

Изъ клиники нервныхъ болѣзней Новороссійскаго Университета (проф. Н. М. Попова).

DIPLEGIA FACIALIS.

Ординатора Психіатрической клиники Б. Н. Серафимова.

Diplegia facialis, насколько я могу судить по доступной мнѣ литературѣ встрѣчается не часто, такъ, съ перваго случая двухсторонняго паралича п. facialis, опубликованнаго *Ch. Bell'*емъ въ 1836 году, до 1913 года мнѣ удалось собрать всего 122 случая этой рѣдкой болѣзни ¹⁾. Профессоръ *Gowers* въ своемъ „Руководствѣ къ болѣзнямъ нервной системы“ говоритъ: „Двусторонній параличъ п. facialis наблюдается рѣдко ²⁾“. По наблюденіямъ клиники нервныхъ болѣзней Новороссійскаго Университета diplegia facialis встрѣтилась на 12234 стационарныхъ и амбулаторныхъ больныхъ только три раза, что составляетъ 0,04‰. Изъ этихъ трехъ случаевъ одинъ описанъ моимъ уважаемымъ учителемъ профессоромъ *Н. М. Поповымъ* въ его „Клиническихъ лекціяхъ по нервнымъ болѣзнямъ“ ³⁾, а два я привожу въ этой работѣ. Рѣдкость этого заболѣванія, интересные этиологическіе моменты, выз-

¹⁾ Изъ нихъ 28 случаевъ принадлежитъ перу *Pierreson'a* «De la diplegie faciale. Arch. de med. Paris. 1867 Vol. II VI Serie. Tome X.

²⁾ *Gowers* Руководство къ болѣзнямъ нервной системы т. II. стр. 232. 1896.

³⁾ Проф. *Н. М. Поповъ*. Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ. Изд. II. 1909 г. 283—303.

вашіе заболѣванія — все это заставляетъ меня думать, что опубликованіе ихъ имѣетъ свой „raison d'être“. Клиническая исторія болѣзни перваго случая такова.

Больной В. М. 22 лѣтъ, еврей, холостой, по профессіи учитель древне-еврейскаго языка, пріѣзжій изъ одного уѣзднаго города Подольской губерніи, поступилъ въ клинику нервныхъ болѣзней Новороссійскаго университета 18 октября 1912 года съ жалобой на параличъ лицевой мускулатуры на обѣихъ сторонахъ лица. Изъ анамнестическихъ свѣдѣній, сообщенныхъ самимъ больнымъ удалось выяснитъ слѣдующее. Больной происходитъ изъ совершенно здоровой семьи, никакихъ душевныхъ и нервныхъ заболѣваній въ роднѣ, какъ со стороны отца, такъ и со стороны матери, не было. Сейчасъ отцу 62 года, матери 60 лѣтъ; у нихъ пять человекъ дѣтей; всѣ дѣти живы и здоровы. Выкидышей у матери не было. *Abusus spirituosorum* у родителей больной отрицаетъ. Родился нашъ больной въ срокъ, роды были правильные, (какъ говорила ему мать), вскармливался молокомъ матери, росъ и развивался правильно, грамотѣ научился пяти лѣтъ, восьми лѣтъ поступилъ въ школу, учился хорошо, затѣмъ поступилъ въ еврейское специальное училище, которое 16 лѣтъ окончилъ и занялся преподаваніемъ древне-еврейскаго языка. Изъ перенесенныхъ заболѣваній больной отмѣчаетъ только одну корь, бывшую у него въ дѣтствѣ (8 лѣтъ). *Abusus ex Vachuo et Venere negatur*. Начало настоящаго заболѣванія протекало такъ. Въ маѣ мѣсяцѣ 1912 года больной, поссорившись изъ-за своей женитьбы съ родителями, пошелъ и купилъ на 10 коп. раствора карболовой кислоты. Возвратившись домой, онъ ее выпилъ и потерялъ сознаніе. Очнулся онъ черезъ 5 часовъ въ мѣстной земской больницѣ и спустя часа два вернулся домой, но въ теченіе всей ночи страдалъ, по его словамъ, сильной рвотой съ кровью, весь языкъ, ротъ, губы были бѣлыми; дня черезъ 3 всѣ корки больной самъ снялъ рукой. На пятый день послѣ отравленія больной, вставъ утромъ, замѣтилъ рѣзкую ассиметрію въ своемъ лицѣ; ротъ былъ скошенъ на лѣвую сторону; закрыть вполне правый глазъ онъ не могъ, пища западала за правую щеку. Въ теченіе слѣдующихъ трехъ дней скошенный влѣво ротъ принялъ нормальное положеніе, и ассиметрія въ лицѣ исчезла, но затрудненія въ приѣмѣ

пищи и разговорѣ выступили еще рѣзче. Въ этотъ же промежутокъ времени больной замѣтилъ, что уже оба вѣка глазъ не смыкаются плотно; нахмуриться, поднять брови, показать зубы тоже стало невозможнымъ. Всѣ перечисленные выше явленія не сопровождались болями въ лицѣ. Съ жалобой на эти явленія больной обратился къ мѣстному земскому врачу, который сталъ электризовать пораженныя мышцы лица, но послѣ почти мѣсячнаго леченія больной не видѣлъ никакого успѣха, поэтому онъ пріѣхалъ въ Одессу и обратился за помощью въ клинику нервныхъ болѣзней, куда былъ принятъ 18 октября 1912 года.

При объективномъ изслѣдованіи больного найдено: роста больного средняго, тѣлосложенія правильнаго, состоянія питанія пониженнаго, вѣсъ тѣла 3 п. 11 фунтовъ. Кожа, слизистыя оболочки рта, вѣкъ малокровны. Подкожная клѣтчатка развита слабо. Особенно обращаетъ на себя вниманіе лицо больного: оно безъ обычныхъ складокъ, безъ мимики, какъ бы на больного надѣта маска; носогубныя складки на обѣихъ сторонахъ лица сглажены, нижняя губа отвисла, при смыканіи вѣкъ глазныя яблоки остаются не прикрытыми; рѣзко выраженный симптомъ Bell'я, ерѣхога. Во время сна глаза остаются открытыми, что заставляетъ больного на ночь завязывать ихъ. Сложить губы въ трубку, чтобы свиснуть, задуть свѣчку, широко раскрыть ротъ, показать зубы, поднять брови, разсмѣяться больному не удается. Говорить больной очень невнятно; особенно затрудняетъ больного ѣда: твердая пища западаетъ у него за щеки и онъ долженъ оттуда доставать ее рукой, жидкая же пища выливается изъ рта, что заставляетъ больного при принятіи ея, сжимать губы руками. Со стороны другихъ черепно-мозговыхъ нервовъ никакихъ отклоненій отъ нормы обнаружить не удалось. При изслѣдованіи пораженныхъ вѣточекъ n. facialis и мышцъ обнаружена ясная реакція перерожденія. Вотъ данныя, полученные при изслѣдованіи фарадическимъ и гальваническимъ токомъ. Изслѣдованіе производилось 19 октября 1912 года:

Изслѣдованіе фарадическимъ токомъ съ нерва. На правой сторонѣ получились очень вялыя сокращенія при раздраженіи нижней вѣточки n. facialis (разстояніе катушекъ 6 сантиметровъ). Верхняя и средняя вѣточки никакихъ сокращеній

не дали. На лѣвой сторонѣ вялыя сокращенія дала только одна верхняя вѣточка (разстояніе катушекъ 6 сантиметровъ), остальные вѣточки не дали сокращеній (разстояніе катушекъ доводилось до 4-хъ сантиметровъ).

