

Изъ Казанской Губернской Земской Больницы.

## Случай травмы черепа <sup>1)</sup>.

В. А. Перимова.

Я рѣшилъ остановить Ваше вниманіе на одномъ случаѣ травмы черепа, находившемся подъ моимъ наблюденіемъ въ Казанской Губернской Земской больницѣ. Случай этотъ интересенъ какъ съ клинической стороны—такъ какъ далъ возможность наблюдать въ чистомъ видѣ очень рѣдкій симптомъ психической булеміи, такъ и съ точки зрѣнія хирургической.

За послѣднія десятилѣтія хирургія черепной полости получила широкое развитіе, пережила періодъ увлеченія, моды,—все же многіе вопросы еще не вполне рѣшены, встрѣчаются противорѣчивыя мнѣнія, особенно это замѣтно относительно показаній къ операціямъ. Въ виду этого, сообщеніе всякаго случая изъ области черепной хирургіи, гдѣ удалось имѣть больного подъ наблюденіемъ до и послѣ операціи, видѣть теченіе болѣзни и послѣдующее состояніе, — имѣетъ извѣстный интересъ.

19 Іюля 1901 года (1 г. и 5 мѣс. тому назадъ) въ больницу была доставлена крестьянская дѣвочка девятилѣтняго возраста Евфросинья Иванова, которую 12 дней тому

---

<sup>1)</sup> Доложено въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ 8 декабря 1902 года.

назад ударила лошадь въ правый високъ; дѣвочка тотчасъ же впала въ безсознательное состояніе.

St. praes. На лбу справа на  $\frac{1}{2}$  сант. ниже волосистой части головы и на 2 сент. отъ средней линіи опредѣляется рана, идущая горизонтально и оканчивающаяся на вискѣ, длиною въ 6 сент.; рана широко зіяетъ, проникаетъ до лобной кости, кость однако цѣла. Края раны гранулируютъ и сильно гноятся, въ окружности покровы красны, воспалены, нижнее и верхнее вѣки праваго глаза сильно отекли, такъ что вполнѣ закрыли глазное яблоко. Пульсъ рѣдокъ, хотя умѣренно—60 въ мин.; дыханіе уклоненій отъ нормы не представляетъ. Сознаніе подавлено; полная утрата интеллекта: больная не сознаетъ, гдѣ находится, не отвѣчаетъ на вопросы, стонетъ и кричитъ. Рефлексы кожные сохранены, параличей двигателей и анемезій повидимому нѣтъ. Зрачки сильно расширены, но оба равномѣрно, на свѣтъ не реагируютъ. Мышцы лица не парализованы. Больная мочится и марается подъ себя, ѣсть охотно и съ жадностью, во время ѣды перестаетъ стонать и вскрикивать; лежитъ на лѣвомъ боку и переворачивается на него, будучи насильно выведена изъ этого положенія. Ноги приведены къ животу; на лѣвыхъ верхней и нижней конечностяхъ замѣчается небольшая ригидность, рефлексы повышены. Въ слѣдующіе дни по поступленіи отмѣчено, что  $\frac{20}{VI}$  пульсъ становится болѣе частымъ—до 80 въ мин.; больная спокойна, пока ѣсть;  $\frac{22}{VI}$  больная усиленно проситъ ѣсть—ранѣе она только своимъ поведеніемъ давала понять, что ее мучаетъ чувство голода, теперь же она все время кричитъ: „ѣсть хочу, жрать хочу“. Ко всему окружающему она осталась по-прежнему безучастна, не сознавала, гдѣ находится; мочилась и маралась подъ себя; отъ нея нельзя было добиться какого-либо отвѣта; единственно, что она говорила, это—„ѣсть хочу, жрать хочу“ и успокаивалась только тогда, когда что-нибудь жевала. Какъ только ротъ ея становился свободнымъ, она снова начинала плакать и кричать.

Какое же поврежденіе могли мы встрѣтить въ данномъ случаѣ?

