

Какова этиология данных заболеваний? Этот вопрос до сих пор остается открытым. Возбудитель этих заболеваний неизвестен. Pette делит острые инфекционные заболевания нервной системы на две группы. Одну с преимущественным поражением серого вещества, куда относятся полиомиелит, herpes zoster, эпидемический энцефалит и др. Другую—с преимущественным поражением белого вещества, куда он относит рассеянный склероз, рассеянные менингоэнцефалиты, поствакционные и постинфекционные энцефалиты. Pette считает, что вирус этих заболеваний не имеет ничего общего с вирусом эпидемического энцефалита ни клинически, ни эпидемиологически. При постинфекционных и поствакционных энцефалитах он считает, что ни инфекция, ни вакцинация не являются причинными факторами, а лишь активизирующими неизвестный нам латентный вирус.

Все наши затруднения в этом вопросе будут продолжаться до тех пор, пока мы вынуждены ограничиваться только клиническими и патолого-анатомическими исследованиями. Только успехи бактериологии вирусов, успехи экспериментальной патологии могут вывести нас из всех этих трудностей.

Из клиники нервных болезней Казанского медицинского института (директор проф. Л. И. Оморокв).

К клинике поражений ветвей задней мозговой артерии.

З. И. Еселевич и А. А. Славин.

Среди разнообразных форм сосудистых заболеваний головного мозга, как это видно из различных статистик, первое место по частоте занимают тромбозы.

По данным Гийэн и Сез, на секционном материале Сальпетриера за 1923—1933 гг. на 56 случаев кровоизлияний пришлось 148 случаев размягчений, т. е. имелось соотношение 1:2,6; по данным Сциклунова и Рош—1:2,25.

Результаты обработки материала нашей клиники за одно десятилетие (1927—1936 гг.) вполне соответствуют этим статистическим данным. С большой степенью вероятности мы могли в 54 случаях предполагать кровоизлияния и в 128—размягчение от тромбоза и эмболии, т. е. мы имели соотношение 1:2,3.

Подобное преобладание тромбоза (и размягчений вообще) над кровоизлияниями является даже выгодным с точки зрения выделения типичных клинических синдромов, т. к. в результате размягчений сводятся к минимуму феномены, зависящие от диашизиса, отека и других влияний на расстоянии. Очаги же размягчений в бассейне art. cerebri posterioris, ввиду многочисленных анастомозов между ее ветвями, не достигают большой величины (Монаков, Колиско), благодаря чему типичные синдромы могут быть связаны с ограниченными очагами поражений. Пятью артериями, васкуляризирующими зрительный бугор, последний, по Фуа и Гиллеману, орошается следующим образом: наружное

ядро в его заднем отделе, снизу доверху, получает ветви от *art. thalamo-geniculatae*, *thalamoperforatae* и *art. lenticulo-opticae*. В этой области наибольшее значение имеет васкуляризация от *thalamo-geniculatae*. Передняя половина наружного ядра орошается *art. praemamillaris* (*thalamo-tuberien*) и *a. lenticulo optica*. Во внутреннем ядре зрительного бугра распространяются ветви трех артерий: в передней части нижнего отдела — *a. praemamillaris*; в заднем отделе нижней половины ядра — *a. thalamo-perforata*, в верхней же части ядра — *a. chorioidea*. Переднее ядро орошается *a. lenticulo-optica*. *Pulvinar* васкуляризируется главным образом *a. chorioidea*, но в своей передне-нижне-наружной части и ветвью *a. thalamo-geniculatae*. Эта же последняя артерия орошает *centrum medianum et nucleus semilunaris*. Гипоталамическая область в самом внутренне-заднем отделе и передняя треть красного ядра васкуляризируется *art. thalamoperforata resp. retromamillaris*. Передне-внутренняя часть гипоталамической области — от *a. praemamillaris*. Остающаяся наибольшая часть гипоталамуса васкуляризируется *art. chorioidea*, которая, равным образом, орошает и Люисово тело.

