Переучет-60

616.8
Щ 56

Серія докторскихъ диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1908—1909 учебномъ году.

7 - НОЯ 2012

№ 6.

ПРОВЕРЕНО

Къ вопросу о распознаваніи поврежденій отдѣльныхъ долей мозга.

БІБЛІОТЕКА Харківського Медичн. Інституту
5269
Шифр. -56.
ПЕРЕВІРЕНО 1936
ПРОВЕРЕНО

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Александра Александровича Щепинскаго.

Цензорами диссертаціи, по порученію Конференціи, были: академикъ В. М. Бехтеревъ, профессоръ Н. А. Вельяминовъ и приватъ-доцентъ Н. Н. Петровъ.

Переучет 1966 г.

9916
Харьк. Гос. Мед. Инст. и Консерв. Фабрик.
Мат. кн. № 14593
Шифр. дес.
„Щ" кеттер 56

С-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія И. В. Леонтьева. Басковъ переулокъ, д. 4.
1908.

НБ ХНМУ

950

Докторскую диссертацію лекаря *А. А. Щепинскаго* подъ заглавіемъ «*Къ вопросу о распознаваніи поврежденій отдѣльныхъ долей мозга*» печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ военно-медицинскую академію 500 экземпляровъ ея (125 экземпляровъ диссертаціи и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюмэ ея (выводовъ) представляются въ канцелярію конференціи академіи, а 375 экземпляровъ диссертаціи—въ академическую библіотеку).

С.-Петербургъ, октября 11 дня 1908 года.

Ученый секретарь, академикъ *А. Діанинъ*.

Харк. Мед. Інститут
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА
59821

7 - НОЯ 2012
Библиотека-читальня
Харьк. Гос. Мед. Ин-та
Мат. кн. № 14593 9916
Шифр. дес.
„Щ" кеттер 56

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стр

Введеніе 1

Симптоматологія поврежденій и заболѣваній отдѣльныхъ долей большого мозга 9

I Лобная доля 9

1) Случаи безъ стойкихъ симптомовъ 10

2) Случаи, осложнявшіеся разстройствами душевной дѣятельности . . 35

3) Разстройства рѣчи; афазія, аграфія 77

4) Атаксія 85

5) Двигательныя разстройства: гемиплегія, моноплегіи; симптомы раздраженія; отношеніе лобн. д. къ движен. глазъ 86

6) Общіе выводы 95

II. Височная доля 98

1) Измѣненія душевной дѣятельности 101

2) Словесная глухота 114

Подкорковая глухота 120

Отношеніе словесной глухоты къ измѣненіямъ слуха 132

3) Душевная глухота 143

4) Слуховыя разстройства 143

5) Разстройства музыкальнаго слуха 149

6) Раненія правой, лѣвой и обоихъ височныхъ долей 153

III. Затылочная доля 157

1) Геміанопсія 157

2) Выпаденіе обѣихъ половинъ поля зрѣнія и кортикальная слѣпота. . 165

3) Душевная слѣпота 169

4) Разстройства чтенія 174

5) Зрительная афазія 176

6) Зрительныя галлюцинаціи 177

7) Диплопія 178

8) Случаи безъ характерныхъ очаговыхъ симптомовъ 178

Теменная доля и область центральныхъ извилинъ 180

Гемиплегія 180

Моноплегія 183

Параплегія 184

	Стр.
Признаки раздраженія	185
Топографическія соотношенія долей мозга съ частями черепа	188
Дѣйствіе пуль на черепъ и мозгъ	202
Собственныя наблюденія	211
Исторіи наблюдавшихся случаевъ раненій мозга	211
1) Разборъ этихъ случаевъ	220
2) **Клиническіе случаи раненій мозга**	240
3) **Поврежденія мозга и травматическій нейрозъ.** Дифференціальное распознаваніе. Примѣры	243
4) **Общій обзоръ симптоматологіи случаевъ, наблюдавшихся на войнѣ**	250
5) — — — — — **клиническихъ случаевъ**	261
6) Методика изслѣдованія раненыхъ, примѣнявшаяся въ описанныхъ мною случаяхъ	267
Выводы	269
Указатель литературы	277

Библіотека-Читальня
Инв. № 14593
Шифр. дес.
„Ш“ кеттер 56

Во время русско-японской войны 1904—1905 года мнѣ впервые пришлось принять участіе въ перевязкѣ раненыхъ на перевязочномъ пунктѣ въ августѣ 1904 г.—въ Ляоянскомъ бою. Встрѣчая среди нихъ раненыхъ въ голову съ признаками внутричерепныхъ поврежденій, я наблюдалъ у такихъ раненыхъ картину чрезвычайно тяжелыхъ мозговыхъ разстройствъ какъ въ случаяхъ, сопровождавшихся обширными поврежденіями черепа, такъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поврежденія были ограничены и можно было думать о сравнительно небольшомъ раненіи мозговой поверхности. То-же самое—при ушибахъ головы. Какова дальнѣйшая судьба тѣхъ раненыхъ, которые не умирали здѣсь-же, я не знаю: я ихъ видѣлъ только во время перевязки и совершенно потерялъ изъ вида въ дальнѣйшемъ; на смѣну имъ приносили новыхъ раненыхъ, а мнѣ самому вскорѣ пришлось оставить перевязочный пунктъ и принять участіе въ перевязкѣ раненыхъ въ санитарномъ поѣздѣ, а затѣмъ вернуться въ свою часть.

Уже по прошествіи извѣстнаго промежутка времени, послѣ долгихъ нашихъ скитаній между Ляояномъ и Мукденомъ и вокругъ Мукдена, въ періодѣ межбоевого затишья я получилъ возможность побывать въ большихъ госпиталяхъ, удерживавшихъ у себя раненыхъ сравнительно долго. Бесѣдуя по поводу ихъ съ товарищами, работавшими въ такихъ госпиталяхъ, и воспользовавшись случаемъ посмотрѣть раненыхъ при содѣйствіи этихъ товарищей, я увидѣлъ, что многіе раненые въ голову, попавшіе въ госпиталь во время боя въ такомъ-же приблизительно состояніи, въ какомъ я видѣлъ подобныхъ имъ раненыхъ на перевязочномъ пунктѣ въ поѣздѣ, теперь уже успѣли оправиться до извѣстной степени и находились въ сознательномъ состояніи, нѣкоторые даже ходили,

и только представляли особенности, указывавшія, повидимому, главнымъ образомъ на поврежденіе ограниченныхъ частей мозга или на мѣстное раздраженіе его: у нихъ наблюдались половинные параличи, судорожные припадки Джексонова типа, геміанопсія и т. п. Рана головы въ это время уже была очищена отъ попавшихъ въ нее костныхъ осколковъ, инородныхъ тѣлъ, отъ крови, размозженныхъ тканей и т. п., вдавленные края костной раны были приподняты, но отверстія еще не заполнились, костныя раны оставались открытыми.

