

Изъ анатомо-физиологической лабораторіи нервной клиники проф. Н. М. Попова въ Одессѣ.

О вторичныхъ перерожденіяхъ при очагѣ въ передней половинѣ височной доли.

Отдаленные симптомы при опухолѣ передняго полюса височной доли.

Ординатора С. Н. Кипшидзе.

Проекціонныя системы, связывающія кору различныхъ отдѣловъ полушарій съ мостомъ, имѣютъ извѣстное положеніе въ *pes pedunculi*. На основаніи данныхъ, полученныхъ по различнымъ методамъ (методъ Flexig'a, методъ вторичныхъ перерожденій) были выработаны схемы строенія этого отдѣла нервной системы. Наиболее извѣстны схемы Obersteiner'a¹, Edinger'a⁵, Бехтерева¹ и Dejerine'a⁴.

По схемѣ Obersteiner'a *pes pedunculi* содержитъ, считая снаружи:—пучекъ неизвѣстнаго происхожденія, 1—лобно-мостовую систему, 2—путь для черепныхъ нервовъ, 3—пирамидный путь, 4—пучекъ мышечнаго чувства, 5—чувствительную часть мозговой ножки, 6—пучекъ отъ петли къ ножкѣ.

Между *substantia nigra* и указанными пучками помѣщается *stratum intermedium*. По схемѣ Edinger'a *pes pedun-*

culi содержитъ, считая снаружи: 1—tractus fronto-pontinus; 2—tractus cortico-bulbaris med.; 3—tractus cortico-spinalis pyramid.; 4—tractus temporo-pontinus. Между двумя послѣдними въ дорзальномъ слоѣ pes pedunculi расположенъ tractus cortico-bulbaris lateralis. Въ томъ же слоѣ надъ первыми тремя пучками находится tractus strio-peduncularis. По схемѣ Бехтерева пучки располагаются снаружи: 1—лобно-мостовая система, 2—пути двигательныхъ черепныхъ нервовъ, 3—пирамидный пучекъ, 4—волокна височно-мостовой системы; дорзально отъ пирамидныхъ путей располагаются волокна двигательныхъ черепныхъ нервовъ.

По схемѣ Dejerine'a pes pedunculi содержитъ во внутреннихъ трехъ четвертяхъ волокна пирамиднаго пучка. Въ самой наружной части располагается височно-мостовая система. Существованіе восходящихъ системъ въ pes pedunculi допускаетъ лишь одинъ Obersteiner. Схемы Edinger'a и Бехтерева, сходныя по существу, отличаются тѣмъ, что Edinger допускаетъ двѣ системы для черепныхъ нервовъ: боковую и среднюю.

Наиболѣе проста схема Dejerine'a: По Dejerine'у нѣтъ лобно-мостовой системы въ смыслѣ Flexig'a и Бехтерева. Во внутреннемъ углу имѣются лишь волокна черепныхъ нервовъ и пирамиднаго пучка.

Какъ показываетъ бѣглый обзоръ этихъ схемъ, какъ въ отношеніи положенія пучковъ такъ и происхожденія, существуютъ разногласія. Больше всего противорѣчія касаются внутреннего отдѣла pes pedunculi, поскольку дѣло идетъ о лобно-мостовой системѣ и положеніи системы для черепныхъ нервовъ.

Случай, который я, согласно предложенію моего глубокоуважаемаго учителя Н. М. Попова имѣю въ виду описать, интересенъ съ точки зрѣнія происхожденія внутренней части pes pedunculi.

Большая Г. 40 лѣтъ. Поступила въ Одесскую новую городскую больницу 29 марта 1911 года съ жалобами на сильныя головныя боли, рвоты и слѣпоту на оба глаза.

Больна около 10 мѣсяцевъ.

Изслѣдованіе больной показало:

Двигательная сфера: парезовъ и параличей нѣтъ; ходить не шатаясь. Атаксіи нѣтъ.

Чувствительная сфера: рѣзкое ослабленіе зрѣнія. Офтальмоскопическое изслѣдованіе показало застойные соски и атрофію зрительныхъ нервовъ. Обоняніе: больная запаховъ не различаетъ.

Вкусъ сохраненъ.

На туловищѣ, конечностяхъ и лицѣ чувствительность не нарушена.

Рефлексы: коленные понижены; брюшной и подошвенный понижены.

Реакція зрачковъ на свѣтъ вялая.

Больная провела въ больницѣ 6 мѣсяцевъ. Впродолженіе этихъ шести мѣсяцевъ у нея были:

а) головныя боли, которыя отсутствовали весьма рѣдко. Боли локализовались то въ затылочной, то въ височной области, то были общаго характера.

б) рвоты довольно часто. Иногда рвотѣ предшествовала тошнота;

с) появился чрезъ мѣсяцъ пребыванія въ больницѣ парезъ п. *facialis* и п. *hypoglossi* слѣва. Парезъ этотъ не осложнялся парезомъ конечностей и никогда рѣзко выраженъ не былъ;

д) еще до появленія пареза нервовъ у больной появились подергиванія въ правой рукѣ и ногѣ, которые вскорѣ перешли въ періодически наступающіе припадки частичной эпилепсіи и даже въ припадки, которые охватывали всѣ конечности.

Первый припадокъ былъ недѣли три спустя послѣ поступленія въ больницу на 11-омъ мѣсяцѣ болѣзни: у больной во время обѣда свело правую руку и пища вывалилась изъ рта. Черезъ три дня были судороги клонико-тоническія въ правой рукѣ и ногѣ безъ потери сознанія.

Черезъ пять дней опять судороги съ участіемъ четырехъ конечностей, но безъ потери сознанія.

Въ промежуткѣ между этими припадками подергиванія въ правой рукѣ.

Далѣе, мѣсяцъ свободный отъ судорожныхъ припадковъ.

Потомъ опять начинаются подергиванія въ правой рукѣ и ногѣ. Еще черезъ мѣсяць судороги снова охватываютъ правую половину тѣла.

Послѣдніе два мѣсяца свободны отъ припадковъ.

е) На 6-омъ мѣсяцѣ пребыванія въ больницѣ появилось нарушеніе равновѣсія.

Въ исторіи болѣзни отмѣчается, что больную при ходьбѣ тянетъ впередъ. Сидѣть не можетъ.

Черезъ три дня отмѣчается, что больную тянетъ въ сторону, и голова опускается на грудь.

За двѣ недѣли до смерти больная начинаетъ бредить. Часто безсознательное состояніе. Послѣдніе дни сонливость.

Больная въ сознаніе болѣе не приходитъ.

ф) Сильнаго замедленія пульса никогда не было: частота—84, 96 и 112 въ минуту, жалобы на шумъ въ ушахъ.

Черезъ шесть мѣсяцевъ пребыванія въ больницѣ, т. е. на 16-ый мѣсяць болѣзни больная погибла.

Вскрытіе, произведенное прозекторомъ Новой Городской больницы докторомъ медицины Хенцинскимъ, показало, что имѣется опухоль правой височной доли, уничтожившая совершенно передній отдѣлъ послѣдней *).

Правая половина мозга больше лѣвой. Увеличеніе правой половины происходитъ насчетъ увеличенія височной доли.

Въ области пер. полюса твердая оболочка сращена съ поверхностью височной доли, во всю толщѣ занятой опухолью.

Послѣдняя (d см. рис. 1-а) **, имѣя почти шаровидную форму доходитъ до Сильвіевой щели, что хорошо видно на фронтальныхъ разрѣзахъ, проходящихъ черезъ переднюю половину височной доли.

Слѣва объемъ височной доли меньше нормы.

На фронтальныхъ разрѣзахъ замѣтно ясное расширеніе передняго рога бокового желудочка. Мозгъ разрѣзанъ на кус-

*) Мозгъ былъ любезно предоставленъ намъ для изслѣдованія д-ромъ Хенцинскимъ, за что приносимъ ему благодарность.

**) Заимствованы у Dejerine'a: Cohier feuilles d'autopsies et. c. 1911 г.

ки въ 1,5 ст. толщины и послѣ надлежащей фиксаціи въ Мюллеровской жидкости и проведенія черезъ спиртъ, заключенъ въ целлоидинъ. Разрѣзы фронтальные.

Окраска по методу Вейгерта — Рани'я.

Вниманіе наше обращено главнымъ образомъ на измѣненія стволовой части мозга.