Сопоставление классификации Фуа с номенклатурой Монакова представляет известные трудности, так как у последнего мы не находим столь подробных данных о территориях распространения ветвей задней мозговой артерии, как у французских авторов. К числу артерий, васкуляризирующих таламическую область, по Монакову, могут быть отнесены: 1) интерпедункулярная артерия; ее, повидимому, можно идентифицировать с *a. retromamillaris s. thalamo-perforata*; 2) задняя наружная артерия зрительного бугра и артерия коленчатого тела, которые вместе васкуляризируют оба коленчатых тела и латеральную часть *pulvinaris*; с этими артериями, очевидно, сходна *a. thalamo-geniculata*; 3) группа тонких центральных ветвей, выходящих из задней соединительной артерии, питающих хиазму, зрительный тракт, серый бугор, мамиллярные тела и медиальные отделы ножек мозга соответствует отчасти *a. praemamillaris s. thalamo-tuberien*; 4) задняя внутренняя артерия зрительного бугра, васкуляризирующая *pulvinar*, а также две задних хориоидных артерии — медиальная и латеральная — могут быть отождествлены с *a. chorioidea post. Фуа*.

Данное сопоставление, следует подчеркнуть, носит исключительно ориентировочный характер. Типичным синдромом для задней церебральной артерии является, по Фуа и Гиллеману, наиболее часто встречающийся синдром *a. thalamogeniculatae*. Эта артерия (задне-наружная артерия зрительного бугра и артерия коленчатого тела по номенклатуре Монакова, ниже-наружная артерия зрительного бугра Дюрэ) „состоит из многих артериол, которые проникают через *s. geniculatum lat.* и входят вертикально в задне наружную часть зрительного бугра, орошая область чувствительную и область церебеллярную“ (Фуа и Николеско), т. е., как уже упомянуто, васкуляризирует задне-вентральную часть наружного ядра *thalamus opt.*, а также *s. genicu-*

lata, отчасти pulvinar, рентолентикулярную зону и поле Wernicke (Фуа и Гиллеман).

Мы имели случай наблюдать тромбоз а. basilaris, сопровождавшийся размягчением целого ряда областей в бассейне ее васкуляризации. Помимо того, что при аутопсии было установлено размягчение всего стволового отдела, начиная от ножек мозга, включая мост и отчасти полушария мозжечка, оказалось, что ряд очагов имеется и в левой гемисфере. В сосудах основания головного мозга была обнаружена любопытная деталь, обусловившая особую локализацию размягчения в полушарии: а. communicans s. была резко утончена, диаметром конского волоса, имея вид толстой нити равномерного калибра. Правая а. communicans оказалась довольно широкой. Это обстоятельство при условии закрытия тромбом, в результате склеротического процесса b. art. basilaris, позволило восстановить до некоторой степени нарушение кровоснабжения лишь в бассейне правой задней мозговой артерии за счет а. carotis int. через а. communicans d. Левая же задняя мозговая артерия не получала кровь ни из а. basilaris, ни из а. carotis int., вследствие непроходимости коммуникаций. Нижеприводимый рисунок 2 иллюстрирует картину размягчения, возникшую в этом случае и в точности совпадающую со схемой Фуа и Николеско, приводимую ими в их руководстве.

На фронтальном срезе, на уровне верхних отделов ножек мозга, имеется большой очаг размягчения в области gyrus lingualis sin. и отчасти gyr. fusiformis et hippocampi. Имеется красное размягчение в области corp. geniculat. ext., и другое — треугольной формы, обращенное основанием кверху, вершиной книзу, красного цвета, в области наружного ядра левого зрительного бугра. Два последних очага точно соответствуют территории распространения а. thalamogeniculatae. Клиническая картина поражений в этой области может быть иллюстрирована следующими случаями из нашей клиники.

Случай 1. Б-ной К., 61 г., конюх, поступил в клинику 11. X. 1936 г. В анамнезе алкоголизм. Заболел ночью того же дня на работе. Внезапно ощутил приятный запах, исходящий от сена, и вслед за тем увидел белую молчаливую человеческую фигуру возле себя. Эти галлюцинации быстро исчезли, сменившись слабостью левой руки и ноги. В это же время б-ного сильно прослабило. За две недели были обмороки, приступы головокружения и головные боли.