Съ этихъ поръ я рѣшилъ, пользуясь всякимъ представляющимся случаемъ, постараться хоть сколько-нибудь выяснить себѣ соотношеніе между мѣстными поврежденіями мозга и разстройствами, остающимися у раненыхъ послѣ минованія перваго періода общемозговыхъ разстройствъ. Встрѣчая во всѣхъ посѣщавшихся мною въ это время и позже госпиталяхъ самое радушное гостепріемство, я и въ этомъ своемъ изслѣдованіи встрѣтилъ самую энергичную поддержку у госпитальныхъ товарищей, готовность помочь всегда и во всемъ: они разсказали мнѣ все, что знали, объ интересовавшихъ меня раненыхъ, сообщили всѣ свои наблюденія надъ ними, не только предоставили ознакомиться съ записями въ исторіяхъ болѣзней, но брали на себя нерѣдко трудъ диктовать выдержки изъ этихъ исторій и въ высшей степени интересныя дополненія къ нимъ изъ своихъ записныхъ книжекъ; иногда они прямо давали мнѣ сдѣланныя для меня выписки изъ исторій болѣзни. Они не отказывались отнять у себя часть свободнаго времени, или нарушить порядокъ обычной работы, знакомя меня съ больными и принимая нерѣдко дѣятельное участіе въ изслѣдованіи таковыхъ. Благодаря ихъ любезности я получилъ въ пользованіе на время изслѣдованія недостававшіе приборы и могъ кое-что нехватавшее импровизировать (напр., мнѣ помогли приготовить въ лабораторіи смѣси красокъ, позволявшія изслѣдовать хоть сколько-нибудь детально цвѣтоощущеніе у раненыхъ и поле зрѣнія для разныхъ цвѣтовъ). Спеціалисты помогли мнѣ точнѣе и вѣрнѣе ріентироваться относительно состоянія глазного дна, подробностей поврежденія головы съ хирургической точки зрѣнія и т. п. Я не говорю уже о руководящихъ совѣтахъ и помощи въ провѣркѣ и разборѣ наблюдавшагося мною. Словомъ, когда

вспоминается посѣщеніе мною госпиталей, невольно вспоминается то привѣтливое отношеніе и та готовность помочь словомъ и дѣломъ, которыя я всегда встрѣчалъ въ госпитальныхъ товарищахъ и въ ихъ сотрудникахъ по госпитальной работѣ и невольно хочется еще разъ сказать имъ спасибо, тѣмъ болѣе, что условія жизни на войнѣ такъ неожиданно бросали насъ въ разныя стороны, что не со всѣми и проститься удалось тамъ. Все сказанное о госпитальныхъ товарищахъ относится и къ военнымъ госпиталямъ, и къ госпиталямъ или лазаретамъ, состоявшимъ въ вѣдѣніи краснаго креста.

Болѣе или менѣе систематическія наблюденія раненій мозга на театрѣ военныхъ дѣйствій я могъ продолжать главнымъ образомъ съ Мукденскаго боя. Послѣ мукденскаго боя я видѣлъ раненыхъ въ голову, но не имѣлъ случая подробно изслѣдовать ихъ. Въ виду сказаннаго выше, занесенныя мною въ записную книжку характеристики отдѣльныхъ случаевъ и общіе выводы, я разсматриваю, какъ результатъ не личнаго изслѣдованія, а совмѣстнаго съ другими товарищами изученія раненыхъ и наблюдавшихся у нихъ разстройствъ. Главныя наши задачи при самомъ изслѣдованіи такихъ раненыхъ заключались въ томъ, чтобы 1) опредѣлить топографію раны какъ можно точнѣе, при помощи сколько-нибудь точныхъ, хотя и импровизированныхъ приборовъ и разныхъ способовъ измѣренія, взаимно другъ-друга коррегирующихъ; 2) всесторонне изучить функціи нервной системы и органовъ, находящихся отъ нея въ прямой зависимости, насколько это было возможно при условіяхъ работы въ передовыхъ госпиталяхъ; 3) собрать свѣдѣнія относительно каждаго изъ тѣхъ раненыхъ, о которыхъ здѣсь идетъ рѣчь, въ самой полной мѣрѣ, со всѣми подробностями, поскольку это было возможно.

Если при изслѣдованіи мы натыкались на недостатокъ иногда самыхъ необходимыхъ инструментовъ (тому, кто работалъ только вдали отъ боевой линіи, трудно понять это) и должны были занимать ихъ, гдѣ найдемъ, выписывать и импровизировать изъ такого матерьяла, какой найдется подъ руками, то при разборѣ наблюденій чувствовался полный недостатокъ самыхъ необходимыхъ справочныхъ пособій. И вотъ при этомъ еще разъ пришлось считаться съ товарищескою готовностью помогать при работѣ чѣмъ возможно только.

Хорошая справочная книга по хирургіи головы, по топографической анатоміи, по симптоматологіи пораженій мозга и окружающихъ его частей, тѣмъ болѣе—какой-нибудь спеціальный журналъ—представляли тамъ и тогда необыкновенную рѣдкость и цѣнность (выписываемое изъ Петербурга доходило черезъ невѣроятно длительный промежутокъ времени, попадало куда-угодно, только не туда, куда слѣдовало, а нерѣдко и вовсе не доходило до мѣста назначенія). И тѣмъ не менѣе счастливый обладатель такого драгоцѣннаго справочнаго пособія не только не отказывался предоставить наведеніе въ немъ необходимыхъ справокъ на мѣстѣ, но не задумывался одолжить книгу или журналъ для болѣе подробнаго ознакомленія съ тѣмъ или инымъ вопросомъ.

Результаты наблюденій, сдѣланныхъ въ теченіе зимы $190^4/_5$ года, заносились мною въ подробности въ записныя тетради, на листахъ бумаги, иногда—на поляхъ моихъ справочныхъ книжекъ. Въ началѣ Мукденскаго боя неожиданный обстрѣлъ японскою артиллеріею нашей стоянки вызвалъ пожаръ, уничтоживший большую часть моихъ вещей, въ томъ числѣ книгъ и вложенныхъ въ нихъ записокъ. Такимъ образомъ, послѣ боя у меня осталась только часть записей, которыя я могъ дополнить наблюденіями, твердо сохранившимися въ памяти. Поэтому я оставляю здѣсь, при разборѣ своихъ наблюденій, въ сторонѣ тѣ случаи, исторіи болѣзней которыхъ не сохранились у меня въ цѣлости и приведу только уцѣлѣвшія.

Я уже имѣлъ случай отмѣтить, что при подробномъ изученіи симптомовъ поврежденій мозга я главнымъ образомъ имѣлъ въ виду тѣ симптомы, которые остаются по минованіи перваго періода общихъ послѣтравматическихъ разстройствъ,—которыя указываютъ на непоправимое поврежденіе извѣстной части мозга. Весь мозгъ, кромѣ этой его части, въ это время уже начинаетъ функціонировать сравнительно нормально, во всякомъ случаѣ, общія разстройства отступаютъ на второй планъ.

Такого рода изученіе раненыхъ казалось мнѣ чрезвычайно интереснымъ. Вѣдь, эти наблюденія до извѣстной степени аналогичны съ опытами экстирпаціи или раздраженія отдѣльныхъ участковъ мозга; правда еслибы мы дѣлали экстирпацію или раздраженіе съ экспериментальною цѣлью, мы постарались

бы гораздо точнѣе локализировать опытъ, больше бы щадили всѣ остальныя части мозга, чѣмъ это бываетъ при раненіяхъ черепа; но, вѣдь, такихъ опытовъ на человѣкѣ нельзя производить. Если же сравнивать съ пораженіями отдѣльныхъ частей мозга болѣзненными измѣненіями (напр. новообразованіемъ, атрофіей и т. п.), то нельзя не вспомнить, что всѣ эти измѣненія или сами по себѣ развиваются постепенно (новообразованія), или, появляясь вдругъ (кровоизліянія, эмболіи съ ихъ послѣдствіями), всетаки указываютъ на существовавшія уже раньше сосудистыя и т. п. измѣненія, врядъ ли остававшіяся безразличными для центральной нервной системы. Подъ наблюденіе врача эти случаи попадаютъ обыкновенно тогда, когда уже измѣненія мозга (какого бы то ни было рода) существовали въ теченіе извѣстнаго времени, оставаясь неизслѣдованными. При моихъ наблюденіяхъ раненыхъ имѣлось иное: люди, мозгъ которыхъ, судя по имѣющимся свѣдѣніямъ, не представлялъ замѣтныхъ болѣзненныхъ измѣненій до боя, во время боя внезапно повреждался пулею, осколками кости и т. д. Почти непосредственно послѣ этого начиналось наблюденіе раненаго въ госпиталѣ и шагъ за шагомъ можно было слѣдить какъ за измѣненіями, зависѣвшими отъ общей травмы, такъ и за симптомами выпаденія дѣятельности, поврежденія или раздраженія ограниченной части мозга,—поврежденія непоправимаго, или, во всякомъ случаѣ, возстановляющагося гораздо медленнѣе и менѣе совершенно, чѣмъ въ остальныхъ частяхъ мозга.