Ислѣдованіе гальваническимъ токомъ съ нерва. На лѣвой сторонѣ верхняя вѣтвь п. *facialis*. 5М.А.АЗС=К.ЗС. Сокращенія очень вялы. Средняя вѣтвь сокращеній не дала. Нижняя вѣтвь. 5М.А.АЗС=К.ЗС. Сокращенія вялы. На правой сторонѣ. Нижняя вѣтвь п. *facialis* 5М.А. АЗС=К.ЗС. Сокращенія вялы; верхняя и средняя вѣтви сокращеній не дали.

Ислѣдованіе мышцъ гальваническимъ и фарадическимъ токомъ.

M. levator labii superior. sinis. et dex. Ф. Т. 6 сант.
Сокращ. нѣтъ.

— — — — — Г. Т. 8М.А.
КЗС=АЗС. Сокращ. вялы.

M. levator menti Ф. Т. 5¹/₂ с. Сокращеній нѣтъ.

— — — Г. Т. 5М.А. К. ЗС=АЗС. Сокращ. вялы.

M. orbicularis oris Ф. Т. 5¹/₂ с. Сокращенія вялы.

— — — Г. Т. 5М.А. АЗС=К.ЗС. Сокращ.
вялы.

M. orbicularis orbitae d. et sin. Ф. Т. 6 с. Сокращ.
едва замѣтны.

— — — — — Г. Т. 6М.А АЗС=
КЗС. Сокращ. вялы.

M. Corrugator supercil. Ф. Т. 5¹/₂ с. Сокр. едва замѣтны.

— — — — — Г. Т. 5М.А АЗС=КЗС. Сокр.
вялы.

M. depressor labii infer Ф. Т. 6 сант. Сокращ. нѣтъ.

— — — — — Г. Т. 6М.А. АЗС=КЗС. Сокр.
вялы.

M. frontalis Ф. Т. 5 сант. Сокращенія вялы.

— — — Г. Т. 5М.А. АЗС=КЗС. Сокращ. вялы.

Всѣ виды кожной чувствительности какъ на лицѣ такъ и на другихъ частяхъ тѣла не измѣнены. Со стороны рефлекторной возбудимости найдено: Рефлексы *bicipitis* и *tricipitis brachii* получаются на обѣихъ рукахъ, коленные рефлексы, а также рефлексы Ахиллова сухожилія немного повышены, рефлексы Бехтерева и Oppenheim'a отсутствуютъ. Изъ кожныхъ рефлексовъ: брюшные и cremaster'a въ предѣлахъ нормы, рефлексъ Babinsk'аго отсутствуетъ на обѣихъ стопахъ, влониическихъ явленій нѣтъ. Глоточный и корнеальный рефлексы понижены.

Глубокое мышечное чувство сохранено. Грубая мышечная сила въ рукахъ по верхней шкалѣ динамометра въ правой 45 к., а въ лѣвой 40 kil.; въ ногахъ нормальна. Мышечный тонусъ въ предѣлахъ нормы. Мышечныхъ атрофій на конечностяхъ и туловищѣ обнаружить не удалось. Тазовые резервуары функционируютъ правильно. При изслѣдованіи мочи найдено: удѣльный вѣсъ ея 1017, цвѣтъ желтый, реакція кислая, обѣлка и сахара не содержитъ, индиванъ въ предѣлахъ нормы, подъ микроскопомъ найдено: ураты въ нормальномъ количествѣ, оксалаты 13—15 въ полѣ зрѣнія, отдѣльные лейкоциты и кѣтки плоскаго эпителія. Нигдѣ при надавливаніи на нервные стволы и мышцы болѣзненности обнаружить не удалось. Внутренніе органы никакихъ патологическихъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Тоны сердца чисты, аритміи не отмѣчается; *pulsus* среднего наполненія и напряженія 66 ударовъ въ 1'. Т-ра съ колебаніями отъ 36° до 36, 7°. Дыханіе 18 въ 1'. Анализъ крови далъ слѣдующее. Гемоглобина 70%, эритроцитовъ 450,000, Лейкоцитовъ 4,000; изъ нихъ нейтрофиловъ 71% лимфоцитовъ 22%, переходныхъ 5% и эозинофиловъ 2%. При изслѣдованіи зрѣнія въ факультетской глазной клиникѣ Новороссійскаго университета найдено: зрачки по величинѣ равномѣрны, на свѣтъ, конвергенцію реагируютъ правильно. Глазное дно нормально; имѣющіеся у больного міопія и астигматизмъ понижаютъ въ сильной степени остроту зрѣнія, носимыя же имъ оптическія стела исправляютъ эту аномалію. При изслѣдованіи на всѣ виды вкусовыхъ ощущеній обнаружено, что больной на передней поверхности языка совсѣмъ ихъ не разбираетъ, а на задней поверхности ориентируется въ нихъ

хорошо. Исслѣдованіе крови больного реакціей Wassermann'a дало отрицательный результатъ.

Изъ приведенныхъ выше свѣдѣній видно, что мы имѣемъ въ данномъ случаѣ дѣло съ diplegi'ей facialis периферическаго происхожденія, на что указываетъ, главнымъ образомъ, ясная реакція перерожденія пораженныхъ нервовъ и мышцъ и еще то, что при пораженіи коркового центра n. facialis какимъ-нибудь патологическимъ процессомъ, въ него неминуемо должны быть вовлечены вслѣдствіе близкаго сосѣдства центры n. vagi, руки и двигательный центръ рѣчи и при этомъ процессъ могъ бы вызвать раздраженіе коры, что могло сказаться при жизни больного припадками кортикальной эпилепсіи. Если бы у насъ было пораженіе центральныхъ путей личного нерва отъ ядеръ до коры, то мы должны бы имѣть пораженіе рядомъ идущихъ пирамидныхъ путей, что вызвало бы гемиплегію, которой у нашего больного нѣтъ. Пораженія трофическихъ ядеръ VII-ой пары быть здѣсь тоже не можетъ, такъ какъ около ядра упомянутаго нерва заложены весьма близко ядро VI-ой пары, ядро и корешки V-ой пары, пирамидные пути, и эти образованія, если бы процессъ у нашего пациента локализовался здѣсь, должны пострадать, если не всѣ, то, по крайней мѣрѣ, часть ихъ, но самыя тщательныя исслѣдованія не дали указаній на хоть бы одно пораженіе перечисленныхъ выше образованій. Установивъ, такимъ образомъ, периферическій характеръ разбираемаго заболѣванія, мы постараемся точно опредѣлить мѣсто пораженія личного нерва.