St. praesens: Черепные нервы: I—III и IV—VI нормальны. V: двигательная порция — норма. Понижение всех видов чувствительности в области всех ветвей V. VII: онемение лев. угла рта. VIII: понижение слуха с обеих сторон. IX: вкус не расстроен. XII: язык отклоняется влево. Левосторонняя гомонимная гемипарезия. Глазное дно норм. Ограничение движения в левой руке и ноге, главным образом в дистальных отделах. Легкая гемипатаксия слева. Мышечный тонус слегка повышен в левой руке. Полная анестезия всех видов чувствительности на туловище и конечностях слева, граница которой строго соответствует средней линии; гипестезия на лице. Вибрационная чувствительность отсутствует и на правой стороне снизу до реберного края. Ощущение холода при проведении острым, щекотания при уколах. Чувство разлитой болезненности при болевых раздражениях руки, не переходящее за ее пределы; крайне неприятное чувство, возникающее при суммированных раздражениях. Вальгус брюшной и кремастерный рефлекс справа, слева — не вызываются. Рефлексы bicipitis и tricipitis s < d, коленный s < d, ахиллов s < d. Скуловой слева

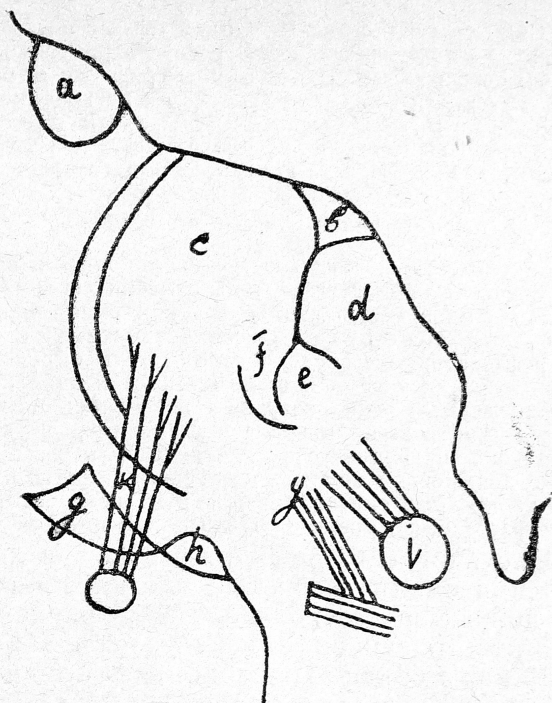


Рис. 1. Схема, изображающая ветви art. thalamo-geniculatae. a) nuc. caud. b) nuc. ant. c) nuc. ext. d) nuc. int. e) centr. med. Luys. f) nuc. semil. Flechsig. g) corp. genic. ext. h) corp. genic. int. i) nuc. ruber j) lemnisc med. k) art. thal.-genicul. (по Фяа).

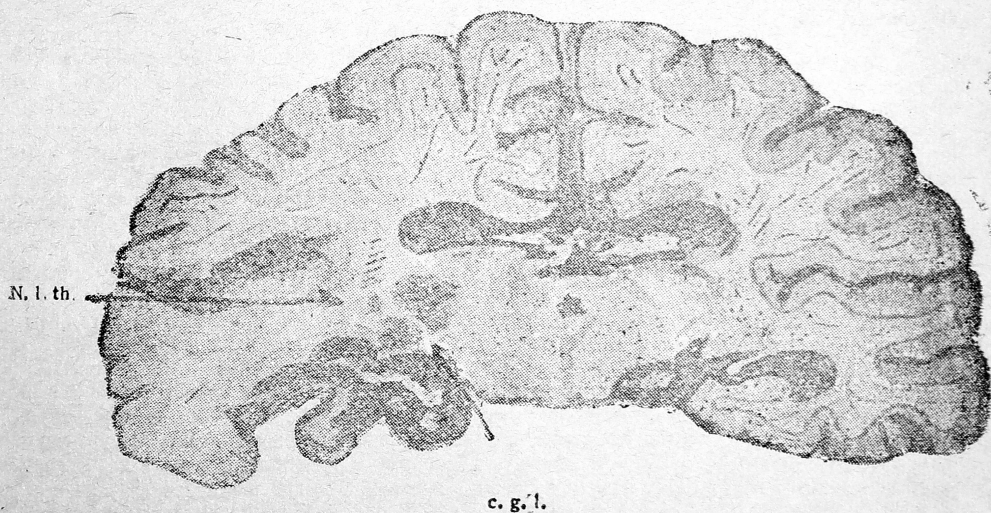


Рис. 2.