Невыгодныя стороны моего изслѣдованія отчасти уже упомянуты мною (неподготовленность къ неожиданно предпринятой работѣ, невозможность использовать всѣ средства, помогающія наиболѣе точно установить особенность каждаго случая, невѣдѣніе о дальнѣйшей судьбѣ эвакуированныхъ раненыхъ), отчасти будутъ упомянуты впослѣдствіи, при описаніи наблюденій.

Сознавая всю важность и желательность сообщенія всѣхъ случаевъ раненій мозга, хотя-бы даже наблюдавшихся короткое время и неполныхъ, я рѣшился представить описаніе и своихъ наблюденій, несмотря на сознаваемые ихъ крупные пробѣлы и на ограниченное число сохранившихся записей.

Относительно разбора ихъ необходимо замѣтить слѣдующее.

При оцѣнкѣ наблюдавшагося собственными глазами пред-

ставлялось чрезвычайно интереснымъ, конечно, сравнить свои наблюденія съ случаями, наблюдавшимися другими участниками войны. Но въ настоящее время появилось еще слишкомъ мало этихъ описаній; я даже слышалъ самъ отъ нѣкоторыхъ лицъ, имѣвшихъ во всякомъ случаѣ возможность наблюдать и прослѣдить много случаевъ раненій мозга что они пока еще не собрались обнародовать свои наблюденія. Въ сравнительно послѣднихъ книгахъ нѣкоторыхъ журналовъ появляются сообщенія, дающія поводъ думать, что огромный матерьялъ еще будетъ обнародованъ впослѣдствіи, если не останется совершенно неиспользованнымъ.

Поэтому подводить итогъ наблюденіямъ многихъ авторовъ, видѣвшихъ раненыхъ во время русско-японской войны и послѣ нея, пока возможно лишь въ ограниченной мѣрѣ.

Опредѣляя симптоматологію поврежденій отдѣльныхъ областей мозга, было очень интересно сравнить этого рода случаи съ случаями, въ которыхъ соотвѣтствующія части мозга были измѣнены благодаря тѣмъ или инымъ патологическимъ процессамъ (мозговыя новообразованія, нарывы, паразиты, размягченія и т. п.). Въ этомъ отношеніи можно найти точки опоры въ очень богатой литературѣ очаговыхъ пораженій мозга, нерѣдко провѣренныхъ операціей, вскрытіемъ и иногда изслѣдованіемъ мозга. При разборѣ своихъ наблюденій я воспользуюсь извѣстною мнѣ литературою, касающагося этихъ патологическихъ случаевъ, но лишь въ качествѣ примѣровъ для сравненія. Подвергнуть критическому анализу сотни случаевъ очаговыхъ пораженій мозга и даже представить сколько-нибудь полный обзоръ въ своей небольшой по объему, въ то-же время касающейся разнообразныхъ симптомовъ работѣ, я не могъ, да и считалъ бы слишкомъ смѣлымъ браться за такую задачу.

Кромѣ литературы, я получилъ возможность благодаря любезному разрѣшенію глубокоуважаемыхъ академика Владимира Михайловича Бехтерева и врачей, завѣдывающихъ отдѣленіями, ознакомиться съ имѣвшимися въ клиникахъ душевныхъ и нервныхъ болѣзней при Военно-Медицинской Академіи и при Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ исторіями находившихся въ нихъ на излѣченіи случаевъ поврежденій и очаговыхъ заболѣваній головного мозга. Съ нѣкоторыми изъ этихъ случаевъ, оставшихся къ моему пріѣзду въ С.-Петербургъ въ клиникѣ, я могъ лично ознакомиться и изслѣдовать ихъ. Этими данными я также воспользуюсь при разборѣ своихъ военныхъ наблюденій.

Остается еще сдѣлать одно предварительное замѣчаніе по поводу вопроса, на которомъ подробнѣе придется остановиться впослѣдствіи: симптомы очаговаго типа, послѣ мѣстныхъ поврежденій головы могутъ зависѣть не только отъ непоправимаго поврежденія ограниченнаго участка мозга, но и отъ нейротическихъ («функціональныхъ») осложненій общей травмы головы. Мнѣ вспомнились при этомъ другія наблюденія, въ которыхъ подобные-же симптомы послѣ травмы зависѣли, по всей вѣроятности, отъ нейроза, развившагося подъ вліяніемъ травмы, а возможность этой гипотезы, въ свою очередь, подтверждается такого-же рода симптоматологіей случаевъ нейроза, не зависящихъ отъ травмы. Однако на ряду съ извѣстнаго рода сходствомъ въ обоихъ рядахъ случаевъ можно отмѣтить и отличительныя особенности. Допуская въ случаяхъ раненій мозга зависимость очаговыхъ симптомовъ отъ мѣстнаго поврежденія извѣстной области мозга, я долженъ былъ провести параллель съ аналогичными случаями нейрозовъ, и указать различія между ними, чтобы имѣть право признать свой діагнозъ правильнымъ. Поэтому я позволю себѣ привести (въ самомъ сжатомъ видѣ, конечно) примѣры изъ числа наблюдавшихся мною случаевъ травматическихъ и нетравматическихъ нейрозовъ, подходящихъ по симптомамъ для сравненія съ случаями раненій мозга и вкратцѣ остановиться на принципахъ дифференціальной діагностики.

Что касается способовъ опредѣленія топографіи мозговой аны въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, то я долженъ оговориться, что не думая найти на войнѣ такой матерьялъ для наблюденій, я не взялъ съ собою хорошихъ измѣрительныхъ краніотопографическихъ приборовъ и необходимыхъ описаній методовъ измѣреній. Поэтому, когда подошло время работы, я пользовался тѣмъ, что зналъ или могъ узнать, а изъ приборовъ—тѣмъ, что нашлось подъ руками или можно было сдѣлать. Выписанное мною при началѣ работы дошло, когда уже было поздно. Поэтому, приводя литературу вообще главнымъ образомъ для того, чтобы имѣть точки опоры при разборѣ своихъ случаевъ, я не буду описывать всевозможные способы опредѣленія соотношеній между тою, или иною точ-

кою черепа и соотвѣтствующею ей точкою мозга, но отмѣчу главнымъ образомъ лишь способы и данныя, которыми пользовался при изученіи или разборѣ своихъ случаевъ.

Касаясь литературы десятковъ интересныхъ и важныхъ вопросовъ патологіи мозга и даже топографической анатоміи его, въ настоящей работѣ, я долженъ былъ ограничиться бѣглыми замѣчаніями по поводу каждаго вопроса и приведеніемъ примѣровъ изъ того, что мнѣ извѣстно, или, поступая иначе, превратить свой очеркъ въ обширный трактатъ по цѣлому отдѣлу патологіи нервной системы или даже по нѣсколькимъ отдѣламъ ея. Такая задача, особенно—въ настоящее время, мнѣ совершенно не подъ силу и потому я долженъ былъ избрать первый, т. е. бѣглый способъ изложенія, т. е. не итти дальше нѣсколькихъ примѣровъ и нѣсколькихъ замѣчаній, относящихся къ каждому разсматриваемому вопросу и нужныхъ для разбора своихъ наблюденій.

Сдѣлавъ эти оговорки, безъ которыхъ я не рѣшался приступить къ изложенію литературы и своихъ наблюденій, перехожу къ обзору симптоматологіи поврежденій отдѣльныхъ областей мозга.