До выхода изъ черепа стволъ n. facialis поразиться не могъ, такъ какъ, если бы это пораженіе имѣло мѣсто въ Варроліемъ мосту, то имѣлось бы на лицо опять таки, благодаря близкому сосѣдству, пораженіе III-ей и V-ой пары черепно-мозговыхъ нервовъ; по этой же причинѣ локализовать мѣсто пораженія VII пары на основаніи мозга тоже нельзя, въ виду

отсутствія пораженія у нашего больного другихъ мозговыхъ нервовъ, а также отсутствіе головныхъ болей, рвоты и т. п. Быть можетъ нервъ пораженъ по выходѣ изъ костнаго канала, но и это предложеніе не можетъ быть здѣсь принято, такъ какъ у нашего больного имѣется ясное расстройство вкуса на передней части языка, что указываетъ на пораженіе VII-ой пары въ костномъ каналѣ. Какъ показываютъ наблюденія многихъ авторовъ, п. *facialis* легче всего поражается при прохожденіи черезъ костный каналъ, такъ какъ здѣсь онъ находится въ весьма благоприятныхъ анатомическихъ условіяхъ для пораженія различнаго рода процессами. Что же за причина, вызвавшая данное страданіе у больного? Въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ полиневрита, развившихся, благодаря леченію большими дозами препарата *Kreosotum phosphoricum* (Pel, Lowenfel¹⁾). Solomonson²⁾ наблюдалъ семь случаевъ полиневрита у больныхъ, лечившихся отъ туберкулеза легкихъ у одного и того-же врача большими дозами *Kreosoti phosphorici*. Авторъ отрицаетъ возможность въ данныхъ случаяхъ возникновенія полиневрита на почвѣ тbc, а дѣлаетъ предположеніе, что невритъ былъ вызванъ дѣйствіемъ соединенія препарата группы феноло-креозота фосфорной кислоты, такъ какъ въ отдѣльности ни креозотъ, ни фосфорная кислота не могутъ такъ рѣзко подѣйствовать на организмъ, но въ только что приведенномъ случаѣ *diplegia facialis* можетъ быть объяснена только дѣйствіемъ препарата группы фенола-карболовой кислоты, такъ какъ другихъ этиологическихъ моментовъ, которые могли бы вызвать данное заболѣваніе не было. Карболовая кислота, всосавшись, попала въ кровь; разнеслась по организму и вызвала паренхиматозный невритъ 7-ой пары съ обѣихъ сторонъ. Причиной того, что у нашего больного пострадала, 7-ая пара, а не другіе нервы является, вѣроятно, та, что этотъ нервъ отличался наибольшей ранимостью.

2-ой случай. Больной Л. Ф. 25 лѣтъ, русскій, холостой, по профессіи старшій санитаръ на одномъ изъ военныхъ судовъ Черноморскаго флота поступилъ въ клинику нервныхъ болѣзней 20 января 1913 года съ жалобами на боли и большую слабость въ рукахъ и ногахъ, на невозможность ходить, на парезъ лицевой мускулатуры. Анамнезъ собранъ со словъ самого больного. Среди родственниковъ, какъ со стороны отца, такъ и со стороны матери, не было ни душевныхъ, ни нервныхъ заболѣваній. Отецъ умеръ 86 лѣтъ отъ неизвѣстной для больного причины; былъ человѣкомъ нервнымъ и злоупотреблялъ спиртными напитками, мать жива и здорова; ей сейчасъ 72 года, абортонъ у матери не было. У родителей больного было 14 человѣкъ дѣтей, изъ которыхъ теперь въ живыхъ семь, 6 умерло въ дѣтскомъ возрастѣ отъ инфекціонныхъ заболѣваній (корь, скарлатина, желудочно-кишечныя страданія), одна сестра умерла 16 лѣтъ отъ *vitium cordis*. Кормила больного сама мать. Рость и развивался больной правильно, началъ ходить на первомъ году. Грамотѣ научился 18 лѣтъ. Изъ перенесенныхъ больнымъ болѣзней отмѣчаются слѣдующія: 8 лѣтъ брюшной тифъ, 12 лѣтъ корь, съ 19 лѣтъ въ теченіе 4-хъ лѣтъ страдалъ приступами маляріи. *Abusus ex Opiano* съ 15 до 17 лѣтъ. *Abusus ex Baccho* отрицается.

Начало даннаго заболѣванія больнымъ описывается такъ. Въ іюль мѣсяцъ 1912 года больной захворалъ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ, которое онъ благополучно перенесъ, но черезъ 3 недѣли послѣ выздоровленія у него произошла крупная служебная неприятность, послѣ которой у больного появилась упорная бессонница, головныя боли, съ жалобой на эти явленія онъ обратился къ фельдшеру, который сталъ давать ему порошки *chloral-hydrat'a*, какую дозу давали ему, установить не удалось, но больной въ теченіе двухъ дней принялъ 12 порошковъ *chloral-hydrat'a*, а такъ какъ послѣдній ему мало помогаль, то фельдшеръ замѣнилъ его морфіемъ, котораго больной принялъ въ четыре дня 24 облатки. Какую дозу морфія давалъ ему каждый разъ фельдшеръ, больной не знаетъ. Спустя дня 2—3 послѣ такого леченія больной почувствовалъ, что пальцы лѣвой руки, а затѣмъ и правой онѣмѣли, дня черезъ 2 больной замѣтилъ, что твердая пища стала западать за щеку, а жидкая выливаться изъ рта, глотаніе стало затруднительнымъ, пища попадала въ дыхательное

горло, закрывать глазныя щели больной былъ не въ состоянїи, появилось слезотеченіе, больной не могъ ни улыбаться, ни разсмѣяться. Рѣчь сдѣлалась неясной и гнусавой. Дней черезъ 7—9 послѣ леченія морфіемъ больной почувствовалъ сильную слабость и боли въ рукахъ и ногахъ, послѣдніе при стоянїи и при ходьбѣ стали подкашиваться, а потомъ совсѣмъ перестали служить больному, вслѣдствіе чего ему пришлось лечь въ лазаретъ, а затѣмъ въ госпиталь. Въ теченіе первыхъ двухъ недѣль пребываніе больного въ госпиталь, къ описаннымъ выше явленіямъ присоединились затрудненное дыханіе и задержка мочи, которую приходилось выпускать катетромъ. Въ январѣ мѣсяцѣ 1913 года больной былъ выписанъ домой, какъ не способный къ дальнѣйшей военной службѣ. 19 января 1913 года больной былъ принятъ стационарнымъ больнымъ въ клинику нервныхъ болѣзней Новороссійскаго Университета.