не вызывается. Симптомы Бабинского и Оппенгейма слева. Анизокория ($s < d$). Синюшность лев. кисти и стопы. Дермографизм, р. Ашнера и р-сы ортоклино-статические без особенностей. Пиломоторный рефлекс не вызывается. Кожная температура на тыле предплечья: $d\ 34,3^\circ$, $s\ 33,7^\circ$; на голени $d\ 34^\circ$, $s\ 33,5^\circ$. Реакция Мак-Клюр-Олдрич: рассасывание папулы справа длилось $60'$, слева $70'$. Пилокарпиновая проба асимметрий не обнаруживает. Суточный диурез 1450, у. в. мочи 1015. К. д. 175/90. RW с кровью отрицательная. Морфологический состав крови: К. д. 7200. $E\ 4.500000$, $Hb\ 92\%$. Формула: $Sg\ 63\%$, $St\ 7\%$, $M\ 2\%$, $E\ 1\%$, $L\ 27\%$. Со стороны внутренних органов—возрастные изменения сердечно-сосудистой системы.

Течение болезни: Быстрое, буквально в несколько дней, восстановление движений. Спустя 3 недели нормальная, лишь с очень легким атактическим элементом, походка; образование установки в левой руке, напоминающей „таламическую руку“, отсутствие патологических изменений в состоянии мышечного тонуса и рефлексов; исчезновение симптома Бабинского и Оппенгейма. Инкоординация движений и гемианопсия остаются не измененными. Чувствительность в продолжение месяца сохраняет все особенности, отмеченные при поступлении; в дальнейшем происходит постепенное, хотя и неполное, восстановление способности оценивать и локализовать раздражения при полном астереогнозе и пониженной возможности воспринимать вибрации камертона слева и активного представления движений в пальцах левой ноги. Максимальное кров. давление колебалось в пределах 175—135. Выписался 25/XII 1936 г.

Резюме. Дело идет о 61-летнем мужчине с тромбозом мозга. Основными симптомами являются: легкие двигательные расстройства с понижением сухожильных рефлексов и неустойчивостью пирамидных знаков; гемианестезия с явлениями дизестезии и гиперпатии; стойкая односторонняя гемианопсия. В стадии восстановления—резкое преобладание расстройств чувствительности над легкими симптомами гемипареза. Немногочисленные вегетативные расстройства, ограничивающиеся неравенством зрачков, легкой термоасимметрией. Гемиатаксия. Ненормальная поза руки, напоминающая таламическую.

Случай П. Б-ной Я., 64 л., плотник. Поступил в клинику 4/XI 1936 г. В начале октября этого года на протяжении недели прогрессирующая слабость в правой руке и ноге с чувством онемения в них, ослабление зрения. Все время оставался на ногах.

St. praesens: Вполне активен. При ходьбе правую ногу слегка подтаскивает. Левая глазная щель шире правой. Незначительная анизокория ($d > s$). Дно глаза нормально. Правосторонняя гомонимная гемианопсия. Гипестезия в области п. V справа. Угол рта немного перетягивается влево. Язык отклоняется вправо. Pressio manus понижено справа, в правой ноге сила хорошая. Движения не ограничены, атакичны справа. Мышечный тонус не повышен. Гемигипестезия справа. Многократные раздражения справа суммируются в неприятное ощущение. Тактильное чувство нарушено больше на периферии правой руки и ноги. Локализационное чувство больше нарушено на туловище справа. Мышечно-суставное нарушено очень незначительно на правой ноге. Вибрационное на правой ноге не воспринимается совершенно. Астереогнозия справа. Брюшные рефлексы отсутствуют с обеих сторон. Сухожильные рефлексы ослаблены, причем коленный и Ахиллова справа выше. С. Маринеско справа. Отечность на правой кисти и нижней части предплечья. К. д. 145/90. RW отрицательная. Лейкоцитоз и формула крови нормальны. Проба Мак-Клюра-Олдрич: местный отек слева пальпировался $70'$, справа $80'$. Пиломоторная реакция (эфир, фарфадич. ток) на левой стороне выступала значительно ясней и при меньшей силе тока, особенно хорошо—на бедре и нижней части живота, хуже на груди, не распространялась на лицо. Проба с пилокарпином не обнаруживает асимметрий. Кожная температура: на предплечьях: $d\ 35^\circ$, $s\ 34,1^\circ$, на бедрах: $d\ 35,1^\circ$, $s\ 34,1^\circ$. Со стороны внутренних органов: небольшое расширение границ сердца. Нечистый I тон на верхушке. Акцент II тона на аорте.