Симптоматологія поврежденій и заболѣваній отдѣльныхъ долей большого мозга.

I. Лобная доля (*за исключеніемъ восходящей извилины*).

Присматриваясь къ картинѣ симптомовъ, наблюдающихся въ разныхъ случаяхъ поврежденій лобныхъ долей большого мозга, мы можемъ, сопоставляя случаи, сходные съ симптоматологической точки зрѣнія, раздѣлить всю массу наблюденій на нѣсколько отдѣльныхъ группъ.

Прежде всего, мы встрѣчаемъ случаи (1) безъ остаточныхъ симптомовъ и (2) съ симптомами того или иного типа. Перваго рода случаи какъ бы показываютъ, что отсутствіе лобныхъ долей мозга или извѣстной части ихъ можетъ совершенно ничѣмъ не отражаться на жизни организма. Второго рода случаи, напротивъ того, даютъ совершенно опредѣленную характеристику лобныхъ долей, указываютъ на то, что съ прекращеніемъ ихъ дѣятельности, наступаютъ въ организмѣ такія-то и такія-то измѣненія.

Тѣ и другіе случаи требуютъ внимательнаго анализа, такъ какъ (1) отсутствіе реакціи организма на поврежденіе лобной доли можетъ зависѣть не только отъ того, что эта доля, такъ сказать, не принимала участія въ жизни организма (участія, замѣтнаго для насъ), но и отъ того, что прежнія ея функціи въ силу необходимости перешли къ другимъ мозговымъ элементамъ, напр.—къ элементамъ противоположнаго полушарія. (2) Появленіе тѣхъ или иныхъ симптомовъ послѣ поврежденія лобныхъ долей можетъ зависѣть какъ отъ выпаденія дѣятельности этихъ долей, такъ и отъ того, что поврежденія отражаются на жизни частей мозга сосѣднихъ съ лобною долею, непосредственно подвергшеюся травмѣ; кромѣ того, послѣ травмы могутъ наступать измѣненія воспалительныя, раздражаетъ присутствіе образовавшейся рубцовой ткани, на-

рушаются условія мозгового кровообращенія и т. д.; наконецъ, если ударъ по головѣ или проникновеніе въ полость черепа какого-либо инороднаго тѣла вызываетъ разрывъ извѣстной части мозга, потерю вещества ея и т. п., то, понятно, нельзя сказать, что остальныя части мозга, на видъ оставшіяся неповрежденными, не испытали на себѣ дѣйствія травмы; конечно, дѣйствіе простого ушиба ихъ нельзя равнять съ полнымъ отсутствіемъ извѣстной части мозга, или съ полнымъ разрушеніемъ нервныхъ элементовъ ея. Поэтому степень разстройствъ, зависящихъ отъ травмы непосредственно пораненной части, и разстройствъ, зависящихъ отъ ушиба, сотрясенія и т. д. остальныхъ частей мозга, не будетъ одинаковою. Стойкость ихъ также, вѣроятно, будетъ различна, но важно то, что не всѣ симптомы поголовно приходится непосредственно относить къ самой раненной части мозга. Нужно (1) въ каждомъ случаѣ расположить наиболѣе существенныя, устойчивыя и глубокія разстройства, отдѣляя ихъ отъ менѣе стойкихъ и менѣе полныхъ, чтобы получилась выпуклая, оттѣненная картина разстройствъ— и тогда переходить къ анализу ея; (2) сопоставлять много случаевъ однородныхъ по локализаціи поврежденій и слѣдить, какія разстройства повторяются въ наибольшемъ числѣ случаевъ и какія—представляются случайными; (3) нужно въ отдѣльныхъ случаяхъ отмѣтить степень вѣроятности осложняющихъ картину пораженій другихъ частей мозга, его оболочекъ и сосудовъ и сопоставляя случаи, прослѣдить, какія особенности вноситъ наличность того или иного осложняющаго пораженія и чѣмъ отличаются совершенно «чистые случаи» отъ другихъ.

Такими путями мы придемъ къ установленію не случайныхъ, а существенныхъ, коренныхъ признаковъ поврежденія лобныхъ долей—обѣихъ, или одной изъ нихъ—равно какъ и отдѣльныхъ областей или участковъ ихъ.

I группа. Случаи поврежденій лобныхъ долей безъ стойкихъ симптомовъ. Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ поврежденія одной или обѣихъ лобныхъ долей не оставляютъ послѣ себя длительныхъ симптомовъ, остаются какъ бы безразличными для организма. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы можемъ сдѣлать такой выводъ на основаніи извѣстныхъ намъ данныхъ тщательнаго и подробнаго изслѣдованія всѣхъ сторонъ дѣятельности

центральной нервной системы: мы видимъ, что дѣйствительно ни въ чемъ нѣтъ сколько-нибудь явныхъ и существенныхъ измѣненій сравнительно съ тѣмъ, что́ было до травмы. Въ другихъ случаяхъ мы можемъ только предполагать это на томъ основаніи, что еслибы были симптомы, они были бы указаны въ исторіи болѣзни; иногда мы имѣемъ такія общія опредѣленія, какъ «выписанъ въ хорошемъ состояніи», «выписался здоровымъ» и т. п. По практическимъ соображеніямъ мы и такіе случаи отнесемъ сюда-же, къ этой-же группѣ, дѣлая только, конечно, оговорку относительно того, какія указанія даны намъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ на счетъ состоянія больного. Приходится отмѣтить также большое различіе между случаями, прослѣженными не долго и такими, которые наблюдались въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Ради практическихъ же соображеній мы относимъ въ эту группу случаи, прослѣженные недолго, разъ въ нихъ не было очаговыхъ симптомовъ поврежденія лобныхъ долей за тотъ періодъ времени, о которомъ мы имѣемъ свѣдѣнія.

Нужно еще считаться (1) съ симптомами первичнаго періода, непосредственно слѣдующаго за раненіемъ; (2) съ симптомами, зависящими отъ осложненій, появившихся съ самаго начала или современемъ. Наличность этихъ симптомовъ не мѣшаетъ отнести случай къ этой-же группѣ, если мы увѣрены, что симптомы зависятъ отъ общаго дѣйствія травмы на мозгъ или отъ причинъ, присоединяющихся къ раненію лобной доли, а не отъ самого раненія ея: такъ обстоитъ дѣло, напр., при образованіи мозгового нарыва, при развитіи менингита и т. д.

Строго разсуждая, аналогію съ моими наблюденіями поврежденій головного мозга я долженъ проводить съ огнестрѣльными поврежденіями современнымъ оружіемъ на далекомъ разстояніи. Съ такихъ случаевъ мы и будемъ начинать. Затѣмъ будемъ переходить къ раненіямъ огнестрѣльнымъ же, но нанесеннымъ съ близкаго разстоянія: выстрѣлы въ упоръ, револьверныя раненія, случаи удавшихся или неудавшихся попытокъ лишить себя жизни. Общій характеръ этихъ поврежденій во многихъ отношеніяхъ отличаетъ ихъ отъ поврежденій, нанесеныхъ издалека прилетѣвшею пулею. Неогнестрѣльныя поврежденія — холоднымъ оружіемъ, камнемъ и другими предметами,—поврежденія, полученныя при паденіи и т. п.

стоятъ еще дальше. Для сравненія мы будемъ заимствовать примѣры и изъ ихъ числа.

Раненія огнестрѣльныя—съ далекаго разстоянія. Въ качествѣ примѣровъ раненій лобныхъ долей безъ стойкихъ очаговыхъ симптомовъ приведу нѣсколько случаевъ изъ исторіи послѣднихъ войнъ (современное оружіе) и изъ войнъ болѣе старыхъ, менѣе однородныхъ съ моими личными наблюденіями въ смыслѣ характера раненій.