Послѣ тщательнаго изслѣдованія раны я убѣдился, что кость цѣла, по крайней мѣрѣ ея наружная пластинка. Картина болѣзни всего болѣе заставляла думать о *compressi cerebri*, которое, какъ извѣстно, можетъ произойти отъ 2-хъ причинъ: или 1) отъ кровоизліянія въ полость черепа, или 2) отъ перелома съ вдавленіемъ. Отсутствие перелома наружной пластинки не противорѣчило ни первому, ни второму; меньшая способность *lam. int.* противостоять насилію сравнительно съ наружной—фактъ общеизвѣстный и достаточно хорошо объясненный Тевап'омъ<sup>1)</sup> съ чисто физической точки зрѣнія. Но едва-ли можно было бы объяснить весь симптомокомплексъ, наблюдавшійся у нашей больной, давленіемъ костнаго отломка на мозгъ,—тогда бы преобладали очаговые симптомы, а не разлитые. Чѣмъ объяснить продолжительность потери сознанія? Сошлюсь на Кенига<sup>2)</sup>. Онъ говоритъ: „тѣ случаи, гдѣ тяжелые мозговые припадки могли-бы быть сведены на давленіе втиснутой внутрь черепа кости, очень рѣдки“, и далѣе—„при неосложненныхъ переломахъ первичные припадки давленія на мозгъ почти всегда проходятъ безслѣдно“. Приходилось думать о кровоизліяніи въ полость черепа. Возможность разрыва артеріи безъ перелома кости подтверждена многочисленными наблюденіями. Такъ Бергманъ<sup>3)</sup>, этотъ выдающійся авторитетъ въ области черепной хирургіи, говоритъ: „разрывы *art. mening. med.* находимъ даже безъ переломовъ, слѣдовательно, въ зависимости только отъ измѣненія формы черепа“, и далѣе—„точно также существуютъ случаи, гдѣ не повреждается ни кожа, ни кости, а разрывается одна только артерія. Gerard-Marchand<sup>4)</sup> въ настоящее время, въ противоположность своему мнѣнію, высказанному въ 80 гг., признаетъ, что внутри-черепное крово-

---

<sup>1)</sup> Цит. по Кенигу I т. стр. 28

<sup>2)</sup> Цит. по Кенигу II т. стр. 88 и 89.

<sup>3)</sup> Бергманъ. Ученіе о поврежденіи головы.

<sup>4)</sup> Duplay et Reclus. *Traité de chirurgie* V. 3. P. 448.

изліяніе можетъ произойти помимо всякаго перелома или трещины. Въ 80<sup>1)</sup> гг. онъ считалъ это мнѣніе недоказаннымъ. Въ литературѣ находимъ цѣлый рядъ подобныхъ случаевъ, подтвержденныхъ операціей или вскрытіемъ. Таковы случаи Renter'a, Meyer'a, Quespa'у, Falk'a<sup>2)</sup> и Alingham'a, Lohu Craft'a, Colder'a и F. Suckes'a<sup>3)</sup>. Въ русской литературѣ можемъ указать случай Хольцева<sup>4)</sup>. Наконецъ, сошлемся на автора новѣйшей монографіи, касающейся внутри-черепныхъ кровоизліяній, Schloffer'a<sup>5)</sup>, который говоритъ: „möglich wird dass selbst bei haarfeinen Fissuren, ja in seltenen Fällen auch ohne Verletzung des Knochens eine Ruptur der Gefäßwand stattfindet“.

Перейдемъ къ разбору симптомовъ, наблюдавшихся у нашей больной. При подозрѣніи на кровоизліяніе въ полость черепа очень важно знать развитіе болѣзни съ самаго момента травмы, такъ какъ оно отличается прогрессирующимъ характеромъ. У нашей больной, поступившей подъ наблюденіе на 13-й день, собрать анамнезъ не удалось. Время было страдное; родители больной во время несчастнаго случая были въ полѣ. Узнать отъ нихъ, какъ чувствовала себя больная въ первые часы послѣ поврежденія, оказалось невозможнымъ. Изъ общихъ мозговыхъ симптомовъ обычно наблюдается при *compressio cerebri* coma въ той или другой степени (по Duplay—3 степ.). Наша больная находилась въ безсознательномъ состояніи, она не отвѣчала на вопросы; или спала, или плакала, была безучастна къ внѣшнему міру, вначалѣ—вполнѣ; не проявляла никакихъ волевыхъ движеній и только на 16-й день болѣзни начала настоятельно требовать ѣсть, оставаясь во всѣхъ другихъ отношеніяхъ совершенно внѣ окружающей обстановки, продолжала испражняться подъ себя и т. д.

1) *Revue de chirurgie* 1880 г.

2) Цитировано по Weismann'a. *Deutsch. Zeitschrift. f. chirur.* XXII.