Течение. За время $1\frac{1}{2}$ месяца пребывания в клинике существенных изменений в состоянии больного не последовало.

Резюме. Тромбоз мозга у больного 64 л. Понижение всех видов чувствительности на одной стороне, сопровождающееся таламическими признаками (гиперпатия при суммации ощущений). Гемипарез, оставляющий больному возможность с самого начала самостоятельного передвижения, без пирамидных симптомов. Гемианопсия. Гемиатаксия. Анизокория.

Случай III. Б-ой В., 63 л., продавец. Поступил в клинику 4/XI 1936 г. Происходит из здоровой семьи. Всегда вел правильный, размеренный образ жизни. Началу заболевания (утром 3/XI) предшествовал двухнедельный период частых головокружений и мельканий перед глазами предметов, напоминающих мух и птиц. Инсульт, в результате которого ослабела левая рука и нога, не сопровождался потерей сознания. Одновременно—возникновение спонтанных болей в левом виске, плече и колене и крайне неприятных ощущений даже при самом легком прикосновении к левой стороне тела. *St. praesens*: Левая глазная щель шире. Зрачок $s > d$. Левосторонняя гемианопсия. Дно глаза нормально. Корнеальный рефлекс слева отсутствует. Легкий центральный парез п. VII слева. Язык отклоняется влево. Движения в левой руке и ноге слегка ограничены, ослаблены в силе, атактичны. Мышечный тонус незначительно повышен слева. Анестезия на левых конечностях, на лице и туловище только понижение чувствительности.

Суммация болевых раздражений вызывает крайне неприятное ощущение, точно так же, как прикосновение теплого и особенно холодного. Локализационное, вибрационное, мышечно-суставное и стереогностическое чувство слева полностью отсутствует. Вялые брюшные рефлексы. Нижерадиальный рефлекс слева не вызывается. Рефлекс с двуглавой и трехглавой мышц равномерный. Коленные повышены, слева выше. Ахилловы одинаковы. С. Бабинского и Оппенгейма слева. С. Маринеско справа. С. Гольмгрена справа налево. Отечность на левой кисти и стопе. Дермографизм, вегетативные рефлексы—без особенностей. Кожная t° на руке: d $34,5^{\circ}$, s $35,2^{\circ}$; на ноге: d $34,5^{\circ}$, s $35,0^{\circ}$. К. д. 160/105. Суточный диурез 1250, у. в. 1015. Проба на гидрофильность тканей: справа папула пальпируется $85'$, слева $90'$. RW отрицательная. Морфологический состав крови нормален. Со стороны внутренних органов: артериосклероз.

Течение. Образование стереотипной позы левой руки, напоминающей „руку виолончелиста“. Исчезновение патологических рефлексов. Переход болевой гемIANестезии в гемигипералгезию. Ощущение приятного на тепловое раздражение при сохранении крайне неприятного чувства на холод. Спонтанные боли только в левой руке. Стойкое расстройство мышечного и стереогностического чувства. Резко выраженная и гемиатаксия и гемианопсия в прежних пределах. Неисчезающий отек на левой кисти.

Резюме. Тромбоз мозга у 6-го 63 лет. Полная гемIANестезия, сопровождающаяся гиперпатией и жгучими, невыносимыми типичными таламическими болями. Восстановление чувствительности через стадий гиперэстезии. ГемIANопсия односторонняя. Скоропреходящие пирамидные знаки. Вегетативные расстройства, сводящиеся к анизокории, стойкому отеку кисти пораженной руки.

Объединяя клиническую картину рассмотренных случаев, мы можем отметить следующие общие и типичные для них признаки: 1) ясное преобладание расстройств чувствительности над расстройствами двигательными; 2) резкое нарушение всех видов чувствительности, поверхностной и глубокой на стороне, противоположной очагу; 3) гиперпатии и спонтанные боли; 4) гемIANопсия как один из наиболее стойких симптомов; 5) гемиатаксия; 6) быстрое восстановление движений с исчезновением патологических рефлексов; 7) своеобразные установки в верхней паретической конечности (в I и III случаях); 8) понижение

мышечного тонуса и некоторых рефлексов на стороне гемипареза; 9) незначительные вегетативные расстройства.