Примѣры: случаи Гусева, Делятицкаго, Дзирне (русско-японская война), Cantas'a (греко-турецкая война), Makins'a (трансвальская война) и др.

Въ случаѣ Дзирне, въ 10-мъ, 20-мъ, 23-мъ, 28-мъ и 29-мъ случаяхъ Делятицкаго, въ III случаѣ Makins'a и въ случаѣ Cantas'a была ранена правая лобная доля, въ случаѣ Гусева и въ 27-мъ случаѣ Делятицкаго и во 2-мъ случаѣ Makins'a—обѣ. Makins'a—лѣвая лобная доля, въ 1-мъ случаѣ Makins'a—обѣ.

Въ случаѣ Гусева раненію подвергся самый задній отдѣлъ лѣвой лобной доли (части II и III извилинъ, ближайшія къ предцентральной бороздѣ), въ 10-мъ случаѣ Делятицкаго — задній отдѣлъ первой извилины правой лобной доли, въ 28-мъ и 29-мъ случаяхъ его и въ 1-мъ и 2-мъ случаяхъ Makins'a—передніе отдѣлы лобныхъ долей, въ случаѣ Дзирне пуля прорѣзала всю лобную долю, въ 27-мъ случаѣ Делятицкаго и въ случаѣ Cantas'a получились обширныя разрушенія лобной доли. Кромѣ лобной доли, въ случаѣ Гусева была ранена и сосѣдняя часть височной доли, въ случаѣ Дзирне — части мозга, лежащія кзади, вплоть до затылочной доли противопол. полушарія, во 2-мъ случаѣ Makins'a—основаніе мозга.

Всѣ случаи Делятицкаго сопровождались нагноеніемъ; это нагноеніе прекратилось послѣ оперативнаго опорожненія гноя, и вотъ съ этого времени могли быть прослѣжены стойкія послѣдствія разрушенія лобной доли пулею и гнойнымъ процессомъ. Въ случаяхъ Гусева, Makins'a и др., повидимому, было разрушеніе зрительныхъ путей или органовъ зрѣнія, отъ чего и зависѣла утрата зрѣнія. Наконецъ, въ случаѣ Cantas'a примѣнимо было объясненіе появившихся послѣ травмы черезъ $2^1/_2$ года симптомовъ (пониженіе памяти, головокруженіе) не вліяніемъ раненія лобной доли, а измѣненіемъ кровообращенія

подъ вліяніемъ раздраженія ткани образовавшимся рубцомъ. Поэтому наличность этихъ позднихъ симптомовъ не помѣшала намъ помѣстить случай въ разбираемую здѣсь группу.

Въ анатомическомъ отношеніи интересенъ случай Cantas'a: Cantas опредѣлилъ ходъ пулевого канала, соединяя на многихъ трупахъ мѣста черепа, въ точности соотвѣтствующія входному и выходному отверстіямъ и опредѣляя, какія части мозга прорѣзываетъ соединительная линія; кромѣ того, опредѣленъ вѣсъ вытекшаго мозгового вещества.

О всестороннемъ изслѣдованіи нѣкоторыхъ изъ этихъ раненыхъ мы имѣемъ обстоятельныя свѣдѣнія (напр., въ случаѣ Cantas'a мы имѣемъ подробныя свѣдѣнія относительно памяти больного, относительно изслѣдованія его мышленія, о видѣ головокруженія, объ изслѣдованіи дѣятельности мышцъ и т. д.); въ другихъ мы должны удовольствоваться краткими свѣдѣніями или общимъ резюме.

Нѣкоторые случаи прослѣжены въ теченіе короткаго (сравнительно) періода пребыванія раненаго въ госпиталѣ, другіе прослѣжены долго: Cantas видѣлъ своего раненаго въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, Делятицкій получалъ письма о ихъ здоровьѣ послѣ эвакуаціи раненыхъ на родину съ театра военныхъ дѣйствій.

Отъ этихъ общихъ замѣчаній перейдемъ къ исторіямъ отдѣльныхъ наблюденій.

Случай Гусева: Дмитрій Я. (цит. по Дьяконову. № 7). Входное отверстіе «надъ срединою лѣвой скуловой дуги на 3 сант. кзади отъ угла глазницы на границѣ волосистой части».

Сильвіева борозда находится, по Chipault (p. 105), на 7 сант. позади отъ глазнично-височнаго угла, а нижній конецъ роландовой борозды чуть-чуть еще далѣе кзади; «pied du frontale III», по Broca, отыскивается въ 5 сант. кзади отъ этого угла (и на 2 сант. выше его). Переднюю границу восходящей лобной извилины (sulcus praecentralis) можно считать на 2 сант. кпереди отъ роландовой борозды. Слѣдовательно, здѣсь входное отверстіе соотвѣтствовало частямъ 3-й или 2-й лобныхъ извилинъ (высота точно не опредѣлена), въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ предцентральной бороздою.

Выходное отверстіе было на противоположномъ вискѣ — «на 2,25 сант. выше средины правой скуловой дуги, на волосистой части виска». Мѣсто дѣленія сильвіевой борозды лежитъ на 4—4,5 сант. выше средины скуловой дуги, слѣдовательно, выходное раневое отверстіе на 1,75—2,25 сант. ниже дѣленія сильвіевой борозды, т. е. уже въ область передней части височной доли.

Объ общемозговыхъ симптомахъ не говорится. Отмѣчена слѣпота на оба глаза и расширеніе зрачковъ (для чего достаточною причиною можно считать слѣпоту).

Для точной локализаціи поврежденія, вызвавшаго слѣпоту, сказаннаго не достаточно. Можетъ быть, это—раненіе обоихъ зрительныхъ нервовъ или канатиковъ.

Въ 12-мъ случаѣ (заимствованъ у Дзирне) входное отверстіе соотвѣтствовало «передней части правой стороны лобной кости—надъ правымъ глазомъ», выходное же находилось на противоположной сторонѣ черепа въ области затылочной кости. Отмѣчено «ходитъ и чувствуетъ себя хорошо». По отношенію къ передней части мозга мы видимъ, стало быть, что здѣсь пуля на своемъ пути прорѣзала насквозь вещество правой лобной доли.

Случай Делятицкаго 10-й; раненый остался живъ. Шрапнельная рана «на правой половинѣ головы на границѣ соединенія лобной и теменной костей на 1 сант. вправо отъ сагиттальной линіи и параллельно ей»; длина раны 3,5 сант., ширина 1,5; при операціи найдены въ мозгу на глубинѣ 2,5 сант. костные осколки и гной. Здѣсь положеніе костной раны опредѣлено довольно точно; она соотвѣтствуетъ верхней части вѣнечнаго шва на 1 сант. латеральнѣе срединной линіи. Вѣнечный шовъ соотвѣтствуетъ заднимъ концамъ лобныхъ извилинъ (задняя граница ихъ—sulcus praecentralis—вверху находится, по Heftler'у, на 2,0 сант. позади вѣнечнаго шва, по Horsle'ю, Dana и др.—ближе къ нему, но во всякомъ случаѣ позади его). Изъ трехъ извилинъ латеральной поверхности мозга, идущихъ въ направленіи, параллельномъ срединной линіи, здѣсь можно думать о первой лобной извилинѣ, такъ какъ рана отстоитъ отъ срединной линіи на 1 сант., а нижняя граница 1-й извилины (sulcus frontalis superior) вблизи отъ sulc. praecentr на 2,5 сант. (приблизительно) отъ срединной линіи (Гефтлеръ, Leport, Müller и др.).

20-й случай (стр. 319). Входная рана въ области лобнаго бугра, выходная отсутствуетъ. При трепанаціи найдены свободные осколки кости, подъ твердою мозговою оболочкою гной; при резекціи окружающей кости найдена часть шрапнельной пули.