При объективномъ изслѣдованїи больного найдено: роста больной выше средняго, тѣлосложенїя правильнаго, состоянїя питанїя пониженнаго, признаковъ дегенераціи нѣтъ, вѣсъ тѣла 3 п. 13 ф. Слизистыя оболочки рта, вѣкъ малокровны. Подкожный жировой слой развитъ очень слабо. Лицо больного маскообразно, лишено обычныхъ морщинъ, закрыть вполне глаза больной не можетъ, имѣется симптомъ Bell'a, надувъ щеки, нахмурить брови больной не въ состоянїи. Говорить больной невнятно, особенно слова, гдѣ есть губныя буквы. Стоять, ходить, поднять вертикально руки вверхъ больной не можетъ, движенїя въ рукахъ и ногахъ очень неловкія, мышечная сила въ рукахъ по верхней шкалѣ динамометра въ правой рукѣ 35, въ лѣвой 30, въ ногахъ рѣзко уменьшена. Мышечный тонусъ во всѣхъ конечностяхъ сильно пониженъ. При дальнѣйшемъ изслѣдованїи на лѣвой рукѣ найдены болѣзненные при давленїи *plexus brachialis*, сосудисто-нервный пучокъ, *n. radialis*, *n. ulnaris* и *n. medianus*. На лѣвой и правой ногахъ болѣзненные при давленїи точки: въ подколенной ямкѣ, у головки *os. fibulae* и у наружной ладыжки, имѣется на обѣихъ ногахъ не рѣзко выраженный симптомъ *Lasegu'a*. Болѣзнены также при надавливанїи межреберные нервы, *n. n. cruralis*, *n. trigeminus* съ обѣихъ сторонъ, мыш-

цы рукъ и ногъ. При изслѣдованіи электровозбудимости нервовъ и мышцъ получены слѣдующія данныя.

На правой сторонѣ лица.

I-ая вѣтвь 7-ой пары.	Ф. Т. 6 сант.	Сокр. вял. Г. Т. 8	М. А. А=К. Сокр. вял.
II-ая — —	Ф. Т. 5 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 6	МА А=К. Сокр. вял.
III-я — —	Ф. Т. 4 с.	Сокр. вѣтвь. Г. Т. 5	МА К=К. Сокр. вялы.

На лѣвой сторонѣ лица.

I-ая вѣтвь n. facialis	Ф. Т. 5 $\frac{1}{2}$ с.	Сокр. вялы. Г. Т. 5	МА. А=К. Сокр. вялы.
II-ая — —	Ф. Т. 6 $\frac{1}{2}$ с.	Сокр. вялы Г. Т. 6	МА. К=А Сокр. вялы.
III-я — —	Ф. Т. 6 $\frac{1}{2}$ с.	Сокр. вялы. Г. Т. 6	МА А=К. Сокр. вялы.

Изслѣдованіе мышцъ гальваническимъ и фарадическимъ токомъ.

M. frontalis dext.	Ф. Т. 5 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 8	МА. А=К. Сокр. вялы.
— — sinist.	Ф. Т. 4 $\frac{1}{2}$ с.	Сокр. вялы. Г. Т. 9	МА. А=К. Сокр. вялы.
M. zygomaticus dext.	Ф. Т. 4 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 6	МА К>А. Сокр. вялы.
— — sinist.	Ф. Т. 4 $\frac{1}{2}$ с.	Сокр. вялы. Г. Т. 6	МА А=К. Сокр. вялы.
M. levator labiisup. dex.	Ф. Т. 5 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 5	МА К>А Сокр. вялы.
— — sinist.	Ф. Т. 5 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 8	МА А>К. Сокр. вялы.
M. depressor labii sup. dex.	Ф. Т. 6 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 5	МА А=К. Сокр. вялы.
— — — — sinist.	Ф. Т. 6 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 5 $\frac{1}{2}$	МА. А=К. Сокр. вялы.

M. flexor digitorum com. prof. d.	Ф. Т. 5 с.	Сокр. вялы.
	Г. Т. 8 МА	$\Lambda = \text{К}$. Сокр. вялы.
— — — — sin.	Ф. Т. 5 с.	Сокр. вялы. Г.
	Т. 8 МА	$\Lambda = \text{К}$. Сокр. вялы.
M. soleus sin.	Ф. Т. 5 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 10 МА
		$\Lambda = \text{К}$. Сокр. вяловаты.
— — dex.	Ф. Т. $4\frac{1}{2}$ с.	Сокр. вялы. Г. Т. 16 МА
		$\Lambda = \text{К}$. Сокр. вялы.
M. extensor hall. long. sin.	Ф. Т. 6 с.	Сокр. вялы. Г. Т.
		8 МА. $\text{К} > \Lambda$. Сокр. вялы.
— — — — dext.	Ф. Т. $5\frac{1}{2}$ с.	Сокр. вялы.
	Г. Т. 7 МА	$\text{К} = \Lambda$. Сокр. вялы.
M. opponens pol. sin.	Ф. Т. 5 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 6 МА
		$\Lambda > \text{К}$. Сокр. вялы.
— — — — dext.	Ф. Т. 5 с.	Сокр. вялы. Г. Т.
		6 МА $\Lambda = \text{К}$. Сокр. вялы.
M. adductor. long. dex.	Ф. Т. 4 с.	Сокр. вялы. Г. Т.
		18 МА $\Lambda > \text{К}$. Сокр. вялы.
— — — — sin.	Ф. Т. 4 с.	Сокр. вялы. Г. Т.
		20 МА $\Lambda > \text{К}$. Сокр. вялы.

Исслѣдованіе нервовъ конечностей.

N. radialis sin.	Ф. Т. 4 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 16 МА	$\Lambda =$
			$= \text{К}$ Сокр. вялы.
— — d.	Ф. Т. 4 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 15 МА	$\text{К} > \Lambda$.
			Сокр. вялы.
N. peroneus sin.	Ф. Т. 4 с.	Сокр. вялы. Г. Т. 17 МА	$\Lambda = \text{К}$. Сокр. вялы.
— — — — Ф.	Т. $4\frac{1}{2}$ с.	Сокр. вялы. Г. Т. 18 МА	$\text{К} > \Lambda$. Сокр. вялы.

Изъ этихъ данныхъ мы можемъ заключить, что у нашего больного имѣется реакція перерожденія нервовъ и мышцъ. Сухожильные рефлексы, какъ на рукахъ такъ и на ногахъ, отсутствуютъ. Кожные рефлексы, за исключеніемъ рефлекса съ m. cremasteris, отсутствуютъ. Мышечное чувство въ ногахъ немного разстроено. Вкусъ на передней поверхности языка рѣзко пониженъ, а на задней нормаленъ. Uvula отклоненъ влѣво. Кожная чувствительность на всѣ виды на конечностяхъ разстроена по периферическому типу, точно также

имѣется пониженіе на всѣ виды кожной чувствительности на лицѣ въ области вѣточекъ п.п. trigemini, и на туловищѣ по ходу межреберныхъ нервовъ. При изслѣдованіи глазного дна ординаторомъ факультетской глазной клиники никакихъ отклоненій отъ нормы не обнаружено. При изслѣдованіи уха, носа и горла специалистомъ изъ факультетской хирургической клиники обнаруженъ небольшой катарръ носо-глоточнаго пространства; со стороны уха никакихъ патологическихъ измѣненій не найдено.

