

Посвящается профессору офтальмологин Кенского Университета  
д-ру W. Löhlein'у.

Об одном своеобразном варианте поражения верхней  
ветви лицевого нерва при гемиплегии.

Проф. Н. Е. Осокина (Саратов).

Приводимый обычно для церебральных параличей лицевого нерва признак—поражение только нижних ветвей его и очень малое участие верхней ветви, объясняемое Dejerine'ом двусторонней супрануклеарной иннервацией последней, как показывают более детальные исследования больных, не может считаться абсолютно верным. Попадаются случаи, представляющие отступления, где в поражение вовлечены обе ветви. Такие случаи породили предположение о том, что центральные проводники для верхней ветви n. facialis на всем протяжении от коры до ядра в стволовой части мозга отделены от проводников для нижних ветвей. Допуская такое предположение, Darnau в своем случае гемиплегии, сопровождавшейся полным параличом n. facialis, находил объяснение ему в поражении передней части n. lenticularis с ansa lenticularis, через каковую область, по его мнению, проходит кортико-фугальный пучок для верхней ветви n. facialis. Подобное же объяснение давали совершенно аналогичному случаю Vedel, Giraud и Simeon. Revilliod еще в 1889 г. указал, что у больных, страдающих, на первый взгляд, вульгарной органической гемиплегией с параличом лица, ограничивающимся исключительно нижними ветвями n. facialis, в первые дни всегда обнаруживается феномен со стороны m. orbicularis palpebrarum. Феномен этот сводится к потере способности производить отдельно закрывание глаза на парализованной стороне—в то время, как одновременное закрытие обоих глаз совершается вполне правильно, и остается также нетронутой изолированная функция m. orbicularis palpebrarum на здоровой стороне. Впрочем значение этого феномена понижается собранными по этому поводу статистическими данными, показывающими, что имеется около 10% совершенно здоровых людей, неспособных закрывать какой-либо один глаз. Дальнейшие наблюдения, относящиеся к описанному явлению, сообщены были Боядиевым. На значении этого феномена останавливается в недавней своей работе и L. Bard, добавляя еще одну деталь, отмеченную им при центральных параличах n. facialis со стороны m. frontalis. Его признак обнаруживается также лишь при одностороннем закрытии глаза, но не на стороне паралича, а на здоровой стороне,— иначе сказать, данный феномен может быть отнесен к типу контралатеральной координаторной синкинезии. В то время, как у нормального субъекта произвольное закрывание каждого глаза в отдельности сопровождается некоторым расширением глазной щели на другой стороне, что, очевидно, обуславливается антагонистической синергией, проявляемой со стороны m. frontalis и потому сопровождающейся появлением поперечных

лобных складок,—у гемиплегигов это явление можно наблюдать, лишь заставляя их закрывать глаз на стороне паралича, когда описанная контралатеральная синкинезия с характерным для нее сокращением *m. frontalis* обнаруживается на здоровой стороне. Обратного явления, т. е. такой же синкинезии на парализованной стороне, при активном закрытии другого глаза не наступает.

Ограничиваясь пока этими немногими указаниями на то, что верхняя ветвь *n. facialis* не всегда остается пощаженной при гемиплегии, и даже более того,—что при внимательном исследовании в ней всегда обнаруживаются те или иные растройства, переходим прямо к нашему случаю, в котором участие со стороны верхней ветви *n. facialis* выразилось весьма характерными явлениями.

А. П., 68 л., по профессии плотник, цотатор, имеющий на голенях характерные рубцы бугоркового сифилида, поступил в клинику 31/XII 1927 г. с явлениями двустороннего паралича, развившегося внезапно за неделю перед тем. Больной среднего роста, ослабленного питания. RW в крови положительная. Со стороны внутренних органов—эмфизема, *cardiosclerosis*. При исследовании нервной системы обнаружена двусторонняя гемиплегия с полным отсутствием активных движений руки и резким ограничением движений в ноге. Мышечный тонус в пораженных конечностях в первое время был несколько понижен, потом выровнялся, сухожильные рефлексы умеренно повышены, положительные симптомы *Babinski'skogo* и *Oppenheim'a*. Небольшое понижение кожной чувствительности на левой половине тела. Черепномозговая иннервация представлялась в следующем виде: движения глазных яблок совершаются свободно во всех направлениях, причем отмечается наклонность к содружественным движениям—поворот головы в ту сторону, в какую происходит движение глазных яблок. Отмечаются также синкинезии головы, недавно описанные *P. Schilder'om*, с наклоном ее вниз и поднятием во время закрытия и открытия глаз. Язык при высовывании отклоняется влево. Речь невнятна. Левая носогубная складка сглажена, угол рта на той же стороне опущен, глазная щель несколько расширена; рот и нос несколько перекошены в здоровую сторону. Обращает на себя внимание асимметрия со стороны лобной мускулатуры. При открытых глазах поперечные складки на лбу слева выражены несколько сильнее; при закрытии глаз, на правой (здоровой) половине складки совершенно расправляются, тогда как слева происходит очень незначительное сглаживание их. За 4 месяца пребывания больного в клинике произошло заметное улучшение двигательной способности со стороны конечностей, больной стал уже ходить; со стороны лицевой мускулатуры продолжают обнаруживаться указанные нами выше явления почти в прежней степени.