Вторичныя перерожденія охватываютъ въ мозговомъ стволѣ опредѣленные системы, которыя мы рассмотримъ по областямъ.

На срѣзахъ, полученныхъ изъ мозговой ножки на мѣстѣ ея перехода во внутреннюю капсулу, можно видѣть перерожденные участки, одинъ изъ которыхъ, занимаемая внутренній отдѣлъ мозговой ножки, расположенъ съ правой стороны. Другой участокъ занимаетъ область, расположенную кнутри отъ Турковскаго пучка съ лѣвой стороны.

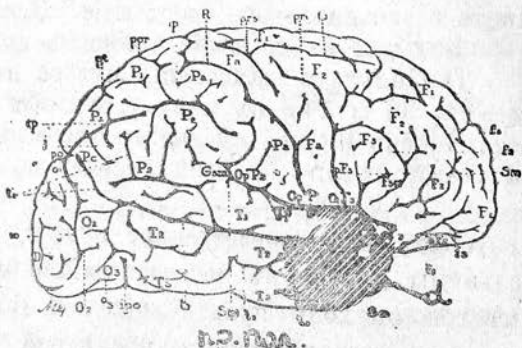


Рис. 1а.

На срѣзахъ, полученныхъ изъ мозговой ножки на мѣстѣ перехода ея въ мостъ перерожденные участки имѣются съ обѣихъ сторонъ (рис. 1а). Разрѣзъ нѣсколько косой: съ лѣвой стороны ближе къ мосту, чѣмъ съ правой. Кромѣ того *tegmentum* принадлежитъ къ отдѣлу болѣе фронтальному, нежели *pes pedunculi*. Хорошо обозначены: неизмѣненная медіальная петля (*lm*), перекрестъ передней ножки мозжечка (*B*), задній продольный пучекъ (*f. l. p.*), ядра IV пары черепныхъ нервовъ.

Въ *pes pedunculi* слѣва въ наружной части нѣтъ перерожденныхъ участковъ; послѣдніе занимаютъ медіальную часть. Справа перерожденіе занимаетъ медіальную четверть ножки

(dmd), не доходя однако ни до внутренняго края *pes pedunculi*, ни до нижняго его края.

По внутреннему краю здѣсь имѣется перерожденный участокъ (tm); послѣдній, располагаясь во внутреннемъ углу *pes pedunculi*, снаружи и дорзально граничитъ съ *substantia nigra Soemeringi* (Sn). Пучекъ треугольнаго очертанія на поперечномъ разрѣзѣ. Два угла треугольника прилежатъ къ сторонѣ, составляющей внутренній край *pes pedunculi*. Одинъ смотритъ внаружи. Въ этомъ послѣднемъ перерожденныя волокна.

Съ лѣвой стороны аналогичный пучекъ занимаетъ (tms.) большую площадь; пучекъ tms перерожденныхъ волоконъ не содержитъ. Справа въ третьей четверти основанія мозговой ножки, считая снаружи, имѣется перерожденный участокъ, который занимаетъ дорзальную часть основанія, почти доходя до *substantia nigra*.

Срезы, полученные изъ проксимальныхъ отдѣловъ моста, представляютъ то же косое направленіе, что и вышеописанный.

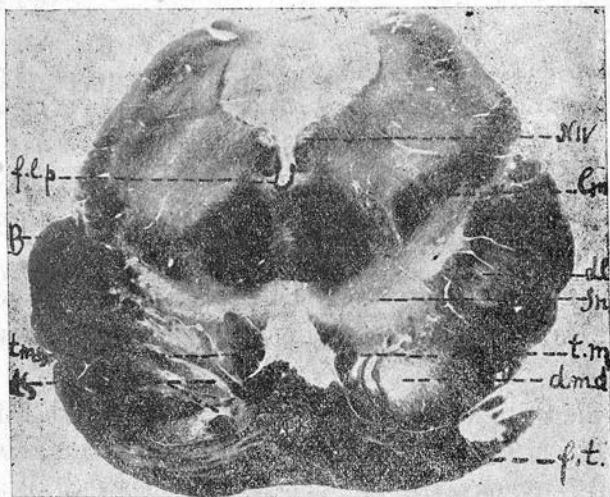
Tegmentum соотвѣтствуетъ перекресту корешковъ п. *trochlearis*. (IV рис. 2). Неповрежденными остались: задній продольный пучекъ (fl. p), перекрестъ передней ножки мозжечка (B), петля медіальной (lm), поперечныя волокна моста (ft) и большинство продольныхъ пучковъ основанія моста.

Перерожденный участокъ съ обѣихъ сторонъ занимаетъ медіальную область основанія моста. Справа перерожденіе обширнѣе, нежели слѣва. Можно видѣть, какъ совершенно перерожденные, такъ и отчасти перерожденные участки (dmd — справа, ds — слѣва).

Кромѣ этихъ участковъ въ наружныхъ областяхъ основанія моста въ дорзальной группѣ продольныхъ волоконъ часть пучковъ окрашена блѣднѣе (на рисункѣ этого не видно). На границѣ основанія и покрывки внутри отъ медіальной петли обозначаются ясно пучки tms слѣва и tm — справа. Пучокъ

tm окрашенъ въ периферическихъ частяхъ блѣднѣе нежели аналогичный пучокъ слѣва.

Срѣзы, полученные изъ отдѣловъ верхней половины моста, лежащихъ дистальнѣе вышеописаннаго (рис. 3) представляютъ то преимущество для изученія вторичныхъ перерожденій, что продольные пучки, ранѣе тѣсно прилежавшіе другъ къ другу, здѣсь располагаются отдѣльными пучками, раздѣленные поперечными волокнами моста.



(VI Рис. 2).

Перерожденіе охватываетъ внутреннюю, прилежащую къ гарне, часть: dmd—справа, dms—слѣва. Въ наружной части моста имѣются пучки d и d, которые представляютъ, судя по интенсивности окраски, различную степень перерожденія. Совершенно перерожденные части имѣются только въ медіальной части.

Медіальная петля въ медіальной части содержитъ маленькіе, перемѣшанные со здоровыми перерожденные участки, которыхъ справа больше, чѣмъ слѣва. Къ сожалѣнію на рис. 3 эти участки (tm) не видны.

Тѣ же самыя отношенія представляютъ препараты, полученные изъ моста на уровнѣ среднихъ ножекъ мозжечка (рис. 4).

Ясно обозначены: задній продольный пучекъ (f. l. p.) медіальная петля (l. m.), поперечныя волокна моста (ft) и часть продольныхъ пучковъ моста.

На этомъ рисункѣ уже видно, что медіальная часть медіальной петли блѣднѣе окрашена, нежели боковая часть:

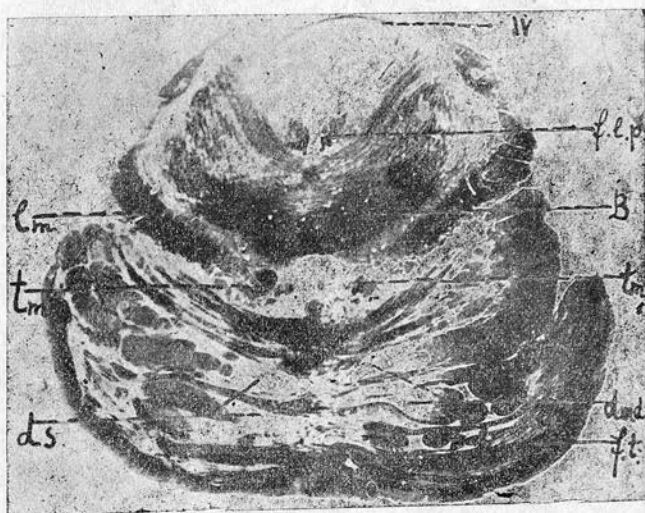


Рис. 3.

tm—справа, tms—слѣва. Подъ микроскопомъ ясно видны пучки перерожденныхъ волоконъ, перемежающиеся со здоровыми. Перерожденные продольныя волокна, прилежащія къ *garhe* съ обѣихъ сторонъ больше справа (dmd), чѣмъ слѣва (ds).

Кромѣ того перерожденные пучки въ дорзо-латеральномъ отдѣлѣ основанія моста.