В первом и третьем случае обращает на себя внимание начало инсульта с мимолетных предвестников обонятельных и зрительных, которые могут быть рассматриваемы как галлюцинации и иллюзии, связанные с местным сосудистым процессом.

В обоих случаях, возможно, имело место временное выключение, resp. раздражение, в связи с нарушением кровообращения территорий, находящихся в бассейне задней церебральной артерии: области Аммонова рога, васкуляризируемого десятой по Монакову ветвью указанной артерии—*art. cornu Ammonis*; область серых узлов в ножке мозга—первой по Монакову ветвью, *art. interpeduncularis*. Между указанными галлюцинаторными предвестниками инсульта и галлюцинациями при поражении ножек мозга, описанными Лермитом и Трелем, может быть проведена далеко идущая аналогия.

Незначительные двигательные расстройства (парез с быстроисчезающими патологическими рефлексам) могут быть объяснены двояким образом. С одной стороны, не исключается возможность преходящих влияний патологического очага на двигательные проводники во внутренней капсуле; с другой—наличие пареза с вялым тонусом и пониженными рефлексам могло бы зависеть от прекращения или недостатка притока чувствительных ощущений от периферии к коре головного мозга, поддерживающих определенный тонус в сенсомоторной области. Такого рода объяснение тем более вероятно, что работами новейших авторов установлена тесная зависимость функции „центра“ от состояния „периферии“. Гемианестезия на все виды чувствительных раздражений подтверждает точку зрения большинства авторов на обязательное прохождение всех чувствительных путей через *thalamus opticus*. „Флексисовская прямая корковая петля не существует“—говорит Ферстер. Эта гемианестезия в сочетании с гиперпатией и гемипарезом позволяет отличить данный синдром *art. thalamogeniculatae* от так называемого „ложно-таламического“ синдрома Русси и Леви, зависящего от размягчения в области *art. parietalis ant.*—ветви *art. fossae Sylvi*, васкуляризирующей интерпариетальную борозду (цитир. по Фуа и Леви).

Самым типичным, на наш взгляд, симптомом во всей картине размягчения в области *a. thalamogeniculatae* является односторонняя гомонимная гемипарезия.

Отсутствие этого симптома говорило бы против заинтересованности указанной артерии.

Corr. geniculatum lat., от поражения которого зависит в данных случаях возникновение гемипареза, некоторыми авторами считается таламическим образованием (Кларк и др.).

Своеобразные позы, элемент которых содержится и в наших случаях, французские авторы роднят с расстройством координации и хорео-атетозом (Фуа и Гиллеман). Мы склонны думать, что в происхождении этих поз не малую роль играет и нару-

шение мышечного чувства, вследствие которого обычная установка ускользает от контроля корковых механизмов. Вариантом клинической картины поражений тех же областей является 4-й случай.

Б-ой С., 53 л. бетонщик. Заболел внезапно, без потери сознания. Последовательность развития симптомов: слабость правых конечностей, дрожание правой руки, понижение зрения и слуха; при этом боль в области правого виска и правой лопатки. Полная картина заболевания разворачивается на протяжении 1—1½ часов.

St. praesens: Правосторонняя гомонимная гемианопсия. Вялая реакция зрачков на свет. Легкая слабость нижней ветви VII справа. Понижение слуха справа центрального характера. Правосторонний гемипарез с незначительным повышением тонуса в проксимальных отделах равномерно, как в агонистах, так и антагонистах. Гемианестезия справа с полосой проявления возле средней линии тела и лица, а также в аногенитальной области. Гемианестезия касается всех видов чувствительности. Ритмический гиперкинез типа паркинсоновского дрожания (последовательная пронация и супинация) в правой кисти. Сухожильные рефлексы: b.c. et. tric. d=s; коленный справа ниже. Ахиллов справа не вызывается. Патологических рефлексов нет.

Через 6 дней после поступления в клинику ритмический гиперкинез прекратился, появились жгучие боли в правой ноге и восстановились слабые движения в пальцах правой руки. В остальном при последующем наблюдении особых изменений не произошло. Наличие в данном случае пареза без пирамидных симптомов, с понижением сухожильных рефлексов, гемианестезии, односторонней гемианопсии и спонтанных болей, жгучего характера, в различных участках правой половины тела является доказательством, как и в предшествовавших случаях, локализации патологического процесса в области *a. thalamogeniculatae*.