Изслѣдованіе урины дало слѣдующее: моча желтаго цвѣта, уд. вѣсъ 1020, реакція кислая, бѣлка и сахару нѣтъ, индикана слѣды; подъ микроскопомъ найдено: ураты въ нормальномъ количествѣ, оксалаты 30—35 въ полѣ зрѣнія, кристаллы мочевой кислоты 11 въ препаратѣ, отдѣльные лейкоциты и клѣтки мочевыхъ путей. При анализѣ крови больного обнаружено: гемоглобина 66%, эритроцитовъ 4200000, лейкоцитовъ 13,500; изъ нихъ нейтрофиловъ 70%, переходныхъ 6%, лимфоцитовъ 23% и эозинофиловъ 1%.

Со стороны внутреннихъ органовъ найдены нѣсколько глухіе и ослабленные сердечные тоны, границы сердца и легкихъ нормальны. Pulsus 24 удара въ 1', rarus et tardus. Дыханіе 20 въ 1'. Изслѣдованіе крови больного реакціей Wassermann'a дало отрицательный результатъ.

Въ приведенномъ второмъ случаѣ мы видимъ картину множественнаго неврита, за который говорятъ характерныя болевая точки, реакція перерожденія, пониженіе чувствительности по периферическому типу на рукахъ и на ногахъ, при чемъ этотъ полиневритъ развился вслѣдствіе того, что организмъ больного, только что перенесшій тяжелое инфекціонное заболѣваніе (крупозную пневмонію), подвергся вліянію морфія. Итакъ, въ данномъ случаѣ мы имѣемъ морфійный полиневритъ, который захватилъ не только нервы рукъ, ногъ, но и рядъ черепно-мозговыхъ нервовъ (чувствительную порцію III-ей пары, VII-ую, IX-ую и X-ую)¹⁾, вслѣдствіе чего

¹⁾ До прибытія въ клинику, кромѣ пораженія перечисленныхъ нервовъ у больного, судя по анамнезу, были поражены п. rhenceus и нервы, иннервирующие мочевой пузырь.

у нашего больного явилась *diplegia facialis* периферического происхожденія. Какъ показываютъ наблюденія морфійные невриты встрѣчаются крайне рѣдко, такъ, въ литературѣ мнѣ удалось найти только одинъ случай, описанный Stephenson'омъ¹⁾.

Разбираясь въ собранной мной литературѣ относительно двусторонняго паралича личного нерва периферического происхожденія, я встрѣтилъ его въ 61 случаѣ, какъ одно изъ проявленій множественнаго неврита, т. е. въ 50% всѣхъ собранныхъ мной случаевъ; изъ нихъ 18 опубликовалъ Laurens²⁾, одинъ случай описанъ Boudin et Chabkol³⁾, одинъ—Marinesco⁴⁾, одинъ—Macini⁵⁾, два—докторъ Неароновъ⁶⁾, одинъ E Aguglia⁷⁾, одинъ Bregmann⁸⁾. Raymond сообщилъ случай полиневрита съ двустороннимъ параличемъ личного нерва на почвѣ гоннорреи⁹⁾. онъ же вмѣстѣ съ Cestan'омъ описалъ два случая гоннорейнаго полиневрита, при чемъ одинъ изъ нихъ сопровождался *diplegi'ей facialis*¹⁰⁾. Три случая приведены Strümpell'емъ, гдѣ подъ вліяніемъ укуса мухи, развилась картина полиневрита осложненнаго *diplegi'ей facialis*. Одинъ изъ этихъ случаевъ опубликованъ въ *Neurol. centralblatt* (1889 г. № 21, р. 601), а два другихъ сообще-

1) Stephenson Frank. Multiple Neuritis a Case Resulting Probably from Morphine. Toxemia. New York-Med. journal. April. 1904 г.

2) These Paris. 1909.

3) Revue neurologique. Seance du 6. I. 1910 г. стр. 124.

4) Societè Roumaine de Neurologie et de Psychiatrie. 27 mai 1907 г.

5) Polyneuritis post typhica mit Diplegia facialis. Wiener medic. Wochenschr. № 18. p. 1036.

6) Д-ръ Неароновъ «Еще о двухъ случаяхъ полиневрита по типу Landry. Обзоріе Психіатріи. 1901 г. стр. 228.

7) Rivista Italiana di Neuropatologia, Psychiatria et Electroterapia vol. IV. f. 11. p. 493. 1911 г.

8) Neurolog. Central. 1896 г. № 6.

9) Jahresbericht. 1901 г. № 178.

10) Revue neurol. 1901 г. стр. 171.

ны авторомъ на конгрессѣ невропатологовъ и психіатровъ ¹⁾ Описанъ также случай, гдѣ полиневритъ съ двустороннимъ поражениемъ личныхъ нервовъ развился послѣ гастрическаго заболѣванія ²⁾. *Smith* ³⁾ приводитъ случай полиневрита, развившійся у 38 лѣтней женщины послѣ эксудата въ лѣвой оворіальной области, этотъ полиневритъ былъ осложненъ поражениемъ обоихъ лицевыхъ нервовъ и подъязычнаго нерва. *Iacovy* ⁴⁾ описалъ четыре случая полиневрита съ *diplegië* facialis, при чемъ въ первомъ случаѣ у больного былъ параличъ небной занавѣски и поражение *n. vagi*, *n. accessorii*, во второмъ случаѣ поражение *n. vagi*, въ третьемъ (алкогольномъ) поражении *n. vagi* и односторонній парезъ *n. recurt. vagi*. *Rothfeld* ⁵⁾ наблюдалъ пациента, страдающаго полиневритомъ съ одновременнымъ поражениемъ обоихъ личныхъ нервовъ, чувствительной порціи тройничнаго нерва и *n. acustici*. *Handelsmann* ⁶⁾ опубликовалъ полиневритъ съ *diplegië* facialis на почвѣ гриппа. *Sinigar*'омъ ⁷⁾ описаны два случая полиневрита съ параличемъ обоихъ лицевыхъ нервовъ; у одного больного отмѣчается алкоголизмъ и работа со свинцовыми красками, при чемъ этотъ полиневритъ захватилъ также III-ю, IV-ю, VI-ю, VIII-ю, XI-ю, и XII-ю и XII-ую пары мозговыхъ нервовъ; у другого больного начало болѣзни сопровождалось ознобомъ, болями въ спинѣ, а затѣмъ наступили ра-

¹⁾ Проф. Н. М. Поповъ. Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ 1909. стр. 302.