Срѣзы, содержащія колѣно n. facialis (рис. 5 и 6) представляютъ тѣ же самыя отношенія: медіальная петля содержитъ перерожденные волокна только въ медіальной, прилежащей къ *garhe* части (tm). Перерождены въ *pes pedunculi*

продольные пучки по соседству с raphe (dmd и ds) и пучки дорзолатеральные (d_1 и d).

Перерождение выражено больше справа, чем слева.

Поперечные волокна моста сохранены.

Срезы, проведенные через п. п. abducentes (п. VI. рис. 7) дают почти здоровую медиальную петлю. В медиальной части последних перерожденных волокон очень мало.



Рис. 4.

В *pes pedunculi* перерождение около raphe (ds и dmd) и в дорзолатеральной группе продольных пучков моста с обеих сторон (d_1 и d). Количество перерожденных волокон сравнительно с отделами более проксимальными значительно меньше.

На препаратах, полученных из переходной области между мостом и продолговатым мозгом, (рис. 8) медиальная петля уже не содержит перерожденных пучков.

Последніе имѣются въ весьма маломъ количествѣ лишь въ медіальной части основанія справа (dmd). Corpus restiforme безъ измѣненій (cr). Поперечныя волокна моста (ft) тоже.

Въ продолговатомъ мозгу перерожденныхъ волоконъ нѣтъ. Пирамиды обозначены ясно. Окрашены достаточно интенсивно. (рис. 9.). Видны оливы нижнія (oi), nuclei orsciformes. (Na), corpus restiforme (cr).

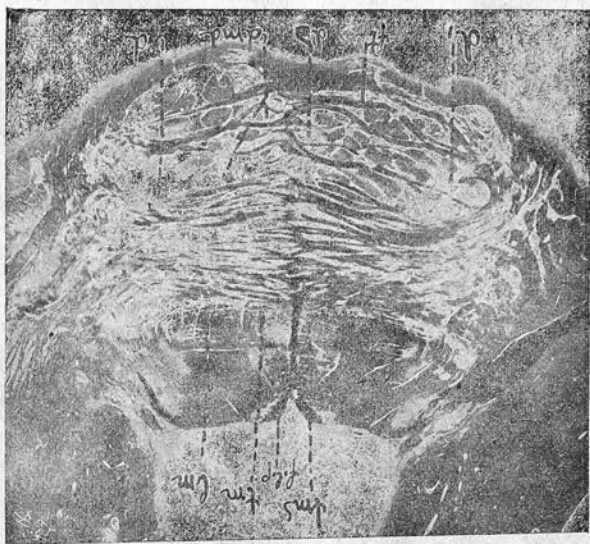


Рис. 5.

Такимъ образомъ перерожденные волокна располагаются по обѣимъ сторонамъ мозгового ствола, начиная отъ области перехода ножекъ мозга во внутреннюю капсулу до области перехода моста въ продолговатый мозгъ.

Перерожденныхъ волоконъ больше справа, чѣмъ слѣва. Эта разниа, мало выраженная въ проксимальномъ отдѣлѣ ствола, ясно выражена въ дистальныхъ его отдѣлахъ. Перерожденная область, занимая въ правой ножкѣ медіальную четверть и маленький участокъ дорзального отдѣла *pes pedunculi*.

culi, ниже располагается въ прилежащей къ гарне и дорзo-латеральной областяхъ моста. Перерожденныя волокна въ дорзo-латеральной области въ дистальномъ направленіи исчезаютъ раньше, нежели въ медіальной.

Съ лѣвой стороны перерожденныя волокна относятся почти также, какъ и съ правой.

Въ продолговатомъ мозгу перерожденныхъ волоконъ нѣтъ. Пирамиды не содержатъ ни одного перерожденного волокна и не атрофированы.

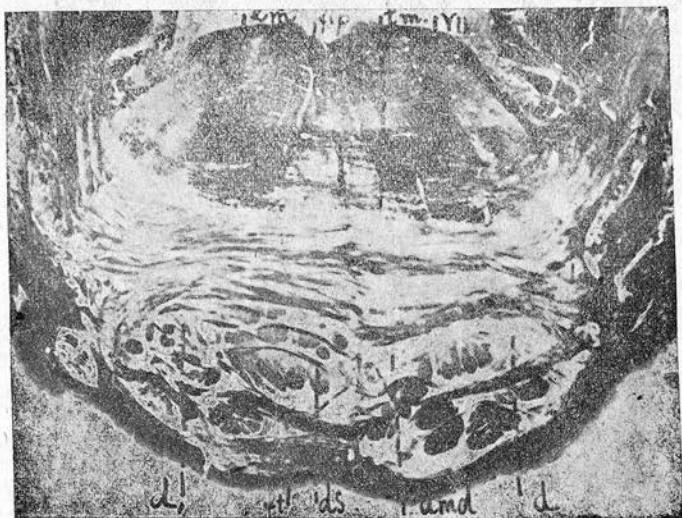


Рис. 5.

Кромѣ того имѣется перерожденіе въ медіальной области *pes pedunculi* справа, въ области, которой различные авторы даютъ различныя названія: *tractus corticobulbaris med.* по Edinger'у, *pes lemnisci superficialis*—по Dejerine'у, *Schleife von der Haube zum Hirnschenkelfuss*—по Hösel'ю и. т. д.

Это перерожденіе, постепенно перемѣщаясь въ покрыву, оказывается во внутреннемъ отдѣлѣ петлевого слоя (рис. 2—tm) въ видѣ обособленнаго пучка и далѣе переходитъ

въ медіальную часть медіальной петли въ видѣ разсѣянныхъ перерожденныхъ пучковъ. Пучекъ этотъ совершенно отсут-

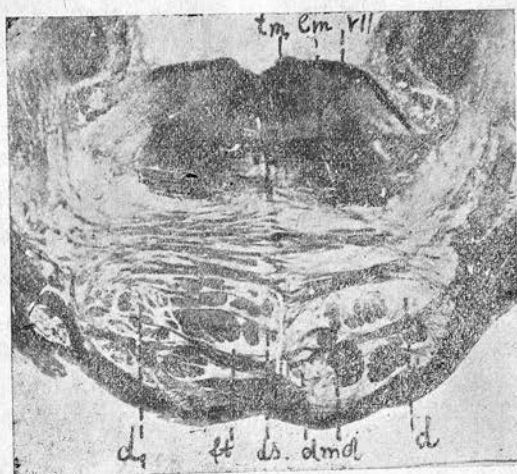


Рис. 6.

ствуетъ ниже ядеръ п. abducentis.

Въ медіальной части медіальной петли слѣва тоже имѣ-

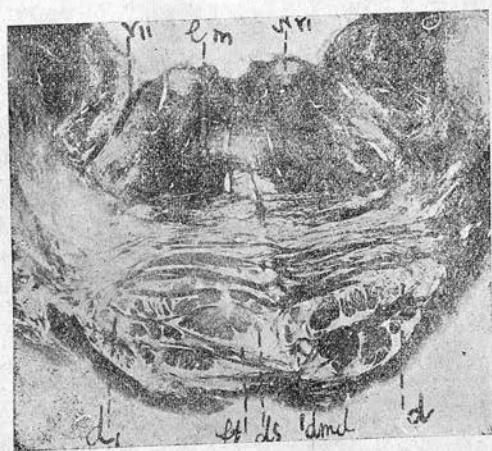


Рис. 7.

ются перерожденные пучки, но въ меньшемъ количествѣ.

Слѣдовательно при очагѣ, (опухоль; микроскопическое из-

слѣдованіе показало саркому), занимавшемъ всю толщѣ передней половины височной доли справа, мы получили вторичныя

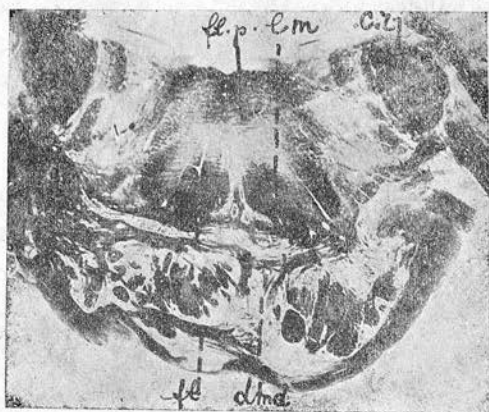


Рис. 8.

перерожденія какъ въ основаніи, такъ и покрывкѣ ствола съ обѣихъ сторонъ.