3) Цитировано по Самохоцкому. *Лѣтопись хирургіи.* 98 г.

4) Больничная газета Боткина. 1900 г. стр. 434.

5) *Beitrag f. Klin. Chir.* 98. 597.

Припадки со стороны продолговатаго мозга, обычные въ подобныхъ случаяхъ: рѣдкій пульсъ, рѣдкое дыханіе, сопровождающееся *stertor*'омъ, паденіе  $t^0$ ,—у нашей больной въ томъ періодѣ, когда она поступила въ больницу, не наблюдались, за исключеніемъ развѣ рѣдкаго пульса—60 въ мин., отмѣченнаго у нея въ первые 2 дня и смѣнившагося потомъ болѣе частымъ—80 въ мин. Замѣчательно, что измѣненіе пульса было почти одновременно съ измѣненіемъ психики больной, такъ какъ первые 2 дня она только плакала и кричала нечленораздѣльно, а тутъ начала говорить. Просматривая литературные матеріалы, собранные *Wiesmann*'омъ, мы находимъ, что изъ 128 случаевъ давленія на мозгъ только въ 61 отмѣченъ рѣдкій пульсъ; еще съ меньшимъ постоянствомъ встрѣчается паденіе  $t^0$  и даже наоборотъ въ 10 случаяхъ наблюдалось повышеніе  $t^0$  (сл. 36, 73, 84, 87, 89, 90, 94, 95, 115, 124). Относительно разстройствъ дыханія *Wiesmann* говоритъ, что онъ встрѣчалъ ихъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ остальные симптомы были выражены рѣзко. Наша больная, повидимому, была уже въ томъ періодѣ, когда всѣ явленія давленія на мозгъ начали стихать. Здѣсь необходимо отмѣтить также и то, что всѣ явленія давленія на мозгъ въ дѣтскомъ возрастѣ всегда выражаются болѣе слабо; объ этомъ упоминаетъ *Karzewsky* въ своемъ замѣчательномъ руководствѣ хирургіи дѣтскаго возраста.

Изъ остальныхъ симптомовъ наиболѣе частыми при кровоизліаніи въ полость черепа являются противустороннія гемиплегіи; причина ихъ лежитъ въ анеміи тѣхъ частей коры, на которыя давитъ сгустокъ. Въ нашемъ случаѣ параличей, какъ двигательныхъ, такъ и чувствительныхъ не наблюдалось вовсе, но отмѣчена большая ригидность верхней и нижней лѣвыхъ конечностей, что несомнѣнно указываетъ на раздраженіе соответственныхъ частей поверхности полушарій. Въ статистикѣ *Wiesmann*'а<sup>1)</sup> находимъ, что въ 17% обследованныхъ имъ случаевъ, гемиплегій не наблюдалось вовсе. Въ

<sup>1)</sup> loc. cit.

работѣ Revé 1900 г. <sup>1)</sup>, въ которой авторъ даетъ подробную характеристику подобныхъ параличей, мы нашли только то указаніе, что подобныя гемиплегіи не представляютъ большой рѣдкости.

Затѣмъ, у нашей больной зрачки не реагировали на свѣтъ и оба были одинаково расширены—симптомъ не рѣдкій при *compressi cerebri*. Изъ 128 случаевъ Weismann'a 39 разъ отмѣченъ этотъ симптомъ; въ 24 случаяхъ измѣненія касались одного глаза и въ 7 случаяхъ было суженіе обоихъ зрачковъ. Точно также часто встрѣчается симптомъ—вынужденное положеніе на сторонѣ, противоположной поврежденію, что было и у нашей больной. Отсутствовали параличи пузыря и кишки—симптомы нерѣдко наблюдаемые при разбираемомъ нами страданіи. Что касается афазіи, то сказать—была ли она въ данномъ случаѣ или нѣтъ, трудно, такъ какъ больная все время находилась безъ сознанія.

