, вслѣдствіе паралича лѣваго его половины.

При изслѣдованіи состояніе питанія больной оказалось хорошимъ; реакціи зрачковъ, тоны сердца и отпаиванія внутреннихъ органовъ были нормальны. Ко-дѣнные рефлексы повышены. Чувствительность на обѣихъ половинахъ лица была не нарушена. Асимметрия въ лицѣ выражена въ рѣзкой формѣ. Лѣвая половина лица совершенно неподвижна для всѣхъ родовъ движеній: произвольныхъ, рефлекторныхъ и эмоциональныхъ. Лѣвый глазъ не закрывается, см. рис. 9.—При улыбка рѣзкая разница была въ выраженіи лица правой и лѣвой половины. Правая половина при улыбка, если закрыть бумагой нѣ фотографіи лѣвую, представлялась весело смѣющейся, въ то время какъ, если мы закроемъ правую, лѣвая была суровой и строгой.—см. рис. 10.—Вкусъ и секреторныя разстройства нарушены не были. Никакихъ намековъ на реакцію перерожденія въ первые дни не было. Черезъ 17 дней при изслѣдованіи фарадическыхъ и гальваническихъ токами полная реакція перерожденія, очень ясно выражена. Больной была поставлена за лѣвымъ ухомъ мушка, а черезъ нѣкоторое время другая и ежедневно производилась гальванизация лѣвой половины лица. Внутри больной принимала солициринъ. Улучшенія болѣзни не было никакого, поэтому, вѣроятно, больная скоро исчезла изъ нашей амбулаторіи. Случай былъ очень тяжелый и возможно, что нѣкоторые признаки пораженія лѣваго лицевого нерва у больной останутся на всю жизнь.

Суди по той картинѣ, кака я наблюдалась у нашей больной, можно съ увѣренностью сказать, по даннымъ нашей схемы, что мѣсто пораженія здѣсь находилось въ лѣвомъ лицевомъ нервѣ ниже отхода chordae tympani отъ нерва, или даже ниже foraminis stylo-mastoidei.

Представляю здѣсь фотографіи нѣсколькихъ другихъ случаевъ тяжелой формы периферическаго паралича лицевого нерва. Локализція этихъ заболѣваній приблизительно таже, что и предыдущаго случая.

Наблюденіе легкаго периферическаго паралича съ симптомами на первый взглядъ необычными относилось къ торговцу 26 лѣтъ, еврею К. К.

Въ продолженіи 3 лѣтъ больной понемногу сталъ терять слухъ на лѣвое ухо. Высокъ съ этимъ уменьшалась и подвижность на той же сторонѣ лица. Въ остальномъ К. К. былъ здоровъ.

Правымъ ухомъ больной слышать хорошо, а лѣвое ухо различало тиканье часовъ, когда ихъ виднотую приложишь къ уху. Подвижность въ верхней части лица на лѣбу была достаточная. Больной даже могъ закрыть одинъ лѣвый глазъ, но не такъ плотно, какъ на здоровой сторонѣ. При произвольныхъ движеніяхъ въ углахъ рта лѣвая сторона была менѣ подвижна. Особенно это замѣтно во время разговора больного, когда движеніе губъ происходило только на правой сторонѣ, лѣвый же уголокъ рта былъ сжатъ и не принималъ въ движеніяхъ никакого участія. Это замѣтно и на фотографіи съ больного, снятой во время разговора,—см. рис. 11.—Между тѣмъ какъ эмоциональныя движенія, какъ напримѣ-

мѣр смѣхъ, — см. рис. 12, — были вполнѣ нормальны. Реакція перерожденія не наблюдалась.

Въ виду того, что эмоціональныя движенія сохранены и мало поражена верхняя вѣтка *facialis*, можно бы на первый взгляд подозревать центральное заболѣваніе. Но противъ этого предположенія говоритъ одновременное заболѣваніе слухового нерва. По моему мнѣнію необычность симптомовъ здѣсь нужно объяснить тѣмъ, что процессъ первоначально локализовался гдѣ либо въ глубинѣ слухового органа и по сосѣдству задѣлъ вторично только незначительную часть волоконъ лицевого нерва, что выразилось парезомъ



Рис. 11.



Рис. 12.

нѣкоторыхъ произвольныхъ движеній, сохранивъ другія движенія во всей полнотѣ. Локализацию заболѣванія для п. *facialis*, слѣдовательно, нужно предполагать гдѣ нибудь отъ *g. geniculi* до нисходящаго направленія лицевого нерва.

Центральными параличами лицевого нерва, какъ выяснено было раньше, мы называемъ только тѣ, которые локализируются въ мозговомъ веществѣ и по преимуществу выше ядеръ, такъ какъ ядерныя и подъядерныя параличи отличаются симптомами периферическихъ параличей, главнымъ образомъ присутствіемъ реакціи перерожденія. Къ слуховому нерву центральныя параличи *facialis* не имѣютъ никакого отношенія.

Отд. оттиски изъ «Харьк. Медич. Журнала» за 1907 г.

Харьковъ. Типографія и Литографія М. Зильбербергъ и С-ва. Рыбная № 30.

34
93

611-0188:578



20

МЕТОДЪ NISSEY

И

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛѢДОВАНІЙ ПО ЭТОМУ МЕТОДУ

КЛѢТОКЪ

ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Дие. 2-ра мед.

А. М. Левковскій.



ХАРЬКОВЪ.

Паровая Типографія и Литографія Зильбербергъ.

Рыбная улица, домъ № 30-й.

1898.