²⁾ Leçon sur les maladies du système nerveux. Raymond. VII ser. p. 606

³⁾ Рефер. Jahresbericht. 1911 г. № 199. стр. 681.

⁴⁾ Jahresbericht. 1907 г. № 93. стр. 715.

⁵⁾ Jahresbericht. 1911 г. № 174. стр. 681.

⁶⁾ *Handelsmann*. Ein fall von doppelzeitiger Facialislähmung. Medy-zyna.

⁷⁾ Рефер. Revue neurologique. 1900 г. № 2 p. 81—82. *Sinigar*. Un cas d'ophtalmoplegie externe avec paralysie des deux Nerfs faciaux et un cas de paralysie des deux Nerfs faciaux accompagnant une Neurite peripherique (The Brit. med. journ. 15. juillet. 1899. p. 138.

paraparesis inferior и diplegia facialis. Начало болѣзни было принято за influenz'у. Оба случая окончились выздоровленіемъ. Моимъ учителемъ профессоромъ *Н. М. Поповымъ*¹⁾ описанъ случай diplegi'i facialis съ явлениями полневрита на почвѣ туберкулеза. Въ моемъ случаѣ морфій вызвалъ полиневритъ и въ частности двухстороннее пораженіе личного нерва. Остальные случаи полиневрита съ diplegia facialis въ собранной мной литературѣ описали: *Pierrson*²⁾, *Buzzard*³⁾, *Oppenheim*⁴⁾ *Eisenhor*⁵⁾ *Singer Targowla, Fierson*³⁾, *Miraillet Flantard, Hoffmam*⁶⁾ *Bernard und Braun*⁷⁾, *Арзумановъ*⁸⁾; *Strube; Viton*⁹⁾, *Sinniger*¹⁰⁾. *Althaus*¹¹⁾, *Pugliesi*¹²⁾, *Преображенскій*¹³⁾. *Welande*¹⁴⁾. Въ случаѣ, опубликованномъ *Macini*¹⁵⁾ полиневритъ и diplegia facialis развились послѣ тифа, подобный же случай diplegi'i приводятъ докторъ *Левковскій*¹⁶⁾ гдѣ diplegia facialis развилась послѣ возвратнаго

¹⁾ Проф. *Н. М. Поповъ*. Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ 1909 г. стр. 281.

²⁾ De la diplegie faciale. Archiv de méd. Paris. 1867 г. vol. II, VI ser Tomé X.

³⁾ Проф. *Eulenburg*. Реальная энциклопедія практической медицины подъ редакціей прив. доц. *М. В. Блументау*. Томъ XII. стр. 677. 1912 г.

⁴⁾ *Eisenhor*. Neurolog. Centralblatt. 1887. № 15 и 16.

⁵⁾ Jahresbericht. 1906 г. № 158. стр. 665.

⁶⁾ Zur Lerhe von der perifer Facialislähmung. Deutsche Zeitschrift. V. Nervenheilkunde 1894. B. H. I.

⁷⁾ Uufas de polyneurite avec diplegia facialis. Jahresb. 1899. № 12

⁸⁾ *Арзумановъ*. Случай множественнаго неврита съ diplegia facialis. Корсаб. журналъ Неврологии и Психіатріи 1910 г. стр. 518.

⁹⁾ *Viton*. Rev. Soc. Med. Argout XV 177—184 (Цитир. по *Никитину*)

¹⁰⁾ Brit. Med. juli 1889 г. по Neurol. Centralblatt.

¹¹⁾ Deutsch. Medicin. Woch. 1891 г. № 38.

¹²⁾ Paralysie faciale totale bilaterale. Riforma medica. 1899 г. vol. IV, p. 375.

¹³⁾ Врачебныя записки. № 3. 1894 г.

¹⁴⁾ Revue neurologique. 1898 г. 78 стр. 49.

¹⁵⁾ См. выше.

¹⁶⁾ Д-ръ *Левковскій*. О двухстороннемъ параличѣ личного нерва. Обозрѣніе Психіатріи и Неврологіи. 1900 г. № 12 стр. 889.

тифа; онъ же описалъ случай diplegia facialis у больного 61 года, страдавшаго маляріей. *G. Seppilli* ¹⁾ наблюдалъ двусторонній параличъ лицевого нерва, возникшій во время теченія гриппа, подобные случаи опубликовали: *Langdon* ²⁾, *Preston* ³⁾, *Althaus*, послѣдній описалъ случай diplegia facialis, развившійся при остромъ суставномъ ревматизмѣ ⁴⁾, такой же случай наблюдалъ *Banetti* ⁵⁾. Въ случаѣ *Agugli'a* ⁶⁾ полиневритъ (diplegia facialis) развился на почвѣ сифилиса; роль послѣдняго въ развитіи периферическихъ параличей личного нерва указываетъ профессоръ *Кожевниковъ* въ своемъ: „Курсъ по нервнымъ болѣзнямъ“: „Въ теченіе вторичнаго lues'a иногда также наблюдается paralysis n. facialis не рѣдко съ той и другой стороны“? Кромѣ приведеннаго выше случая, гдѣ diplegia facialis развилась на почвѣ сифилиса, я нашелъ и другіе подобные случаи, такъ *Wachsmuth* приводитъ семь случаевъ картины diplegia facialis сифилитическаго происхожденія. ⁸⁾ Д-ръ *Никитинъ* ⁹⁾ приводитъ одинъ случай пораженія обоихъ личныхъ нервовъ подъ вліяніемъ lues'a, развившихся спустя 2—3 мѣсяца послѣ первичнаго шанбра. *Sudnik* ¹⁰⁾ сообщилъ случай diplegi'u facialis у 17 лѣтнаго пациента, у котораго послѣ недавняго зараженія сифилисомъ, пара-

¹⁾ Rivista Italiana di Neuropatologia et Electroterapia vol. I. fas III p. 113, Mars. 1908 г.

²⁾ Langdon. Bilateral Facial Paralysis. Jahresbericht. 1905. № 124. стр. 628.

³⁾ Preston. A case of double facial paralysis. Jahres. 1900. № 142. стр. 579.

⁴⁾ Facial diplegia. The Brit. med. Journ. 17 mai 1890 г.

⁵⁾ Un cas de paralysie bilaterale. Med. and surgical Reporter 26 sept. 1891 г. стр. 485.

⁶⁾ См. выше.

⁷⁾ Проф. *Кожевниковъ*. Курсъ нервныхъ болѣзней. 1904 г. стр. 65.

⁸⁾ Ueber progressiva bulbaere Paralyse und Diplegia facialis. Dorpat 1804 г.

⁹⁾ *Никитинъ* М. П. Обзорніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психіатріи. 2908 г. № 9.