Итакъ, въ нашемъ случаѣ были на лицо слѣдующіе симптомы давленія на мозгъ: сома, рѣдкій пульсъ, вскорѣ смѣнившійся частымъ, вынужденное положеніе, расширеніе зрачковъ, отсутствіе реакціи на свѣтъ, ригидность лѣвыхъ верхней и нижней конечностей; отсутствовали: 1) измѣненіе тона дыханія 2) *stertor*, 3) параличи двигат. и 4) чувствительн. 5) температурныя измѣненія. Но 3, 4 и 5 признака наблюдаются сравнительно рѣдко,—такъ по Wiesmann'у 3-го признака не было въ 17%, 4-й встрѣтился только въ 6,6% сл. Такимъ образомъ, вся картина болѣзни соответствовала тому, что обычно наблюдается въ теченіи *compressio cerebri*, но была выражена не рѣзко. Мы должны напомнить, что больная поступила подъ наше наблюденіе на 13-й день, когда уже, вѣроятно, кровотеченіе давно прекратилось и ступоць началъ всасываться. Но у нашей больной наблюдался еще одинъ высшей степени рѣзкій и доминирующий надъ всѣми другими очаговый симптомъ—это прозорливость; вся воля больной,

---

<sup>1)</sup> Nouvelle Iconograph. de la Salpêtrière. 1900 г.

всѣ ея ощущенія и желанія были сосредоточены на ѣдѣ. Во время операціи выяснилось, что сгустокъ лежалъ надъ твердой мозговой оболочкой, а не надъ костью. Но по отношенію къ вызываемымъ симптомомъ тѣ и другіе экстравазаты мало разнятся; такъ Бергманъ <sup>1)</sup> говоритъ: обыкновенно разстройства, вызываемыя интраменингеальными кровоизліяніями не достигаютъ той степени, которую представляютъ измѣненія внутри—черепнаго кровообращенія при кровоизліяніяхъ между твердой мозговой оболочкой и костью; кромѣ того здѣсь недостаетъ быстрого, даже бурнаго, возрастанія отъ первыхъ легкихъ симптомовъ до позднѣйшихъ тяжелыхъ. Давленіе на мозгъ при кровоизліяніи надъ твердой мозговой оболочкой обыкновенно остается на умѣренной высотѣ. Тѣмъ не мѣнѣе при субдуральномъ кровотеченіи встрѣчается совершенно та же картина болѣзни, какъ при геморрагіяхъ изъ art. mening. med.

Wiesmann, какъ мы уже много разъ цитировали, говоритъ, что признаки субдуральнаго экстравазата тѣ-же, какъ и эпидуральнаго, но не такъ ясны. Обзоръ старой и новой литературы по вопросу о симптомахъ кровоизліянія надъ твердую мозговую оболочку сдѣланъ въ 1901 году Courmout и Code (Arch. t. Neurologie № 55). Эти авторы приходятъ къ выводу, что картина болѣзни до сихъ поръ темна. Какъ болѣе постоянный признакъ, встрѣчающійся во всѣхъ случаяхъ, указывается кома, затѣмъ контрактуры; отмѣчается смѣна (нерѣдко) симптомовъ *раздраженія* и *выпаденія*, ихъ непостоянство. Изъ другихъ симптомовъ въ нисходящей по частотѣ степени наблюдались: а) гемиплегии, в) міозъ, с) симптомъ Кернига, д) неравномѣрность зрачковъ. Интересно отмѣтить, что Marchand <sup>2)</sup> давно указалъ на то, что у дѣтей до 10—лѣтнаго возраста чаще встрѣчаются именно субдуральныя крово-

<sup>1)</sup> Ученіе о поврежденіяхъ головы. 83 г. 597 стр.

<sup>2)</sup> Цитир. по Kerevsek'ому.

теченія, такъ какъ *dura mater* до этого возраста находится въ самой тѣсной связи съ костями черепа.