Итакъ, здѣсь поврежденіе приходится локализировать подъ лобнымъ бугромъ (лѣвымъ) и по сосѣдству съ нимъ (костные осколки прощупывались выше раны, ближе къ границѣ волосъ).

Лобный бугоръ, по Broca и Poirier, соотвѣтствуетъ 2-й лобной извилинѣ, именно — мѣсту соединенія передней и средней третей ея; по Merkel'ю, онъ приходится на уровнѣ границы между первою и второю лобными извилинами. Chipault не совѣтуетъ пользоваться положеніемъ лобнаго бугра при топографическихъ опредѣленіяхъ, такъ какъ это — слишкомъ измѣнчивый опознавательный пунктъ.

Но за неимѣніемъ другихъ точекъ опоры, намъ придется воспользоваться имъ, и, на основаніи положенія раны, предположить

поврежденіе передней 1/2 обѣихъ верхнихъ лобныхъ извилинъ, или одной изъ нихъ въ отдѣльности.

22-й примѣръ: раненъ осколкомъ гранаты въ правый лобный бугоръ. При резекціи найденъ гной, омертвѣвшія ткани, костные осколки, металлическій осколокъ; «масса мозговой ткани въ состояніи распада». При другой операціи былъ откусанъ кусокъ кости книзу; на разстояніи 1,5 сант. книзу открылась гнойная полость.

24-й примѣръ: (стр. 322) рана на два пальца выше лѣваго лобнаго бугра; при операціи найдено омертвѣніе мозговой ткани и распадъ ея, абсцессъ въ мозгу. Направленіе его — книзу. «Выше лобнаго бугра» выраженіе, заставляющее предположить положеніе раны и кзади отъ него, и главнымъ образомъ можно думать о раненіи мозга около средней части верхней лобной борозды.

Случаи съ обширными разрушеніями черепа:

27-й (стр. 323): «громадная размозженая рана всей лѣвой половины лба и лѣвой глазницы; лѣвый глазъ выступаетъ, весь размозженный. Часть лѣвой височной кости также сломана. При трепанаціи пришлось удалить огромные осколки, свободно внѣдренные въ лѣвое полушаріе мозга и весь верхній край лѣвой глазницы, сдѣлать полное удаленіе содержимаго глазницы, резецировать у края височной кости. Значительная часть мозга была разрушена, гноя было мало».

Здѣсь имѣлось, очевидно, обширное разрушеніе всей лѣвой лобной доли и наряду съ этимъ—разрушеніе сосѣднихъ частей мозга.

28-й случай (стр. 324): пулевое раненіе на близкомъ разстояніи. Громадный оскольчатый переломъ начиная съ праваго лобнаго бугра до нижняго края правой глазницы; верхнее вѣко разорвано, глаза нѣтъ, верхняя часть правой глазницы сломана подъ угломъ; въ полости глазницы грязно-рваныя ткани съ массою осколковъ кости. При удаленіи всѣхъ свободно-лежащихъ осколковъ пришлось удалить всю верхнюю и наружную основу правой глазницы; при этомъ «обнаружилась изъ разорванной твердой мозговой оболочки обнаженная и частью разрушенная лобная доля праваго полушарія мозга. Передняя часть была разрушена, гноя было мало». Черезъ мѣсяцъ появилась припухлость у праваго угла рта и удалось удалить здѣсь черезъ разрѣзъ сплющенную ружейную пулю.

Здѣсь можно, очевидно, также думать объ обширномъ разрушеніи всей правой лобной доли.

29-й случай (стр. 325). «Пуля вошла на 2 пальца выше внутренняго угла лѣвой надбровной дуги и вышла на разстояніи 13 сант. вправо, косо вверхъ». Подъ кожею найдены свободные костные осколки. При операціи найдена костная рана шириною въ 3,5 сант.; въ мозгу—внѣдрившіеся костные осколки и гной.

Мы можемъ сдѣлать приблизительное, очень не точное, конечно, опредѣленіе топографіи раны: 1) внутренне-нижнее — входное отверстіе: «на 2 пальца выше внутренняго угла лѣвой надбровной дуги»—приблизительно на серединѣ между границею волосъ и верхнимъ глазничнымъ краемъ, довольно близко къ срединной линіи

лба»; 2) наружно-верхнее выходное отверстіе: «въ разстояніи 13 сант. вправо, косо вверхъ». Допуская направленіе по діагонали квадрата («среднее»), 2 стороны котораго отвѣсны, получимъ: отверстіе сант. на 9 выше входной раны и на 9 же сант. правѣе его; такъ какъ входная рана находилась надъ внутреннимъ краемъ лѣвой надбровной дуги, т. е., допустимъ, на 1—2 сант. влѣво отъ срединной линіи, и на 2 пальца, т. е. сант. на 5 выше надбровнаго края, то можно предположить, что выходная рана находилась сант. на 7—8 правѣе срединной линіи, т. е. надъ наружнымъ концомъ праваго надбровнаго края и сант. на 14 выше его (9 — 2 = 7; 9 + 5 = 14), т. е. выше праваго лобнаго бугра. Мы можемъ думать, что мѣстоположеніе раны соотвѣтствовало переднимъ отдѣламъ первой и, можетъ быть, второй лобныхъ извилинъ праваго полушарія. Наши предположенія, повидимому, подтверждаются фотографическимъ снимкомъ, приложеннымъ къ исторіи болѣзни.

Обратимъ вниманіе на предположенную нами локализацію поврежденій мозга въ случаяхъ, описанныхъ Делятицкимъ, и сопоставимъ ее съ клиническими симптомами.

Въ 10-мъ случаѣ, вѣроятно, подвергся раненію задній отдѣлъ первой лобной извилины праваго полушарія. Симптомы: головная боль, слабость въ ногахъ, особенно — въ лѣвой ногѣ, повыш. t. Послѣ операціи рана закрылась хорошо и больной «совершенно оправился»; о послѣдовательныхъ разстройствахъ не говорится.

20-й случай: возможно раненіе въ области верхнихъ лобныхъ извилинъ лѣваго полушарія. Наканунѣ операціи повышеніе температуры. Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное. «Выписался въ здоровомъ состояніи; въ сентябрѣ 1905 г. было письмо о хорошемъ состояніи здоровья больного». Больше ничего нѣтъ.

22-й случай. Раненіе правой лобной доли спереди. Въ день раненія пересталъ видѣть правымъ глазомъ. Послѣопераціонный періодъ прошелъ хорошо, и больной отправился на родину здоровымъ, за исключеніемъ полной безвозвратной потери зрѣнія («даже не было цвѣтоощущенія»).

23-й случай. Раненіе въ области праваго лобнаго бугра. Поступилъ въ госпиталь въ тяжеломъ состояніи: въ судорогахъ, безъ сознанія, съ бредомъ. Послѣ операціи на 12-й день выпаденіе мозга достигло размѣровъ кулака; въ этотъ день и черезъ недѣлю были эпилептическіе припадки. Найденъ мозговой нарывъ. Послѣ этого раненый началъ поправляться и выписался здоровымъ.

Въ 24-мъ случаѣ рана пришлась немного выше лобнаго бугра слѣва. Доставленъ съ признаками нагноенія въ мозгу, съ трудомъ говорилъ, періодически впадалъ въ безсознательное состояніе, часто повторялась рвота. Послѣ повторныхъ операцій рана начала заживать и наконецъ больной былъ выписанъ и отправленъ домой въ хорошемъ состояніи.

Въ остальныхъ трехъ случаяхъ, являющихся примѣрами очень обширныхъ поврежденій, наблюдалось слѣдующее:

Въ 27-мъ случаѣ (разрушеніе всей лѣвой половины лба, лѣвой

БІБЛІОТЕКА Харківського Медичн. Інституту № 52699

глазницы и лѣвой теменной кости). При поступленіи самочувствіе очень тяжелое, рѣзкія боли головы и въ лѣвой глазницѣ; больной съ трудомъ говорилъ; t = 38°, весь день повторялась рвота. Послѣ операціи сталъ поправляться и черезъ 2½ мѣсяца раненый выписался «здоровымъ», «если такъ можно выразиться о больномъ, имѣвшимъ такой изъянъ».