лиць наступилъ съ обѣихъ сторонъ съ промежуткомъ въ нѣскольکو дней. Подобныя сообщенія сдѣланы *Brieger'*омъ ¹⁾, *Commandeur'*омъ ²⁾, *Holsti* ³⁾. Въ случаѣ профессора *Moraes'a* ⁴⁾ сифилитику былъ введенъ въ умѣренной дозѣ „606“, спустя 2 мѣсяца у больного развилась *diplegia facialis*, а такъ какъ реакція *Wassermann'a* послѣ примѣненія арсенобензола оставалась положительной, то авторъ считаетъ причиною даннаго заболѣванія сифилисъ, а не лѣченіе препаратомъ профессора Эрлиха. Въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ антирабическихъ параличей, при чемъ оказывается что иногда и *diplegia facialis* развивается подобнымъ же путемъ, такъ, *Marinesco* ⁵⁾ описалъ три случая двухсторонняго паралича личнаго нерва антирабическаго происхожденія. *Rigani* ⁶⁾ также наблюдалъ картину *diplegi'i* личнаго нерва, вызванную предохранительными прививками. *Diplegia facialis* сопровождается также и заболѣваніемъ другихъ черепно-мозговыхъ нервовъ, такъ, въ случаѣ *Eichhorst'a*, подтвержденнаго аутопсией, было константировано осложненіе пораженія седьмой пары съ обѣихъ сторонъ страданіемъ другихъ черепно-мозговыхъ нервовъ. *S. Ricca* ⁷⁾ приводитъ два случая *diplegia facialis* съ рапилитомъ, при чемъ послѣдній былъ выраженъ яснѣе на той сторонѣ, гдѣ былъ сильнѣе параличъ лицевого ядра. *Hoffmann* ⁸⁾ въ одномъ изъ своихъ наблюде-

¹⁾ *Sudnik*. *Diplegia facialis* (Sem. Medica 1897 г. Sept. 30). *Neurolog. Centralbl.* 1898. № 23. 3. 1100.

²⁾ D. Ein fall von *Diplegia facialis*: *Charité Annal.* 1887 г. +III, p. 150.

³⁾ *Diplegie faciale au cours de la syphilis secondaire*. *Provence méd.* 1893 г. № 10.

⁴⁾ *Jahresbericht.* 1907 № 81. стр. 717.

⁵⁾ *Revue neurologique* 1913 г. № 1. стр. 32.

⁶⁾ *Revue neurologique* 1908 г. стр. 1154.

⁷⁾ Ein fall von *Diplegia Facialis* 1903 № 8. реф. въ *Jahresbericht* 1904 г. 663.

⁸⁾ *Revue neurologique* 1909 г. № 1 стр. 33.

вій надъ периферическомъ параличѣ n. facialis, отмѣчаетъ diplegia facialis съ одновременнымъ пораженіемъ V-ой и VI-ой пары, это заболѣваніе было вызвано переломомъ основанія черепа, такіе же случаи опубликовали *Bregmann*¹⁾, *Röpke*²⁾ *Büssaud et Marie*³⁾ описали два случая diplegia facialis у двухъ родныхъ братьевъ съ параличемъ glosso-laryngo-cervical⁴⁾, при чемъ авторы причиной даннаго заболѣванія не считаютъ наследственность, а думаютъ о внѣшней причинѣ (инфекція, интоксикація), которая поразила двухъ членовъ одной семьи, *Gutzmann* наблюдалъ пациента, у котораго diplegia facialis сопровождалась пораженіемъ n. abducentis⁴⁾. Подобные случаи описали: *Strämpell*, *Althaus*, *Pugliesi Преображенскій*⁵⁾. *Laroche et Chatelin*⁶⁾ демонстрировали въ одномъ изъ французскихъ засѣданій больного 64 лѣтъ, страдавшаго одновременно leukaemiей и двустороннимъ параличомъ лицевого нерва, послѣднее заболѣваніе авторы ставятъ въ зависимость отъ лейсаеміи. Сравнительно чаще двусторонній параличъ лицевого нерва развивается при ушныхъ страданіяхъ, а именно при двустороннемъ отитѣ. Такъ, въ наблюдении *Wright'a*⁷⁾ у больного 65 лѣтъ при наличности двусторонняго отита развилась diplegia facialis, при чемъ промежутокъ между наступленіемъ паралича на обѣихъ сторонахъ была одна недѣля. Аналогичные случаи описали и другіе авторы, напр. *Wachsmuth*⁸⁾, *Stintzing*⁹⁾, *Launois*¹⁰⁾,

1) Рефер. Jahresbericht. 1907 г. стр. 718.

2) Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1894 г. стр. 149

3) Jahresbericht. 1905 № 91, стр. 627.

4) См. выше.

5) Revue neurologique. 1911 г. № 9. стр. 642—644.

6) Brit. Med. journal. 27 февраля 1869 г.

7) См. выше.

8) Ueber Diplegia facialis. Münchener. med. W. chenechritt 1893 г.

9) Annales des maladies de l'oreille. 1892 г. Nôvembr.

10) Medic. moderue. 1896 г. 11 avril.

(*Cartatz* ¹⁾, *Hirtz* ²⁾, *Luther* ³⁾, *Roasenda* ⁴⁾, сообщилъ наблюдение *diplegia facialis* у больного 26, страдавшаго свинцовымъ отравленіемъ. *Lusatto* ⁵⁾ описалъ случай двусторонняго периферическаго паралича личнаго нерва у пациентки послѣ тяжелыхъ родовъ. Подобно тому, какъ простуда можетъ вызвать одностороннее поражение п. *facialis* въ литературѣ описаны случаи, гдѣ подѣ вліяніемъ холода развилась *diplegia facialis*, напримѣръ случаи. *Krüge* ⁶⁾, *Hoffmann'a* ⁷⁾, и *Hudovernig'a* ⁸⁾, *Davaine'a* ⁹⁾. Въ двухъ случаяхъ опубликованныхъ *Raymond'омъ* ¹⁰⁾ и *Монюшко* ¹¹⁾ этиологическій моментъ, вызвавшій *diplegiю facialis* установить не удалось, но по наблюдениію теченія болѣзни, онѣ инфесціоннаго происхожденія. Въ случаяхъ, описанныхъ *Dranadjieft'омъ* ¹²⁾, *Decroby* ¹³⁾ *Lunn'омъ* ¹⁴⁾, *Sainton'омъ* ¹⁵⁾, этиологическіе моменты мнѣ установить, къ сожаленію, не удалось.

Въ вопросѣ о происхожденіи периферическихъ параличей личнаго нерва существуютъ слѣдующіе взгляды. Первый

¹⁾ *Hirtz* *Diplegie faciale péripherique probablement d'origine aurlienne* *Gaz. de med.* № 95 ст. 1134.

²⁾ *Jahresbericht.* 1900 г. № 136 стр. 577.

³⁾ *Revue neurologique* 1910 г. т. I.

⁴⁾ *Riforma medica* 14 avril. 1892 г. p. 122

⁵⁾ *Neurolog. Centralblatt* 1890.