Разсматривая далѣе взгляды авторовъ относительно показаній къ операціи въ случаяхъ давленія на мозгъ, не можемъ не указать на ихъ крайнюю разнорѣчивость. Такъ Кенигъ въ своемъ извѣстномъ руководствѣ говоритъ: оперативное вмѣшательство съ цѣлью освободить мозгъ отъ давленія оправдывается лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ. Въ руководствѣ Duplay и Reclus (р. 461) находимъ, наоборотъ, что въ настоящее время трепанація показана во всѣхъ случаяхъ внутричерепнаго кровоизліянія. По мнѣнію Бергмана, высказанному въ 83 г., можно оперировать только въ несомнѣнныхъ случаяхъ кровотеченія изъ *art. mening. m.*—т. е. тогда, когда при наличности травмы имѣются слѣдующія симптомы: свободный промежутокъ, ранніе параличи. При субдуральныхъ кровотеченіяхъ операція противопоказана съ одной стороны потому, что нельзя удалить тонкій и широко раскинувшійся сгустокъ, съ другой—потому, что со временемъ сгустокъ обычно всасывается, если ранѣ больной не погибнетъ отъ ушиба мозга. Но въ своемъ позднѣйшемъ трудѣ, —*Die chirurg. Behandlung der Kopfverletzungen*“ 99 г. (стр. 440) Бергманъ уже говоритъ, что въ нѣкоторыхъ несомнѣнныхъ случаяхъ лежащій надъ *dura mater* экстравазатъ вызываетъ тѣ же симптомы, какъ эпидуральная и также счастливо можетъ быть удаленъ. Большинство франц., нѣмец. <sup>1-2)</sup>, англійскихъ <sup>3)</sup> и америк. <sup>4)</sup> авторовъ высказываются за необходимость хирургическаго вмѣшательства. Русскіе авторы—Самохацвій, Хольцевъ тоже стоятъ за необходимость трепанаціи въ подходящихъ случаяхъ. Не могу въ заключеніе не привести мнѣнія Wiesmann'a (86 г.) по поводу субдуральныхъ экстравазатовъ. Онъ говоритъ: кровяной сгустокъ между *dura et pia* неоднократно подвергался оперативному вмѣ-

<sup>1)</sup> Bligner. Aerztl. Sach. 98 г.

<sup>2)</sup> Schultze. Dissert. Breslau. 97 г.

<sup>3)</sup> Neill. Brit. med. journ. V. 19. 98 г.

<sup>4)</sup> Laplace. Philap. med. journ. Vol. 1—18. 98 г.



шателъству или оно было показано, хотя во многихъ случаяхъ ступоеть располагается тонкимъ слоемъ на поверхности и часто спускается къ основанію, гдѣ онъ недостижимъ. Предсказаніе болѣе благопріятно, такъ что выжидательная терапія здѣсь имѣеть больше правъ. Точный діагнозъ невозможенъ и только по вскрытіи черепа операторъ убѣждается, съ чѣмъ имѣеть дѣло. Нѣкоторые операторы въ подобныхъ случаяхъ разрѣзали dura. Естественно, что послѣ открытія черепа опасность менингита усиливается, тѣмъ болѣе что основательное удаленіе едва-ли возможно. Наконецъ, приведемъ немногія статистическія данныя, которыя удалось найти: по Якобсону <sup>1)</sup> изъ 70 оперир.—умерло 57 (81,5<sub>0</sub>/°). Его статистика касается случаевъ до 86 г. По статистикѣ Scuder'a и Land'a <sup>2)</sup>, обнимающей случаи съ 86 по 94 г. изъ оперир. умерло 8 (30,8<sub>0</sub>/°) и изъ 19 субдор.—4 смерти (21,1<sub>0</sub>/°). Главнымъ показаніемъ къ операціи въ нашемъ случаѣ мы считали то обстоятельство, что не смотря на страшное ожорство, больная замѣтно худѣла. Положенія ея было очень тяжело, т. е. она все время, когда не ѣла, стонала и плакала. Послѣ консультаціи съ д-р'ь А. Э. Янишевскимъ, которому здѣсь я приношу глубокую благодарность за оказанную мнѣ помощь въ курированіи больной, мы рѣшили сдѣлать ей трепанацію.

Я долженъ упомянуть, что за время пребыванія въ больницѣ съ 18 по 28-е всѣ наши старанія были направлены къ тому, чтобы уменьшить нагноеніе краевъ раны и флегмону въ ея окружности.

<sup>29</sup>/VI была сдѣлана трепанація подъ хлороформнымъ наркозомъ, въ присутствіи д-ровъ: Р. А. Лурія и А. Э. Янишевскаго. Съ помощью ножницъ Дальгрэна резецированъ въ лѣвой височной области кожно-костный лоскутъ подковообраз. формы съ такимъ расчетомъ, чтобы, пользуясь разрѣзомъ, можно было открыть art. mening. media съ одной стороны, а

<sup>1)</sup> Jacobson. Gug's Hospital Report.

<sup>2)</sup> Scuder et Land. The American Journal et the medicale scienses 95.