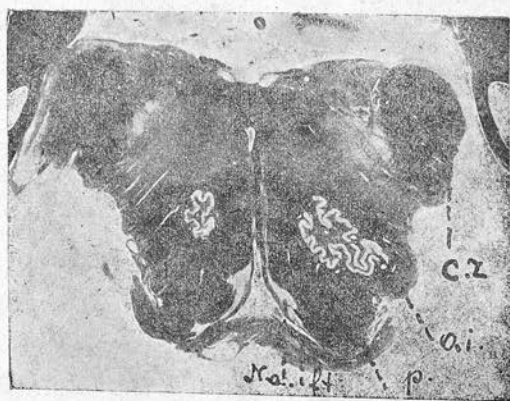


Рис. 9.

Слѣдуетъ помнить, что височная доля слѣва уменьшена въ объемѣ. Соответствующій боковой рогъ расширенъ.

Обзоръ литературныхъ данныхъ показываетъ, что височная доля снабжена большимъ количествомъ нисходящихъ волоконъ, которыя назначены для связи указанной доли съ ядрами моста. Поэтому, каждый разъ, когда имѣлось поврежденіе коры височной доли, наблюдали вторичныя перерожденія этихъ нисходящихъ волоконъ.

Если относительно топографіи этихъ волоконъ въ *pes pedunculi* мнѣнія согласны, то относительно начало ихъ въ височной долѣ они расходятся.

На нисходящее перерожденіе всей мозговой ножки (ея основанія), а слѣдовательно и височныхъ системъ первый указалъ Rossolimo⁽¹³⁾ въ 1886 г.; въ 1887 году Бехтеревъ⁽²⁾ опубликовалъ случаи съ нисходящимъ перерожденіемъ височно-мостовыхъ системъ въ *Arch. f. Psych.* уже ранѣе сообщенные имъ въ русской литературѣ.

Въ случаѣ Rossolimo при очагѣ, занимавшемъ обширную часть лобной доли, нижнюю треть центральныхъ извилинъ и центральные узлы съ капсулой, здоровыя волокна остались въ весьма незначительномъ количествѣ во внутренней и въ самой наружной части *pes pedunculi*.

Раньше господовало мнѣніе Meynert'a, Sharcot и Brissaud, утверждавшихъ, что наружная часть мозговой ножки никогда въ нисходящемъ направленіи не дегенерируется.

Бехтеревъ описалъ три случая. Въ первомъ случаѣ (Stecher) при корковомъ очагѣ, занимавшемъ орбитальныя, нижнюю половину центральныхъ извилинъ, нижнюю темянную и височныя извилины, за исключеніемъ ихъ передняго полюса, и центральномъ, уничтожившемъ почти все узлы—было перерожденіе всей *pes pedunculi*, за исключеніемъ области между пирамиднымъ пучкомъ и Тюрковскимъ, и малаго количества волоконъ во внутреннемъ отдѣлѣ ножки.

Во второмъ случаѣ (Thime), при очагѣ корковомъ, занимавшемъ заднюю половину височныхъ извилинъ, часть *gyri angularis*, затылочную долю и переднее колѣно внутренней

капсулы—перерождение занимало внутреннюю пятую и наружную пятую *res pedunculi*.

Въ третьемъ случаѣ (Hertel) обширное корковое поражение, оставившее свободными верхній отрѣзокъ центральныхъ извилинъ, всѣ височныя и часть затылочной доли.

Перерождение всей ножки, за исключеніемъ наружной пятой ея.

Оказалось, что очагъ, захвативши заднюю половину височной доли, далъ перерождение въ наружномъ отдѣлѣ ножки—въ пучкѣ Тюрка, а въ случаѣ болѣе обширнаго пораженія, (Hertel) гдѣ височная доля осталась неповрежденной, при перерожденіи 3-хъ четвертей внутреннихъ *res pedunculi*, наружная четверть осталась неперерожденной.

Отсюда Бехтеревъ сдѣлалъ выводъ, что височная доля при посредствѣ Тюрковского пучка связана съ мостомъ.

Уже въ 1881 году Flexig на основаніи своего метода указалъ, что воловья Тюрковского пучка кончаются въ ядрахъ моста.

Въ случаѣ Winkler'a (21) при очагѣ, занимавшемъ заднюю часть височныхъ извилинъ и паріетальныхъ извилинъ наблюдалось перерождение Тюрковского пучка.

Въ случаѣ Jelgersma (7) при двустороннемъ абсцессѣ, занимавшемъ височныя доли перерождены были оба Тюрковскихъ пучка.

Въ 1-омъ случаѣ Zacher'a (22) (Bey) было перерождение Тюрковского пучка при пораженіи задней половины височныхъ, первой и отчасти второй извилинъ, нижней темянной и задней и нижней части задней центральной извилины.

Во 2-омъ случаѣ (Fläsch Lorenz) перерождение Тюрковского пучка наблюдалось при пораженіи подкорковомъ, которое соответствовало заднимъ двумъ третямъ первыхъ двухъ височныхъ извилинъ и островку. Кромѣ Тюрковского пучка были измѣненія во второй четверти основанія мозговой ножки.

Въ третьемъ случаѣ (Foltz) при очагѣ, поразившемъ область первой височной почти цѣликомъ, второй височной

въ задней половинѣ, нижнюю паріетальную и нижнюю треть центральныхъ извилинъ *lob. lingualis* и *fusiformis*, наблюдалось перерождение Тюрковского пучка, и два перерожденныхъ участка въ первой и третьей четверти мозговой ножки, считая снутри кнаружи.

Въ четвертомъ случаѣ (Phipps) имѣлось поврежденіе задней половины двухъ височныхъ извилинъ (*t.* и *II t.*), распространяющееся на прилежащую часть затылочныхъ, поврежденіе островка и нижняго отрѣзка центральныхъ извилинъ; наблюдалось перерождение Тюрковского пучка, рѣзко выраженное перерождение въ среднихъ двухъ четвертяхъ ножки и менѣе интенсивное въ первой и въ третьей четверти, считая снутри.

При поврежденіи височныхъ извилинъ поврежденіе Тюрковского пучка было во всѣхъ четырехъ случаяхъ. Ни въ одномъ изъ случаевъ не было поврежденія всего передняго полюса височной доли.

Анализируя свои случаи, Zacher пришелъ къ заключенію, что и паріетальныя извилины принимаютъ участіе въ образованіи Тюрковского пучка. Слѣдуетъ помнить что въ случаяхъ Zacher'a третья височная извилина не была повреждена.

Въ 1895 году Кам (9) опубликовалъ работу, въ которой на основаніи 19 своихъ и извѣстныхъ до него случаевъ установилъ ходъ и происхожденіе височно-мостовой системы.

Въ части случаевъ, въ которыхъ поврежденія височной доли не было, не наблюдалось поврежденія въ наружномъ отдѣлѣ ножки. Тамъ, гдѣ височная доля участвовала, было поврежденіе наружнаго пучка ножки.

На основаніи анализа своихъ и чужихъ случаевъ Кам дѣлаетъ заключеніе, что Тюрковскій пучокъ беретъ начало отъ височныхъ извилинъ.

Въ 1903 году Marie et Guillaïn (14) на основаніи 14 случаевъ высказались въ томъ смыслѣ, что Тюрковскій пучокъ беретъ начало главнымъ образомъ отъ третьей височной извилины.

По даннымъ Dejerine'a (4) Тюрковский пучокъ получаетъ волокна изъ трехъ височныхъ извилинъ: главнымъ образомъ отъ среднихъ отдѣловъ второй и третьей извилинъ.

По даннымъ Kattwinkel и Neumayer'a (10) (1910 г.) не только отъ третьей, но и отъ второй и первой височныхъ извилинъ. Въ ихъ случаѣ височная первая извилина не была захвачена процессомъ.

Въ случаѣ Zingerle (23) очагъ занималъ наружную поверхность височной доли, доходя до передняго полюса, но не касаясь орсеп'арной поверхности передняго отдѣла височной доли и задней его половины.

Наблюдалось перерожденіе въ сублентиккулярномъ отдѣлѣ капсулы.

Въ томъ же году К. Lövenstein (12) опубликовалъ работу изъ Монасгов'скаго Института.