Въ 28-мъ случаѣ разрушена была кость отъ праваго лобнаго бугра до нижняго края глазницы. При операціи удалена вся верхняя и наружная основы правой глазницы и передняя часть правой лобной доли. Рана зажила; во время послѣопераціоннаго періода наблюдалось только осложненіе рожею.

Въ 29-мъ случаѣ можно предположить разрушеніе передней части правой лобной доли въ области I и II извилинъ. При поступленіи—подавленное состояніе, рѣзкія боли въ передней части головы. Послѣ заживленія операціонной раны признаки мозгового нагноенія, повышеніе температуры, рвота, головокруженіе. Послѣ опорожненія гнойника поправился и уѣхалъ на родину. Въ письмахъ съ родины только жалобы на головныя боли.

Относительно всѣхъ цитировавшихся здѣсь случаевъ Делятицкаго слѣдуетъ замѣтить, что 1) во всѣхъ нихъ раненія сопровождались бо́льшимъ или меньшимъ нагноеніемъ мозга и прилежащихъ къ нему частей; 2) всѣ они поступали подъ наблюденіе автора уже послѣ леченія въ болѣе южныхъ лечебныхъ заведеніяхъ безъ свѣдѣній о томъ, что наблюдалось тамъ; 3) за то всѣ почти счастливо окончившіеся случаи были прослѣжены долго и о дальнѣйшей ихъ судьбѣ послѣ отъѣзда изъ Харбина, авторъ имѣлъ свѣдѣнія въ видѣ писемъ, присланныхъ ему прежними паціентами.

Случай изъ греко-турецкой войны, описанный проф. Cantas'омъ въ 1905 году: 19 Апрѣля 1897 г. въ госпиталь поступилъ 24-лѣтній солдатъ-пѣхотинецъ, раненый 18 Апрѣля въ бою при Velestino въ голову пулею изъ ружья сист. Martini. Пуля вошла на 1 сант. выше средней части правой брови, вышла на 1 сант. выше и кзади отъ верхняго конца правой ушной раковины. Изъ обоихъ отверстій выдѣляется въ небольшомъ количествѣ мозговое вещество. Лобно-височнан область занята обширнымъ кровоподтекомъ, правое вѣко сильно опухло.

Входная рана—около 1 сант. въ діаметрѣ, выходная—немного большихъ размѣровъ. Ощупываніе правой лобно-теменной области указывало на то, что она вдавлена. Малѣйшее надавливаніе на эту область вызывало опусканіе всей ея цѣликомъ и вытеканіе мозгового вещества изъ обоихъ отверстій; при этомъ слышался особаго рода звукъ, вызываемый треніемъ массы костныхъ осколковъ.

Безъ сознанія, полнѣйшее разслабленіе тѣла («la résolution la plus complète»); лицо блѣдное; глаза полузакрыты; если поднять конечности, онѣ падаютъ безсильно; не реагируетъ на громкій зовъ, на сильные щипки. Дыханіе правильное, немного только замедленное и слегка стерторозное; пульсъ полный, правильный, замедленный (55 въ минуту). Сфинктеры разслаблены, зрачки расширены и

совершенно не реагируютъ на свѣтъ. Въ правомъ глазу большое скопленіе крови подъ конъюнктивою, небольшое — въ передней камерѣ (но роговица цѣла).

Такимъ образомъ—раненый прибылъ въ состояніи комы.

При операціи (безъ анестезіи), предпринятой немедленно, прежде всего выяснилось, что въ мѣстѣ раны «черепной сводъ, такъ сказать, вовсе отсутствовалъ»; при первой попыткѣ разрѣзать стѣнку (соединить оба отверстія) края раны сами собою разошлись и потекла мозговая кашицеобразная масса (собрано 50 grm. ея). Изъ мозгового вещества удалось извлечь около 30 костныхъ осколковъ; величина самаго большого изъ нихъ равнялась около 3 кв. сант. Многіе изъ нихъ внѣдрились глубоко въ мозгъ; указательный палецъ можно погрузить въ мозговую рану почти до конца, особенно—по направленію кзади. Сдѣлано промываніе обезпложенною водою подъ слабымъ давленіемъ. Вымыто 15 граммъ мякоти. Палецъ нащупалъ небольшое вдавленіе свода правой глазницы. Наложена асептическая повязка, безъ швовъ. Черезъ 4 часа она оказалась совершенно пропитанною черепно-мозговою жидкостью; это повторялось и въ слѣдующіе часы.

Въ теченіе 5 дней продолжалась кома, затѣмъ въ виду приближенія непріятеля, пришлось эвакуировать раненаго.

По полученнымъ отъ д-ра Parathéodoron'а свѣдѣніямъ, омертвѣвшія частицы мозгового вещества и мелкіе осколки продолжали выдѣляться. Истеченіе спинно-мозговой жидкости начало уменьшаться черезъ недѣлю, прекратилось—черезъ мѣсяцъ послѣ операціи; рана зарубцевалась приблизительно черезъ 4 недѣли.

Полная инертность раненаго длилась очень долго. Только въ концѣ 4-го мѣсяца онъ сталъ реагировать на громкій и часто повторяемый зовъ (открывалъ глаза и бормоталъ что-то неразборчивое). Выраженіе глазъ оставалось безсмысленнымъ, взоръ безцѣльно блуждалъ.

Въ концѣ 5-го мѣсяца появились движенія сколько-нибудь напоминающія волевыя и раненый сталъ, повидимому, лучше понимать вопросы, съ которыми къ нему обращались, стало легче выводить его изъ состоянія безразличія.

Кормленіе изъ зонда стало возможнымъ только начиная съ 3-го мѣсяца. Пульсъ, дыханіе и температура оставались нормальными.

Дальше раненый былъ потерянъ изъ вида (взятъ родителями въ родную деревню. Черезъ 2 года (въ февралѣ 1899 г.) онъ снова явился къ автору сообщенія, чтобы поблагодарить за заботы о немъ. «Глядя, какъ онъ держался, слушая его рѣчь, трудно было повѣрить, что этотъ человѣкъ потерялъ около 75 граммъ мозгового вещества. Нельзя было подмѣтить хотя бы слѣдъ («pas l'ombre moindre»), мышечной астеніи, какихъ-либо двигательныхъ чувствительныхъ разстройствъ. Движенія совершались въ нормальныхъ размѣрахъ, съ нормальною силою, безъ малѣйшаго затрудненія (pas l'ombre de la moindre gêne) рефлексы, дѣятельность пузыря и прямой кишки оставались нормальными.

Подобные же результаты дало и изслѣдованіе душевной дѣятельности: память сохранилась прекрасно; задачи на сложеніе, вычитаніе, умноженіе и дѣленіе рѣшались имъ безъ затрудненій. Онъ прекрасно помнилъ всѣ обстоятельства жизни, предшествовавшія раненію, и все, что случилось позже, чѣмъ черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ раненія, только память объ этихъ 5 мѣсяцахъ не сохранилась вовсе. Нужно замѣтить, что вначалѣ у больного существовала спутанность (la confusion dans les idées), постепенно ходъ мыслей сдѣлался болѣе правильнымъ. Никакихъ признаковъ чувственной или двигательной афазіи, пониженія слуха и т. п. не было.

Черезъ 3 года послѣ раненія паціентъ по прежнему продолжалъ пользоваться полнымъ здоровьемъ. Иногда только случались приступы головокруженія (кратковременные), особенно тогда, когда требовалось напряженіе ума; кажущееся перемѣщеніе предметовъ передъ глазами происходило въ горизонтальной плоскости.