съ другой подойти къ мѣсту травмы. Размѣры лоскута въ вышину 4,5, въ ширину 6,0, основаніе его лежитъ на 2,5 выше скуловой дуги, вершина 7,0. Послѣ того, какъ лоскутъ былъ приподнятъ, передъ нашими глазами открылась напряженная, синеватаго цвѣта твердая мозговая оболочка, по вскрытіи ея на поверхности мозга въ верхнемъ углу раны лежали 2 сгустка крови въ области средней лобной извилины. Сгустки были удалены. На твердую мозговую оболочку наложены швы. Лоскутъ уставленъ на мѣстѣ и пришитъ проволокой. На другой день послѣ операціи—30-го, въ состояніи больной произошла та перемѣна, что она стала сознательнѣе относиться къ окружающему. Меня поразило то обстоятельство, что она сидѣла въ постели, а не лежала скорчившись, какъ раньше; такъ что, повидимому, раздраженіе мозга, вызывавшее вынужденное положеніе, исчезло. Больная начала говорить, звала отца и мать.

Сознаніе все болѣе и болѣе прояснялось, начала отвѣчать на вопросы, но чувство голода не покидала больную и только на 4-й день больная перестала съ плачемъ требовать ѣсть, но все же говорила, что чувствуетъ сильнѣйшій голодъ, только могла сдерживать его. Узнала родителей, посѣтившихъ ее. Далѣе <sup>10</sup>/vii отмѣчено, что чувство голода болѣе не мучаетъ больную. До конца пребыванія въ больницѣ больная жаловалась, что ничего не помнитъ изъ случившагося съ ней; жаловалась также, что многое перезабыла: имена своихъ родственниковъ, названіе многихъ предметовъ. Вообще память восстанавлилась плохо. Послѣоперационное теченіе гладкое, швы сняты на 9-й день, *prima intentio*, на 10-й и 11-й дни было повышеніе  $t^{\circ}$  до 38,5, но совершенно случайнаго характера. <sup>15</sup>/vi на 16-й день больная была выписана изъ больницы.

Черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи я видѣлъ больную. Она чувствовала себя хорошо, вполне сознательно относилась къ окружающему, только по словамъ ея родителей, память ея все еще была очень плоха. Прошло около 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года, больная нахо-

дится передъ Вами. Изъ разговоръ ст ней я убѣдился, что слѣды поврежденія остались и до сихъ поръ: память такъ и не исправилась. „Поплють въ лавочку, иду и все время твержу, что надо купить, а то приду и позабуду“,—говоритъ она. Память, какъ видите, разстроена, но сознательное отношеніе къ своему состоянію также несомнѣнно. На вопросъ, не болитъ ли что у нея, родители отвѣчали: „какъ не болить,—знама мается головой“, они же отвѣтили: „голова не болить, а вотъ ноги иногда болятъ“.

Итакъ, результаты травмы съ паталого-анатомической стороны выразились экстравазатомъ подъ твердую мозговую оболочку въ области средней лобной извилины, что клинически проявилось, главнымъ образомъ, симптомами: безсознательнымъ состояніемъ и страшной прожорливостью, связанной съ похуденіемъ. Несомнѣнно то и другое стояло въ какой-то связи. Послѣ вскрытія твердой мозговой оболочки и удаленія сгустковъ быстро началось обратное развитіе всѣхъ симптомовъ: больная пришла въ сознаніе, чувство голода постепенно уменьшалось и на 10-й день совершенно исчезло, только разстройство памяти оказалось болѣе стойкимъ—сохранилось и до настоящаго времени.

Знакомясь съ казуистикой страданій лобныхъ долей, въ томъ числѣ и опухолей, мы верѣтили богатый матеріалъ, касающійся разстройствъ сознанія при травмахъ и опухоляхъ лобныхъ долей. Такъ *Bergman* <sup>1)</sup> на основаніи измѣненной психической сферы поставилъ типическую діагностику опухоли лобной доли, что и подтвердилъ на операціи. Далѣе, *Mendel*, <sup>2)</sup> пользуясь обширнымъ литературнымъ матеріаломъ, утверждаетъ, что всякій разъ, когда на лицо были психическія разстройства, на секціи или операціи находили пораненія лобной доли. Для характеристики тѣхъ разстройствъ, которыя наблюдались и описывались при поврежденіяхъ и опухоляхъ лобныхъ долей, мы цитируемъ новѣйшую работу *Ceston'a* и

<sup>1)</sup> Berl. Klin. Wochenschr. 901 № 8.

<sup>2)</sup> Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Hft. 4 u. 5.