Въ двухъ случаяхъ очаговъ въ височной долѣ, занимавшихъ переднюю половину височной доли, но не доходившихъ ни до Сильвиевой щели, ни до передняго полюса височной доли (первая-височная извилина поражена поэтому не была), измѣненій въ Тюрковскомъ пучкѣ не оказалось.

Отсюда авторъ заключаетъ, что передняя половина височной доли, говоря вѣрнѣе, передняя половина второй и третьей извилинъ участія въ образованіи Тюрковскаго пучка не принимаютъ. Можно-ли тоже самое сказать относительно передняго отдѣла первой височной извилины, авторъ на основаніи своего случая рѣшить не можетъ.

Дѣлая попытку разобраться въ литературныхъ данныхъ, авторъ сообщаетъ слѣдующія разнорѣчивыя мнѣнія относительно начала Тюрковскаго пучка.

Указывая на заключенія Dejerine'a, который придаетъ мало значенія первой височной извилинѣ, хотя въ его случаяхъ и было поврежденіе первой височной извилины, отмѣчаетъ противорѣчіе указаннаго взгляда съ данными, полученными при изслѣдованіи случая Thoma и Dejerine'a, гдѣ при

очагѣ въ третьей и части 2-ой височной извилины не было перерожденія Тюрковского пучка.

Мнѣніе Marie и Guillaïn'a о преимущественномъ значеніи третьей лобной извилины и о участіи двухъ остальныхъ извилинъ тоже не можетъ считаться доказаннымъ. У нихъ были какъ случаи интактности Тюрковского пучка при пораженіи первой, такъ и при пораженіи первой и второй височныхъ извилинъ.

La Sal Archambault считаетъ началомъ Тюрковского пучка вторую и третью извилины, исключая первую.

Но въ его матеріалѣ имѣются случаи интактности этого пучка при пораженіи не только первой, но и третьей извилины.

Почему однако онъ не исключаетъ и третью извилину — неизвѣстно.

Flexig полагаетъ въ противоположность Dejerine'у начало Тюрковского пучка въ „temporale Querwindung“ и средней части височной первой извилины.

Вторая и третья височныя и передняя треть первой принимаютъ участіе въ образованіи пучка.

Участіе первой височной извилины подтверждено, какъ указываютъ Flexig, Ferrier и Turner на обезьянахъ.

Quersel, присоединяясь къ Flexig'у, полагаетъ, что могутъ участвовать и извилины основанія.

Monacov считаетъ пучокъ смѣшаннымъ, допуская участіе теменныхъ и затылочныхъ извилинъ.

Obersteiner допускаетъ начало въ задней части височныхъ и прилежащей части затылочныхъ извилинъ.

Lövenstein, какъ указано выше, нашелъ въ литературѣ противорѣчивыя указанія относительно участія первой височной извилины въ образованіи Тюрковского пучка.

Передняя половина височной доли не принимаетъ участія въ обр. Тюрк. пучка.

Выводъ его относительно неучастія передней половины височной доли въ образованіи Тюрковского пучка, касался только второй и третьей височной извилинъ.

Такъ какъ въ нашемъ случаѣ были поражены не только передняя половина 3-хъ височныхъ извилинъ, но вся толща височной доли въ передней половинѣ, и перерожденія въ Турковскомъ пучкѣ все таки не оказалось, мы можемъ сказать, что передняя половина височной доли не принимаетъ участія въ образованіи Турковского пучка.

Что въ литературѣ мы больше всего встрѣчаемся съ указаніемъ, на участіе тѣхъ или другихъ извилинъ въ образованіи этого пучка, а не отдѣловъ извилинъ, это объясняется рѣдкостью изолированнаго пораженія передняго полюса височной доли.

Имѣются ли въ основаніи мозговой ножки нисходящія волокна отъ передняго отдѣла височной доли? Вопросъ этотъ является весьма мало выясненнымъ въ виду рѣдкости локализации въ полюсѣ височной доли, безъ пораженія сосѣднихъ областей.

Въ литературѣ имѣются указанія относительно перерожденій во внутреннемъ углу ножки при корковыхъ очагахъ. Эти перерожденія наблюдаются при перерожденіи нижняго отрѣзка центральныхъ извилинъ, островка и operculi Rolandici et frontalis, по нѣкоторымъ авторамъ (Flexig, Monacov⁽¹⁵⁾) и при пораженіи выпуклой поверхности лобной доли.

При цѣлости указанныхъ отдѣловъ во внутреннемъ углу остается ясно обозначенный участокъ, особенно хорошо замѣтный на границѣ моста и ножекъ мозга.

Демонстративный случай пораженія этого пучка описалъ въ 1902 г. Hösel⁸. У Dejerine'a имѣется изслѣдованный по методу Marchi случай. У Hösel'я мы находимъ указанія на авторовъ, изучавшихъ этотъ пучокъ: Obersteiner, Schlesinger, Probst, Бехтеревъ и др. Располагаясь въ самой внутренней части основанія ножки въ видѣ узкой полосы, расширяющейся въ дорзальномъ направленіи, этотъ пучокъ ясно обозначается, когда прилежащія къ нему пути дегенерируются.

Въ моемъ случаѣ въ правой ножкѣ этотъ пучокъ перерожденъ отчасти. Если сравнить его (tm) съ пучкомъ tms

противоположной стороны, то оказывается, что правый пучокъ меньше лѣваго. Такъ какъ правый пучокъ перерѣзанъ болѣе проксимально, нежели лѣвый, (и такъ какъ здѣсь рѣчь идетъ о перерожденіи нисходящемъ), то онъ долженъ быть больше или, по крайней мѣрѣ, равняться пучку съ лѣвой стороны. Уменьшеніе его сравнительно съ лѣвымъ указывать на его перерожденіе.

Перерожденіе этого пучка видно на второмъ рисункѣ ясно (tm). Далѣе перерожденные волокна переходятъ въ медіальную часть медіальной петли, продолжаясь до середины моста. Пучокъ этотъ совершенно соотвѣтствуетъ тому пучку, который Hösel описываетъ подъ названіемъ „Schleife von der Naube zum Hirnschenkelfuss“. (Срав. мой рисунокъ первой съ четвертымъ Hösel'я и рисунокъ второй съ третьимъ Hösel'я). Бехтеревъ называетъ его „внутренней прибавочной петлей“ Dejerine—„pes lemnisci superficialis“, Edinger—„tractus cortico—bulbaris medius“.

Перерожденіе этого пучка въ моемъ случаѣ объясняется непосредственнымъ сосѣдствомъ опухоли височной доли къ operculum frontalis и op. Rolandici.

Въ исторіи болѣзни былъ отмѣченъ парезъ facialis и hypoglossi на сторонѣ, противоположной опухоли.

Парезъ этотъ рѣзко выраженъ никогда не былъ и парезомъ конечностей не осложнялся. Это соотвѣтствуетъ частичному перерожденію этого пучка.

Отмѣченный на первомъ рисункѣ дегенерированный участокъ (dl) очевидно соотвѣтствуетъ tractus cortico—bulbaris lateralis.

Однако помимо этихъ перерожденій во внутренней четверти основанія мозговой ножки имѣется дегенерированный участокъ. Этотъ участокъ въ дистальномъ направленіи соотвѣтствуетъ перерожденіямъ въ медіальной и дорзо-латеральной группахъ продольныхъ волоконъ моста.

Такъ какъ пирамиды продолговатаго мозга интактны, то эти продольные пучки могутъ принадлежать только корково-мостовымъ системамъ.

Такъ какъ Тюрковскій пучокъ цѣлъ, то остается допустить, что перерожденіе зависитъ отъ поврежденія лобно-мостовой системы.

По нѣкоторымъ авторамъ, какъ мы видѣли, эта система располагается во внутренней четверти ножки.

Однако въ нашемъ случаѣ лобная доля интактна. Единственно, что можно было бы допустить, — это сосѣдственное влияніе опухоли на лобную долю, или происхожденіе системы отъ височной доли. Если сдѣлать первое предположеніе, то мы не поймемъ, почему опухоль, будучи ближе къ мѣсту начала *tractus cortico-bulbaris med.* и къ началу пирамиднаго пучка, вызвала лишь незначительное измѣненіе этого пучка. Если бы сосѣдственное влияніе распространилось на лобную долю, то прежде всего было бы рѣзкое пораженіе указанного *tractus cor.—bulbaris med.*

Поэтому приходится отбросить такое предположеніе и думать, что перерожденіе во внутренней четверти мозговой ножки зависитъ отъ очаговаго процесса въ переднемъ полюсѣ височной доли.