⁶⁾ *Поповъ* Клиническія лекціи 1909 г. стр. 299.

⁷⁾ *Jahresber.* 1905 г. 627 стр. 105.

⁸⁾ Д-ръ *Левковскій.* *Обозр. Псих.* 1900 г. стр. 891.

⁹⁾ *Lecons sur les maladies du sytème nerveux.* III s.615 стр. 1898 г.

¹⁰⁾ *Неврол. вѣстникъ* 1893 г. В. III.

¹¹⁾ *Jahresbericht.* 1900 г. 44. *Dranadjeet.* *Diplegla facialis.*

¹²⁾ *Jahresbericht.* 1900. 46. *Decroly.* *Paralysie faciale double d'origine peripherique.*

¹³⁾ *Idem* 100 *Lunn* *Double diplegia facialis.*

¹⁴⁾ *Jahresb.* 1901. 540. *Sainton.* *Les diplegie faciales totales.*

¹⁵⁾ *Duröie de la piédisposition dans l'etiologie dé la paralysie faciale dite á frigore.* *Arch. de Neurolog.* № 40 1887 и *Arch. de neurologie* № 45. 1888 г.

¹⁶⁾ *Lecons du mardi à la Salpetriere.* 1887 стр. 132.

изъ нихъ о вліяніи наслѣдственности на развитіе периферическихъ параличей личного нерва высказалъ *Neuman* ¹⁾, *Charcot* ²⁾, а въ послѣднее время этотъ взглядъ поддержанъ *Auerbach* (омъ). Упомянутые авторы приводятъ въ доказательство своего взгляда больныхъ съ периферическимъ параличемъ личного нерва, при чемъ это заболѣваніе повторялось въ трехъ поколѣніяхъ. Въ собранной мной литературѣ указаніе на наслѣдственность я нашелъ только въ одномъ случаѣ, опубликованномъ *Brissaud et Marie*, гдѣ diplegia facialis была у двоихъ братьевъ, въ другихъ же случаяхъ я не нашелъ никакого указанія на вліяніе наслѣдственности; въ моихъ случаяхъ, не смотря на тщательное выясненіе этой стороны, я также не получилъ никакого указанія на наслѣдственность заболѣванія и, такимъ образомъ, насколько я могу судить по собранной мной литературѣ, наслѣдственность въ происхожденіи двухсторонняго паралича личного нерва не играетъ рѣшающаго значенія. Второй взглядъ на происхожденіе периферическаго паралича личного нерва на почвѣ простуды высказалъ профессоръ *Ernest Sendrask* ³⁾, который проводитъ ту мысль, что подъ вліяніемъ инфекціи развивается въ височной кости (Фалопіевомъ каналѣ) серозный періоститъ, не переходящій однако на нервъ, а лишь только его сдавливающій, поэтому при началѣ заболѣванія констатируется боль въ височной кости, при чемъ одновременно съ этимъ наблюдается страданіе уха или, что бываетъ рѣже tonsillitis. Свой взглядъ авторъ подтверждаетъ тѣмъ, что часто б—ные выздоравливаютъ, чего едвали можно было бы ожидать, если бы нервъ былъ разрушенъ воспалительнымъ процессомъ. Дѣйствительно, въ приведенныхъ выше случаяхъ диплегія личного нерва мы видимъ, что пораженію предшествовали или имѣлись на лицо ушные страданія, но въ боль-

¹⁾ Neurolog. Centralblatt. № 4 1912 S. 217.

²⁾ Neurolog. Centralblatt. № 12. 1912 г. стр. 751.

шинствѣ случаевъ двухсторонняго пораженія личнаго нерва указаній на мѣстныя заболѣванія ушей рта не было, поэтому мнѣ кажется, что мѣстныя страданія являются опять-таки не рѣшающими въ этиологіи параличей личнаго нерва. Какъ показываютъ наблюденія большой $\%$ diplegia facialis наблюдается въ связи съ полиневритомъ, изъ собранныхъ мной случаевъ, какъ было сказано выше 50⁰/₀ приходится на его долю. Изъ трехъ наблюдаемыхъ въ нашей клиникѣ случаевъ, два случая diplegia facialis сопровождались поражениемъ другихъ нервовъ, лишь одинъ случай былъ чистымъ двустороннимъ параличемъ личнаго нерва. Въ другихъ случаяхъ diplegia facialis развивалась на почвѣ отравленія организма различнаго рода токсинами, на примѣръ, тифа, гриппа, сифилиса маляріи, остраго суставнаго ревматизма, послѣ укуса мухи, или на почвѣ простуды и предохранительныхъ прививокъ. Всѣ эти наблюденія приводятъ къ тому убѣжденію, что diplegia facialis въ большинствѣ случаевъ есть невритъ, вызванный отравленіемъ организма ядами, при чемъ послѣдніе или вырабатываются внутри организма (токсины тифа, lues'a, гоноррей, маляріи и т. п.) или вводятся въ организмъ извнѣ (карболовая кислота, свинецъ, алкоголь, морфій). Сторонникомъ этой гипотезы происхожденія периферическаго паралича личнаго нерва является мой уважаемый учитель профессоръ *Н. М. Поповъ*. Возвращаясь къ нашимъ случаямъ, я долженъ добавить, что въ первомъ случаѣ подъ вліяніемъ леченія (гальвано-фарадизація пораженныхъ мышцъ и нервовъ) явленія паралича значительно сгладились, такъ, больной сталъ почти совсѣмъ закрывать глаза (на ночь ихъ не завязывалъ) появились на лбу морщины, небольшія движенія въ мышцахъ, иннервируемыхъ нижней вѣточкой личнаго нерва, затрудненіе при приѣмѣ пищи не такъ стало беспокоить больного, рѣчь его стала отчетливѣе, но вслѣдствіе своихъ домашнихъ дѣлъ находится въ клиникѣ болѣе долгое время онъ не могъ и выписался 6 ноября 1912 года, пробывъ, такимъ образомъ, въ клиникѣ двадцать дней.

Во второмъ случаѣ явленія полиневрита у больного послѣ сорокадневнаго леченія (фарадизація пораженныхъ нервовъ и мышцъ, массажа послѣднихъ, внутрь б—ной принималъ стрихнинъ) почти совсѣмъ исчезли: двусторонній параличъ личнаго нерва сгладился; больной началъ ходить сначала съ палкой, а потомъ и безъ нея, пульсъ въ послѣднее время былъ 76—78 ударовъ въ минуту, разстройства чувствительности едва стали замѣтными, реакція перерожденія стала не такая рѣзкая. Боль при надавливаніи на первныя стволы и мышцы исчезли.

Въ заключеніи я считаю своимъ нравственнымъ долгомъ выразить горячую благодарность своему Глубокоуважаемому учителю профессору Николаю Михайловичу Попову за разрѣшеніе опубликовать эти интересные случаи, за его теплое отношеніе и готовность помочь мнѣ въ моей первой научной работѣ.