Очевидно, отмеченные растройства в иннервации лицевой мускулатуры можно рассматривать, как один из примеров нарушения координации двигательного акта. В современной физиологии по данному вопросу доминирующее значение остается все еще за теорией *Duchenne'a*, последователями которой являются *Brücke*, *Rieger*, *Beauvis*, *Demeny*, *Richer* и из русских исследователей *Л. О. Даркшевич*. По этой теории каждое произвольное движение, даже самое простое, не исключая и задачи сохранения статики, требует участия многих мышц, являющихся таким образом в широком смысле синергистами, причем нередко в качестве синергистов являются не только агонисты, но и антагонисты. Доктрина *Duchenne'a* противопоставляется другое учение, во главе которого стоят *Sherington*, *Hering* и *Mann*, и по которому антагонисты никогда не принимают активного участия в двигательных актах, ибо в момент сокращения агонистов они непременно должны расслабляться. Согласование обоих взглядов мы находим у *О. Foerster'a*, полагающего, что, хотя двигательный акт и может совершаться за счет точно соразмерной иннервации одних агонистов, но очень часто избирается другой

способ при участии сочетанной функции агонистов и антагонистов, оказывающихся в целом ряде движений далеко нелишними.

Обращаясь к функциям закрывания и открывания глаз, мы видим, что здесь действующими являются главным образом, мышцы *m. levator palpebrae sup.* и *m. orbicularis oculi*, причем во время сокращения одной другая расслабляется; синергистами к ним являются *m. frontalis* для *m. levator palpebrae sup.* и *m. corrugator supercilii*—для *m. orbicularis oculi*. Понятно, что там, где напряжение *m. frontalis* оказывается достаточно сильным, участие его в открытии глаза должно выступать особенно ясно. У нашего больного поперечные складки на лбу ясно выступают на здоровой стороне при полном раскрытии глазной щели, при смыкании же век они, вследствие полного расслабления *m. frontalis*, совершенно исчезают и заменяются несколькими складками, идущими в вертикальном направлении за счет сокращения *m. corrugator supercilii*. На пораженной стороне у нашего больного поперечные складки на лбу, напротив, несколько не расправляются и при замыкании глазной щели, выступая при этом даже несколько сильнее.

Описанный вариант в расстройстве лицевой иннервации указывает на происшедшую здесь мышечную диссоциацию, заключающуюся в сохранении у лобной мышцы (*m. frontalis*) ее обычного тонуса и даже, может быть, усилении его в момент сокращения *m. orbicularis*. В ответ на вопрос, каков механизм такого запутанного, на первый взгляд, сочетания двигательных расстройств, наиболее вероятным представляется мысль об участии в нем *palaeostriati*, оказывающего, через посредство волокон *ansae lenticularis*, тормозящее действие на мышечный тонус. Таким образом в отношении топической диагностики наш случай укладывается приблизительно в рамки, указанные *Damany*, а также *Vedel'em*, *Giraud* и *Siméon*'ом для случаев паралича обеих ветвей *n. facialis* при гемиплегиях. Повидимому, особенно близко он стоит также к тем комбинациям пирамидного гемипареза с поражением внепирамидного происхождения, о которых говорят *М. Нейдинг* и *Л. Бланк* в своей работе о двигательных расстройствах при внепирамидных заболеваниях. Вместе с этими авторами можно вполне допустить в экстрапирамидной системе существование специальных центров, предуготованных для подобных сочетаний. Представительство в этих центрах идет не по свойственным пирамидным центрам принципам, а потому допустимо представительство в них мышц, действующих в норме несинергично, что и ведет при выпадениях их к несколько своеобразным тонусным установкам подобно той, которая отмечена была в нашем случае.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

*Bard*. Progrès médical, 1927. — *Damany*. Presse médicale, 1917. — *Vedel, Giraud, Siméon*. Revue neurol., 1922. — *O Foerster*. Die Physiologie und Pathologie der Coordination. Iena, 1902. — *Л. О. Даркшевич*. Курс нервных болезней т. I, Казань, 1912. — *Pierre Marie et Ch. Foix*. Revue neurolog., 1916. — *Н. Е. Осокин*. Юбилейн. Сборник проф. Г. И. Россолимо, 1925. — *P. Schilder*. Deutsche Zeit. f. Nervenheilkunde., 1927. — *М. Нейдинг и Л. Бланк*. Современная Психоневрология,