Такое предположеніе, хотя и не высказывалось еще никѣмъ, не противорѣчитъ существующимъ даннымъ относительно перерожденій при пораженіяхъ коры височной доли.

Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ было обширное пораженіе коры, захватывающее всю височную долю вмѣстѣ съ другими отдѣлами мозга, (сл. Pradel Dejerine'a), было перерожденіе всей ножки, включая и ея внутренній отдѣлъ. (Въ случаѣ Dejerine'a кора передняго отдѣла была цѣла, но подлежащее бѣлое вещество на пути волоконъ отъ височной доли было поражено, почему авторъ рассматривалъ свой случай, какъ пораженіе коры всего выпуклой поверхности).

Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ было пораженіе височной доли и не было пораженія во внутреннемъ углу *res pedunculi*, процессъ шадилъ передній полюсъ и части прилегающія къ Сильвіевой щели.

Въ случаѣ Neuman'a (Dejerine) очагъ занималъ височныя извилины, оставивъ свободнымъ переднюю треть височной доли и занявъ заднюю часть второй, третьей и передній отдѣлъ первой височной извилины;—перерожденіе одного только Тюрковского пучка.

Въ случаѣ Löwenstein'a процессъ, занявшій переднюю половину височныхъ 2-ой и 3-ей извилинъ, оставилъ интактной первую височную и самый передній отдѣлъ 2 и 3 височныхъ извилинъ. Перерожденія во внутреннемъ углу тоже не было.

Въ случаѣ Zingerle поражена была височная доля, за исключеніемъ передняго отдѣла первой височной извилины;—перерожденіе одного только Тюрковского пучка.

Въ случаѣ Kattwinkel и Neumaier'a поражение охватило вторую и первую извилины, оставивъ интактными третью и самый передній отдѣлъ первыхъ двухъ извилинъ. Перерожденіе одного Тюрковского пучка.

Отсюда слѣдуетъ, что тамъ, гдѣ передній полюсъ височной доли былъ пощаженъ процессомъ, перерожденій во внутреннемъ углу ножки не наблюдалось.

Въ моемъ случаѣ такое перерожденіе наблюдалось какъ разъ при пораженіи передняго полюса височной доли.

Поэтому я могу утверждать, что послѣдній даетъ нисходящія волокна, которыя, проходя внутреннюю четверть ножки, образуютъ переднюю височно-мостовую систему.

Изъ сопоставленія вышеприведенныхъ случаевъ съ моимъ слѣдуетъ, что такое значеніе имѣетъ лишь самый передній отдѣлъ височной доли и особенно его та часть, которая обращена къ Сильвиевой щели. Отсутствіе аналогичныхъ указаний я объясняю крайней рѣдкостью изолированнаго пораженія передняго отдѣла височной доли.

Въ вопросѣ, о составѣ внутренней четверти *res pedunculi* существуютъ рѣзкія противорѣчія. Большинство авторовъ склонны думать, что внутренняя четверть ножки занята системой, идущей отъ лобныхъ долей къ мосту, которая по од-

нимъ авторомъ располагается внутри отъ *tractus cortico-bulbaris med.*, а по другимъ снаружи отъ него. Матеріаль, на которомъ сторонники существованія лобно-мостовой системы базируютъ свои заключенія, не столь богатъ, какъ матеріаль, на основаніи котораго установлены ходъ и происхожденіе Тюрковского пучка. Кромѣ того онъ изобилуетъ противорѣчными данными.

Авторы повидимому базируются на данныхъ, полученныхъ Flexig'омъ по его методу. Уже въ 1881 году Flexig указалъ на существованіе этой системы, обозначивъ ее ходъ и происхожденіе. Въ то же время были сдѣланы указанія относительно Тюрковского пучка, и т. н. лобная и височная системы были признаны корково-мостовыми системами. Если въ отношеніи Тюрковского пучка предположенія Flexig'a и были подтверждены въ общихъ чертахъ изученіемъ вторичныхъ перерожденій при корковыхъ очагахъ въ височной долѣ, того же нельзя сказать относительно лобно-мостовой системы.

Zacher въ работѣ, уже цитированной нами, указалъ, что существованіе лобно-мостовой системы является весьма спорнымъ. Онъ приводитъ случаи, въ которыхъ при поврежденіи коры лобныхъ долей или подлежащаго бѣлаго вещества перерожденіе было не во внутреннемъ углу ножки: случай Brink'a (*Archf. Klin. Med. B. 78.*).

Далѣе онъ указываетъ на два ранѣе опубликованныхъ случая (Schreyer и Schoebelin), гдѣ при пораженіи лобныхъ областей перерожденія во внутреннемъ углу тоже не наблюдалось.

Сопоставляя отрицательныя находки въ этихъ случаяхъ съ положительными находками при изслѣдованіи двухъ случаевъ безъ пораженія лобныхъ долей, онъ приходитъ къ выводу, что лобная доля не даетъ волоконъ во внутренній отдѣлъ ножки.

Въ первомъ случаѣ были поражены кора островка, первая височная доля, *gyr. marginalis*, *parietalis inferior* и нижняя часть центральныхъ извилинъ.

Во второмъ было поражение нижняго отрѣзка центральныхъ извилинъ, задней части островка и задней половины первой и второй височныхъ извилинъ.

Въ обоихъ случаяхъ наблюдались перерожденія и во внутреннемъ углу ножки.

Монасовъ (1⁵) сообщаетъ два случая съ перерожденіемъ во внутреннемъ углу ножки при очагѣ захватившемъ и лобныя доли.

Въ одномъ случаѣ были поражены 2 и 3 лобныя извилины, а во второмъ третья лобная и первая височная извилины.

Авторъ думаетъ, что (хотя данныя Zacher'a и противорѣчатъ его заключенію) существованіе лобно-мостовой системы подтверждается его случаями.

Поскольку дѣло идетъ о вторичныхъ перерожденіяхъ во внутреннемъ углу ножки при поврежденіи лобныхъ долей вообще, авторъ правъ. Но поскольку рѣчь идетъ о существованіи особой, помимо *tractus corticobulbaris med.* существующей лобно-мостовой системы, онъ едва ли имѣетъ право на основаніи своихъ случаевъ дѣлать указанное заключеніе.

Вѣдь центры черепныхъ нервовъ, расположены не только въ передней центральной, но и въ задней части третьей лобной извилины. Поэтому мы всегда имѣемъ поврежденіе во внутреннемъ углу ножки при пораженіи данной области, которое вовсе не имѣетъ въ любомъ отдѣлѣ ножки того характернаго очертанія, которое оно имѣетъ на границѣ перехода моста съ *pes pedunculi*. Такое перерожденіе существованія лобно-мостовой системы доказать не можетъ. Если бы такое перерожденіе наблюдалось при интактности *operculi frontalis et Rolandici*, оно бы доказывало существованіе лобно-мостовой системы. Однако, какъ разъ при такой локализаци и не наблюдается измѣненій во внутреннемъ углу ножки.

Подобный случай имѣется у Dejerine'a: при пораженіи коры первой и второй лобныхъ извилинъ съ одной стороны

и поражении передней трети третьей лобной извилины с другой перерождений во внутреннем углу ножки не оказалось.

Сопоставляя этот случай с большим числом других, в которых было перерождение внутреннего угла ножки без поражения выпуклой поверхности лобной доли, Dejerine думает, что существование лобно-мостовой системы в смысле Flexig'a—Бехтерева, по методу вторичных перерождений не доказано.

Однако и он не отрицает, что во внутреннем углу ножки содержатся волокна в весьма незначительном количестве, которые должны быть отнесены к корко-мостовым связям лобной доли.

Этим признанием Dejerine'a существование такой системы не отрицается совершенно. Чтобы понять его дальнейшие заключения, мы должны ознакомиться с его мнением относительно состава и происхождения *res pedunculi* вообще.

На основании большого материала, изученного по методу вторичных перерождений, он пришел к выводу, что *res pedunculi* содержит исключительно волокна коркового происхождения.

Не все области коры посылают волокна в ножку. Эти волокна (нисходящего направления) происходят от средних областей мозга: центральных извилин, задняя часть лобных извилин, передняя часть парietальных и средняя часть височных извилин.