Lejanne <sup>1)</sup>, которые на основаніи обзорѣнія всей соотвѣтствующей литературы пришли къ слѣдующимъ выводамъ. Опухоли и поврежденія лобныхъ долей могутъ въ очень большомъ числѣ случаевъ вовсе не сопровождаться никакими психическими расстройствами, а если они ими сопровождаются, то эти расстройства можно раздѣлить на 3 группы: 1) опухоль лобной доли, развиваясь у лица съ тяжелой наследственностью, можетъ вызвать какой либо психозъ и, протекая подъ видомъ психоза, сама остается незамѣченной; 2) опухоль лобныхъ долей вызываетъ психическія расстройства, какъ-то: извѣстная доля оцѣпенѣлости, склонность ко сну, ослабленіе памяти и интеллекта, прогрессирующее слабоуміе, какъ и опухоли другихъ частей головного мозга; 3) развиваются психическія расстройства, какъ, повидимому, болѣе всего должны быть отнесены на пораженіе именно лобной доли, сюда относятся различныя пораженія психики: манія, идеи самоубійства, спутанность мыслей и слабоуміе; кромѣ того, сюда же относятся: эвфорія, смѣшливое благодушіе, эгоизмъ, индифферентное отношеніе къ окружающему, но особенно часто бываютъ пораженія психики высшаго порядка (памяти, ассоціацій идей и высшихъ чувствъ). Нѣкоторые французскіе авторы даже настаиваютъ на выдѣленіи опухолей лобныхъ долей въ особую клиническую разновидность опухолей психическаго типа. Такимъ образомъ, изъ разбора литературнаго матеріала, относящагося къ поврежденіямъ и опухолямъ лобныхъ долей, мы можемъ придти только къ тому выводу, что при нихъ часто наблюдались расстройства психическія. Что же касается наиболѣе интересующаго насъ симптома, такъ рѣзко выраженнаго у нашей больной и доминирующаго надъ всѣми другими—прозорливости, то въ литературѣ мы встрѣчаемъ только одинъ случай Sollier и Delageniére (Revue neurolog. № 22, 1901). Мальчикъ 11 лѣтъ черезъ недѣлю послѣ травмы попалъ подъ наблюденіе врачей, въ безсознательномъ состояніи; въ лѣвой задне-верхней теменной доли рана-переломъ

<sup>1)</sup> Revue neurologie. 1901 г. № 17.

съ вѣдреніемъ; трепанація, мозговой дефектъ конусообразной формы съ вершиной, обращенной къ глазной впадинѣ, лежащей позади центральной извилины; черезъ 7 дней больной пришелъ въ сознание. Провосторонняя гемиплегія, параличъ п. *facialis*, булемія, продолжалась въ теченіе мѣсяца, а затѣмъ 3 мѣсяца повышенный аппетитъ, больной очень упитанъ, повышение всей функціонной способности желудка. Но и этотъ случай отличается отъ нашего тѣмъ, что больной полнѣлъ, былъ очень упитанъ, наши же больная наоборотъ, истощалась.

Въ работахъ физиологовъ мы прежде всего должны отмѣтить статью Alexander Koganı 1), производившаго перерѣзки моста у собакъ причемъ онъ отмѣтилъ, что у нѣкоторыхъ собакъ развивалась прожорливость, несмотря на которую собаки сильно худѣли. Въ этомъ отношеніи онъ ссылается на опыты—Goltz: „Die eigenthümlichkeiten des Ganges, das Abmagern trotz der grossen Gefrässigkeit, die Characterveränderungen des Hundes erinnern alle an die Beschreibung, welche Goltz über die Syptome nach doppelseitiger Verstümmung der vordern Hirntheil gegeben hat.“. И дѣйствительно, у Гольца 2) мы находимъ, что послѣ удаленія лобныхъ долей собаки, несмотря на прожорливость, сильно худѣли. Но онъ касается этаго вопроса только мимоходомъ.

Дѣлать какія либо заключенія о наличности центра прожорливости на основаніи только того предположенія, что сгустки крови, раздражая поверхность средней лобной извилины,—вызывали чувство голода у нашей больной—было бы, конечно, чрезчуръ смѣло, но мы сочли небезполезнымъ сообщить исторію болѣзни даннаго случая, какъ очень интереснаго въ казуистическомъ отношеніи.

Въ заключеніе считаю долгомъ выразить глубокую благодарность проф. Н. М. Попову за указанную литературу по данному вопросу.

---

1) Arch. f. Physiol. 47 Bd.

2) Arch. f. Physiol. 34 Bd.