Отличительными же особенностями случая являются быстро исчезнувший гиперкинез и своеобразное территориальное распределение чувствительных расстройств. Как указывает Клод, а также Фуа и Гиллеман, при поражении церебелло-руброталамического пути в различных его отделах могут возникать гиперкинезы или хорео-атетотические, или же носящие характер тремора, как при болезни Паркинсона и рассеянном склерозе. Предполагая, что все симптомы в данном случае обусловлены поражением *a. thalamogeniculatae*, мы считаем и тремор выражением временной аффекции руброталамического пути. Своеобразное распределение чувствительности по Ферстеру свойственно в некоторых случаях таламическим очагам.

Длительное наблюдение над больными приводит нас к заключению, что в синдроме *a. thalamogeniculatae* наиболее стойким симптомом, помимо гемианопсии, является половинное расстройство чувствительности. Мы уже отмечали, что в течении заболевания происходит значительное восстановление чувствительности, и даже полное восстановление является одним из вероятных исходов. Но важно отметить, что, как и при восстановлении расстройств чувствительности, зависящих от перерезки периферического нерва, новая чувствительность может проходить через стадий гиперэстезии, обладающей всеми чертами гиперпатии (наш III случай). Это дает основание думать, что, прежде, чем восстановятся нормальные связи с корой, прерванные очагами в зрительном бугре, последний некоторое время функционирует как самостоятельная чувствительная область,

не получающая тормозящих влияний со стороны коры головного мозга (Ферстер).

Ни в одном из наших случаев мы не обнаружили сколь-нибудь явных мозжечковых расстройств, которые следовало бы ожидать в зависимости от перерыва мозжечково-бугорных связей. Надо думать, что выявлению этих расстройств до известной степени препятствует резкое расстройство глубокой чувствительности, которое само по себе в таких случаях обуславливает атаксию.

В наших случаях, далее, важно оттенить и некоторые вегетативные признаки. Следует, однако, иметь ввиду, что „для вегетативных гипоталамических (добавим и таламических. Е. С.) отделов топический диагноз является во многих случаях сложным и ошибочным“ (Русецкий). В одном случае сосудистого поражения задних отделов правого зрительного бугра Русецкий наблюдал резко выраженный пиломоторный рефлекс на левой стороне, за исключением области шеи и лица. Мы имели только в одном случае (втором) выраженную асимметрию пиломоторного рефлекса, который выступал исключительно в нижних сегментах, более отчетливо на стороне непарализованной, не распространяясь на шею и лицо. В остальных двух случаях пиломоторный рефлекс ни при каком приеме не получался. У наших больных не наблюдалось ни гемигипергидроза, ни симптома Клод-Бернар-Горнера на той же пораженной стороне. Иначе говоря, мы не имели ни одного из признаков той своеобразной триады, которая была выделена Фуа, Шованьи и Баскуррэ в основу их „таламо-вегетативного“ синдрома. Повидимому, точка зрения этих авторов, а также Давиденкова, высказываемая им на основании своих двух случаев, о значении локализации фокуса поражения в пределах зрительного бугра для выявления таламо-вегетативного синдрома, является справедливой. Некоторые отклонения в вегетативной сфере, как это видно из наших случаев, имеют место и при очагах таламических поражений в области наружного ядра, причем эти отклонения касаются больше нарушений трофики, наряду со зрачковыми асимметриями. Реакцией Мак-Клур-Олдрич отчетливых изменений гидрофильности тканей, несмотря на наличие местного отека, не обнаружено.

Выводы: 1. Синдром *a. thalamogeniculatae* является точно очерченной клинической единицей. Его основные элементы: гемипарез, гиперпатия, спонтанные боли, легкий гемипарез с неустойчивыми пирамидными симптомами, гемипанопсия и гемипарез.

2. Отсутствие гемипанопсии, вероятно, исключает наличие размягчения в бассейне этой артерии.

3. Вегетативные расстройства не имеют существенного диагностического значения в синдроме *a. thalamogeniculatae*.

4. Синдром *art. thalamogeniculatae*, повидимому, встречается нередко.