Волокна остальной части лобной доли и затылочных долей идут к центральным узлам и к подбугровой области. Относительно переднего отдела височной доли Dejerine указаний не дает.

Волокна идущие от средних областей, располагаются в ножке следующим образом: идущие от височной доли, через сублентиккулярный отдел *capsulae internae*, проходят в область Тюрковского пучка в наружной части ножки. Волокна, идущие от двигательной области, располагаются внутри от Тюрковского пучка. Чем ближе к Сильвиевой

щели берутъ волокна свое начало, тѣмъ болѣе внутренній отдѣлъ ножки занимаютъ они и тѣмъ ближе къ кольцу внутренней капсулы расположены **.

Самый внутренній отдѣлъ занять путемъ, берущимъ начало отъ покрышковой области (ор. Rolandi, frontalis, insula Rheilli), проходящимъ въ caps. int черезъ ея кольцо. Въ существованіи малаго количества волоконъ отъ лобной доли убѣждаетъ Dejerine'a то обстоятельство, что при общихъ пораженіяхъ коры, захватывающихъ область Сильвиевой щели, наблюдаются здоровыя волокна во внутреннемъ углу ножки.

Въ случаѣ Rivaud была поражена кора на обширномъ протяженіи, захватывая весь operculum Silvii и островокъ, т. е. какъ разъ тотъ участокъ, отъ котораго по Dejerine'у происходитъ внутренняя четверть ножки. Однако, во внутреннемъ углу въ этомъ случаѣ были здоровыя волокна. Интактными оставались лобная доля и самый передній конецъ височной доли. Было также неполное пораженіе узловъ. По Dejerine'у волокна не могутъ происходить ни отъ лобной доли (вып. пов.) (сл. Moriclean), ни отъ остатка узловъ (сл. Prodel).

Остается предположить, что они происходятъ отъ оставшихся неповрежденными орбитальныхъ извилинъ.

Поэтому, заключаетъ Dejerine, если существуютъ лобно-мостовыя волокна, то они происходятъ отъ орбитальныхъ извилинъ. Dejerine однако упускаетъ изъ виду, что въ случаѣ Rivaud былъ свободенъ вромѣ орбитальныхъ извилинъ также передній полюсъ височной доли.

Въ моемъ случаѣ перерожденіе во внутренней четверти получилось именно при локализациі очага въ полюсъ височной доли.

Поэтому я имѣю основаніе думать, что эти свободныя волокна отчасти принадлежали переднему отдѣлу височной доли.

**) Курсивъ нашъ.

Соглашаясь по существу съ выводами Dejerine'a, я долженъ указать, что во внутреннемъ (наз. лобно-мостовымъ) углу ножки содержатся волокна, которые берутъ начало по окружности Сильвиевой щели: верхушки височной доли, орбитальныхъ извилинъ и передней части островка.

Интересно отмѣтить, что внутренняя область ножки рѣдко перерождается совершенно, что указываетъ на происхождение волоконъ изъ нѣсколькихъ отдѣловъ мозга. Измѣненія въ лѣвой сторонѣ *pes pedunculi* обуславливаются измѣненіями височной доли съ противоположной стороны.

Резюмируя данныя анатомическаго изслѣдованія, мы должны сказать, что:

во I-хъ *Тюрковский пучекъ* не беретъ начало отъ передней половины трехъ височныхъ извилинъ.

во II-хъ *tractus cortico-bulbaris med.* перерождается въ нисходящемъ направленіи, располагаясь на границѣ моста и ножки во внутреннемъ углу, въ проксимальномъ отдѣлѣ моста еще сохраняетъ видъ обособленнаго пучка, расположеннаго медиально отъ медиальной петли, а дистальные составляютъ разсыянные пучки петлевого слоя.

въ III-хъ внутренняя четверть *pes pedunculi* содержитъ волокна отъ передняго полюса височной доли, которая спускаясь до ядеръ моста своей стороны занимаютъ медиальную и дорзолатеральную область продольныхъ волоконъ моста.

Принимая во вниманіе, что отдѣлъ *pes pedunculi*, относимый „къ лобно-мостовой“ системѣ, содержитъ волокна, происходящія не только отъ лобной, но и отъ передняго отдѣла височной доли. Слѣдовало бы назвать указанный отдѣлъ „внутренней корково-мостовой системой“ въ отличіе отъ *Тюрковского пучка*, который является наружной корково-мостовой системой.

Тогда схема *pes pedunculi* (дистальный отд.) приняла бы такой видъ: *knupri fractus cortico-bulbaris medius*, 2—внутренняя корково-мостовая система. 3. Волокна пирамид-

наго пучка и 4. Тюрковскій пучокъ или наружная корково-мостовая система.

Клиническій діагнозъ описаннаго случая былъ установленъ на основаніи симптомовъ общемозговыхъ: рвоты, головныя боли, застойные соски. Локализациа процесса указана не была. Въ самомъ дѣлѣ топическая діагностика опухолей, занявшихъ т. н. индифферентныя области мозга, является крайне затруднительной.

Топическая діагностика въ такихъ случаяхъ возможна лишь посредствомъ анализа сосѣдственныхъ и отдаленныхъ симптомовъ. При пораженіи передняго отдѣла височныхъ долей единственнымъ очаговымъ симптомомъ можно было бы считать нарушеніе обонянія. Не говоря уже о томъ, что результатамъ изслѣдованія органа обонянія вслѣдствіе частоты периферическаго происхожденія обонятельныхъ разстройствъ придають весьма мало значенія, послѣднія наблюдаются лишь при пораженіи обонятельныхъ центровъ съ обѣихъ сторонъ.

Въ нашемъ случаѣ нарушенія обонянія было. Мы объясняемъ это наличностью измѣненій въ противоположной височной долѣ: уменьшеніе объема, расширеніе бокового рога.

Здѣсь, слѣдовательно нарушенія обонянія является слѣдствіемъ отдаленнаго вліянія правой височной доли на лѣвую.

Сосѣдственными симптомами при пораженіи передней половины могутъ быть явленія со стороны двигательной сферы, поскольку опухоль можетъ расти въ Сильвиевой щели или внутри по направленію къ стволовой части, и явленія афазіи сенсорной, поскольку она будетъ расти кзади, въ томъ случаѣ, когда опухоль расположена въ лѣвомъ полушаріи.

Если къ явленіямъ повышенія внутричерепного давленія, существующимъ нѣкоторое время безъ очаговыхъ симптомовъ, присоединяются афазическія, сенсорнаго характера разстройства, то весьма вѣроятно предположить опухоль передняго отдѣла, такъ какъ при локализациі кзади отъ центра

Wernike возможно вовлеченіе зрительной сферы, а область подъ Сильвіевоу щелью дастъ другія двигательныя, либо чувствительныя разстройства.

Эти соображенія совершенно непримѣнимы къ опухольямъ, локализирующимъ ся справа. Здѣсь можно говорить только о сосѣдственныхъ симптомахъ со стороны двигательной зоны и сферы тѣлесныхъ ощущеній.

Въ нашемъ случаѣ на одинадцатомъ мѣсяцѣ болѣзни развился парезъ двухъ черепно-мозговыхъ нервовъ: лицевого и подъязычнаго слѣва. Этотъ парезъ рѣзко выраженъ не былъ и не осложнялся парезомъ конечностей. Парезъ развился на сторонѣ, противоположной опухоли.

Объясняется онъ непосредственнымъ давленіемъ опухоли на *operculum frontalis et Rolandicum*. Симптомъ этотъ, указывая на то, что процессъ разыгрывается гдѣ то вблизи центра черепныхъ нервовъ, не даетъ еще возможности думать объ опухоли височной доли.

Еще до наступленія указаннаго пареза въ исторіи болѣзни отмѣчаются судорожныя явленія періодическаго характера со стороны правыхъ конечностей (со стр. опухоли), и по временамъ подергиванія въ нихъ.

Характеръ судорогъ клонико-тоническій безъ потери сознанія. Впослѣдствіи судороги охватывали всѣ конечности и сопровождались потерей сознанія.

Эти судорожныя явленія могли зависѣть только отъ раздраженія противоположной опухоли двигательной зоны. Что противоположное полушаріе было оттѣснено въ своихъ функцияхъ, на это указываетъ уменьшеніе объема — атрофія височной доли слѣва.

На двигательную зону отдаленное вліяніе отразилось нѣсколько меньше, вызвавъ здѣсь лишь явленія раздраженія.

На отдаленное вліяніе при опухоляхъ указывалось давно (Oppenheim⁽¹⁸⁾, Knapp⁽¹¹⁾) и въ такомъ вліяніи нѣтъ ничего невѣроятнаго.

Но почему отдаленному вліянію подлежатъ тѣ, а не другія области—это сказать трудно.

Кнарр указываетъ на симптомы со стороны противоположной мозговой ножки и глазодвигательнаго нерва при опухоляхъ височной доли. Почему поражается больше не соответствующая, а противоположная ножка, авторъ объяснить не можетъ. Важно лишь отмѣтить, что такое вліяніе возможно.

Въ нашемъ случаѣ главнымъ образомъ пострадала не противоположная ножка, а противоположныя центральныя извилины. Указаніе соотношенія между извѣстными отдаленными симптомами и тѣми или другими локализациями опухолей, должно оказать услугу въ дѣлѣ діагностики опухолей индифферентныхъ участковъ черепного мозга, устанавливая извѣстную закономерность въ проявленіи отдаленныхъ симптомовъ.

Кромѣ двигательныхъ разстройствъ указаннаго выше характера при опухоляхъ височной доли бываютъ явленія нарушенія равновѣсія.

Въ нашемъ случаѣ нарушеніе равновѣсія тоже наблюдалось.

Является ли въ такихъ случаяхъ нарушеніе равновѣсія очаговымъ или отдаленнымъ симптомомъ—до сихъ поръ не установлено.

Кнарр думаетъ, что височная доля является органомъ равновѣсія.

Мы можемъ лишь сказать, что если явленія нарушенія равновѣсія и бываютъ при опухоляхъ височныхъ долей вообще, то они присущи какъ задней половинѣ этой доли, такъ и передней.

Трудность опредѣленія стороны пораженія зависитъ отъ того, что противоположная височная доля, подвергаясь отдаленному вліянію со стороны пораженной, обуславливаетъ появленіе общихъ явленій нарушенія равновѣсія, безъ рѣзкой алокализации на одной сторонѣ.

Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что при опухоли височной доли могутъ быть, какъ отдаленные симптомы:

во I-хъ явленія судорожныя на сторонѣ соотвѣтствующей опухоли.

во II-хъ нарушенія равновѣсія неопредѣленнаго характера.

Кромѣ того нарушеніе обонянія вслѣдствіе вліянія на противоположную обонятельную область.

Синдромъ, состоящій изъ явленій, указывающихъ на повышеніе внутричерепного давленія, существующаго долгое время безъ очаговыхъ симптомовъ и осложнившійся парезомъ черепно-мозговыхъ нервовъ съ одной стороны и судорожными явленіями въ конечностяхъ противоположной стороны, нарушеніемъ обонянія, и, наконецъ нарушеніемъ равновѣсія—можетъ считаться характернымъ для пораженія передняго отдѣла височной доли.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ выразить благодарность глубокоуважаемому учителю Н. М. Попову за руководство при исполненіи работы.



Литература.

1. Бехтеревъ. Проводящія пути головного и спинного мозга.
2. Bechterev. Zur Frage die Secundär. Degen. des Hirnschenkelfusses. Arch. f. Psych. 1891.
3. Bumm. Über des centralen Ursprungs des Hirnschenkelfusses beim Kaninchen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. B. 2.
4. Dejerine. Anatomie des centres nerveux. 1901 г.
5. Edinger. Vorlesungen über Bau der nervösen Zentralorgane des Menschen B. I. 1911 г.
6. Жуковскій. Объ анатомическихъ связяхъ лобныхъ долей Невр. Вѣстн. 1897 г.
7. Jelgersma. Psychiatrische Blagen IV. 2 по Zacher'y.
8. Hösel. Über secundäre Degeneration und Atrophie im Hirnschenkelfuss und Schfeilenfeld nach einem Herd in der insel und dem Fuss des unteren Stirnwindung. Arch. f. Psych. B. 36.
9. Kam. Beiträge Zur Kenntniss der durch grosshirnherde bedingter Secundären Veränderungen im Hirnstamme. Arch. f. Psych. B. 27.
10. Kattwinkel und Neumayer. Über Ursprung und Verlauf des Türkschen Bündel. Deutsch. Zeitschr. f. Nervh. B. 39.
11. Knapp. Die geschwülste des recht. und link. Schläfenlappens. Wiesbaden 1905 г.

12. Lövenstein Kurt. Zur Kenntniss der Faserung des Hinterhaupts-und Schläfenlapens. Arb. aus dem Hirnanat. Inst. in Zürich H. V. 1911 г.
 13. Rossolimo. Ein Fall totales Degeneration eines Hirnschenkelfusses. N. Zentr. 1886 г.
 14. Marie et Guilain. Le faesceau de Türk. La semaine medical. Bd. 23 1903 г. по реч. N. Z. и по Lövenstein'у.
 15. Monacov. Experimentelle und pathologisch — anatomische Untersuchungen über die Haubenregion, den Seehügel und die Regio subthalamica. Arch. f. Psych. B. 27.
 16. Monacov. Gehirnpathologie 1905 г.
 17. Obersteiner. Anleitung beim Studium des Baues der Nervösen Zentralorgane. 1901 г.
 18. Oppenheim. Beiträge zur Diagnostica und Therapie der geschwülste im Bereich des zentlaeren Nervensystems. 1907 г.
 19. Probst. Zur Kenntniss des Faserferlaufs des Temporallapens u. s. w. Arch. f. Anat. 1901 г.
 20. Witkowski. Beiträge zur Pathologie des Gehirns. Arch. f. Psych. B. 14.
 21. Winkler. Secundaire unterhalende degeneratio van den meest lateraee gelegen bundel in den pes pedunculi (den bundel van Türk) Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. geneeskr. 1886. 23 Peф. N. Zent. 1887 г.
 22. Zacher. Beiträge zur Kenntniss des Faserferlaufes im Pes pedunculi u. s. w. Arch. f. Psych. B. 22.
 23. Zingerle. Über einseitigen Schläfenlappendefekt beim Menschen. Journal für Psychol. und. Neurol. Bd. 18.
-

Объяснение къ рисункамъ.

Рис. 1 а. На схемѣ, заимствованной у Dejerine'a штрихами обозначенъ поврежденный полюсъ правой височной доли.

Рис. 1. Срѣзъ черезъ мѣсто перехода ножекъ въ мостъ (ср. кос.).

n. VI—n. trochlearis.

flp.—fasc. longit. post.

B.—Brachia conjunctiva.

Sn—Substantia nigra.

fm—tr.—cort.—bulb. med.

dmd—перер. внутр. четв. pes. pedunculi.

tms—tract. cort.—bulb. слѣва.

ds.—Перерождение въ pes ped. слѣва.

ft. Перер. волокна моста.

Рис. 2. Наиболее проксим. отдѣлъ моста (ср. кос.).

IV—перекрестъ кор. n. trochlearis.

lm—lemniscus med.

ост. обозн. какъ въ рис. 1-омъ.

Рис. 3. Верхній отдѣлъ моста.

dnd., перерождение въ дорзальной группѣ продольныхъ волоконъ моста справа и слѣва.

dms—Перерождение въ медіальной группѣ продольныхъ волоконъ моста слѣва

dmd—такое же перерож. справа.

tm—область перерожденія въ медіальной части медіальной петли.

Ост. какъ въ рис. 1-омъ.

Рис. 4. Срѣзъ черезъ среднія ножки мозжечка къ мосту.

Обозначенія какъ въ пред. рис. 3.

Рис. 5. Срѣзъ черезъ колѣно n. facialis

VII—колѣно n. facialis.

ост. какъ въ рис. 3.

Рис. 6. Срѣзъ черезъ колѣно n. facialis

Обозн. какъ въ рис. 3.

Рис. 7. Срѣзъ черезъ ядро n. abducentis

N. VI—n. n. abducentis.

Обозн. какъ въ рис. 3.

Рис. 8. Срѣзъ на границѣ продолговатаго мозга и моста.

cr—corpus restiforme

Обозн. какъ въ рис. 3.

Рис. 9. Срѣзъ черезъ продолговатый мозгъ на уровнѣ нижнихъ оливоъ

Na—n. arciformis.

p.—pyramis.

oi.—оливы нижняя.

cr.—corpus restiforme.