«Въ настоящее время», т. е. почти по прошествіи восьми лѣтъ, общее состояніе здоровья этого раненаго остается по прежнему хорошимъ»; жалобы сводятся только къ головокруженію, головнымъ болямъ, безсонницѣ, сердцебіенію; память слегка понизилась. Въ остальномъ и психическое и физическое изслѣдованіе не обнаружило никакихъ патологическихъ симптомовъ.

Такъ передана исторія этого случая. Для болѣе точнаго опредѣленія топографіи поврежденія мозга авторъ, между прочимъ, воспользовался способомъ, предлагаемымъ для этой цѣли Nimier и др.: онъ сдѣлалъ на нѣсколькихъ мертвыхъ черепахъ отверстія въ лобной и височной областяхъ, совершенно такъ же расположенныя, какъ у нашего раненаго; затѣмъ, соединивъ ихъ проволокою, авторъ на вынутомъ вслѣдъ за этимъ мозгѣ, опредѣлялъ ходъ пулевого канала. Выяснилось, что, пройдя черезъ входное отверстіе, на 1 сант. выше средины брови, пуля встрѣтила на своемъ пути передне-нижнюю часть второй лобной извилины праваго полушарія, затѣмъ—передне-нижнюю и нижне-наружную часть третьей извилины въ области ея «сар»; далѣе прорѣзала Сильвіеву расщелину въ мѣстѣ отхожденія ея восходящей вѣтви, затѣмъ—среднюю часть первой височной извилины и наконецъ—вторую височную извилину въ мѣстѣ соединенія задней ея трети съ среднею; вышла пуля на 1 сант. выше и сзади отъ верхушки правой ушной раковины.

Разногласіе между анатомическимъ изслѣдованіемъ и клиническою картиною: на многихъ трупахъ нижній конецъ передней центральной борозды былъ поврежденъ, но, судя по клиническимъ симптомамъ, въ изучаемомъ случаѣ эта часть мозга не могла быть затронута.

Изъ различныхъ теорій, которыми въ подобнаго рода случаяхъ объясняютъ головокруженіе, авторъ отвергаетъ въ данномъ случаѣ теоріи, предполагающія измѣненія мозговыхъ оболочекъ, ненормальное мозговое кровообращеніе и т. п.: хотя бы уже въ виду позднаго

появленія симптома (черезъ $2^1/_2$ года). Можно думать, что за эти 2 года рубецъ (мозговой) сморщился и сдѣлался источникомъ раздраженія, вызывающаго измѣненія циркуляторныя, особенно при напряженіи мысли; при этомъ и появляется у больного чувство головокруженія. Потеря памяти объясняется подобнымъ же образомъ (авторъ сравниваетъ съ наблюденіями Sachs'a и Gerster'a) (прогрессивное перерожденіе мозговой ткани по сосѣдству съ рубцомъ, замѣщеніе нейрогліей). Замѣчательно еще, что поврежденіе височной доли не сопровождалось измѣненіями въ видѣ словесной глухоты или слуховыхъ разстройствъ (возмѣщающая дѣятельность височной доли противуположнаго полушарія).

По отношенію къ лобнымъ долямъ авторъ, резюмируя свои выводы, высказываетъ положеніе, что правая лобная доля можетъ являться мѣстомъ довольно обширныхъ поврежденій безъ того, чтобы это сопровождалось какими-либо двигательными, чувствительными, психическими или слуховыми разстройствами; умственная дѣятельность совершается при участіи всей мозговой коры.

Случай Makins'a.

Во время южно-американской войны солдатъ, находясь въ лежачемъ положеніи, былъ раненъ въ область лѣвой $^1/_2$ лба на уровнѣ передней границы волосъ, пулею Mauser'a. Она прошла, по описанію автора, черезъ передній отдѣлъ лобной доли, черезъ сводъ глазницы вышла изъ полости черепа, поранила зрительный нервъ, глазное яблоко, нижнюю стѣнку глазницы, твердое небо, языкъ и наконецъ вышла въ подчелюстной области на уровнѣ срединной линіи.

Получилась полная слѣпота глаза при сохранности движеній его; появилось гнойное воспаленіе глазного яблока.

Мозговые симптомы отсутствовали. На 6-й день эвакуированъ; больной могъ снова вернуться къ своей прежней дѣятельности (онъ былъ художникъ).

Другой случай, описанный тѣмъ-же наблюдателемъ:

Солдатъ раненъ такою-же пулею съ 600—700 метр. Пуля вошла надъ серединою правой брови на уровнѣ передней границы волосъ, прорѣзавъ переднюю часть лобной доли, она вышла въ глазницу черезъ сводъ ея, поранила глазъ, переднюю часть нижней стѣнки глазницы и вышла въ область губъ.

Раненый тотчасъ поднялся на ноги, и уже на разстояніи $1^1/_2$ километра изнемогъ отъ потери крови. Глазъ пришлось удалить по поводу нагноенія его. Изъ черепной раны пришлось удалить одинъ маленькій костный осколокъ, внѣдрившійся въ мозгъ. Рана зажила первичнымъ натяженіемъ и безъ послѣдовательныхъ разстройствъ (при первоначальномъ изслѣдованіи отмѣченъ анэстезированный участокъ соотвѣтственно развѣтвленію nerv. supraorbitalis.

Въ одномъ изъ случаевъ, описанныхъ Makins'омъ, наблюдалось слѣдующее: во время раненія N. находился въ сидячемъ положеніи; пуля, прорѣзавъ лобную область, оставила два отверстія, расположенныя симметрично надъ наружными глазничными отростками лобной кости соотвѣтственно передней границѣ волосъ.

Потеря сознанія длилась около $^1/_2$ часа. Затѣмъ раненый поднялся на ноги и пробѣжалъ 800 метровъ. Будучи эвакуированъ черезъ три дня двигался то въ повозкѣ, то пѣшкомъ.

Раны зажили хорошо. Черезъ 2 мѣсяца послѣ этого раненый сдѣлалъ въ 2 жаркихъ дня 30 километр., при чемъ 2 раза повторялся обморокъ.

У больного не осталось разстройствъ мышленія, памяти и т. п. Онъ вернулся на время въ Англію и затѣмъ снова пріѣхалъ въ Африку. (Изъ южно-африканской войны).

(Можно думать о поврежденіи переднихъ отдѣловъ 1-й или 2-й лобныхъ извилинъ обоихъ полушарій и лежащаго въ глубинѣ передней части ихъ бѣлаго вещества: см. рис. въ топогр. анатоміи Merkel'я и др.).

Огнестрѣльныя раненія въ упоръ.

Примѣрами могутъ служить случаи, описанные Поперомъ, Тиховымъ, Blaquiére'омъ, Diwald'омъ, Saenger'омъ и др.

Случай Blaquiére'a провѣренъ вскрытіемъ; пуля прошла черезъ переднюю часть обоихъ полушарій, не задѣвъ желудочковъ. Въ случаѣ Saenger'a пуля прошла также черезъ оба полушарія, прорѣзавъ лобныя доли далѣе кзади, чѣмъ въ случаѣ Blaquiére'a (случай провѣренъ радіографіей). Случай Diwald'a относится къ медіально-верхнимъ отдѣламъ праваго полушарія.

Въ случаѣ Тихова пуля прошла въ косвенномъ направленіи отъ праваго виска къ лѣвой глазницѣ. Въ случаѣ Попера пуля прошла отъ праваго виска къ лѣвой лобной долѣ, гдѣ и застряла (провѣренъ радіографіей).

Потеря мозга у Diwald'a = около 60—80,0 grm.

Относительно осложненій нужно замѣтить слѣдующее:

Въ случаѣ Blaquiére'a на 26-й день появились признаки воспалительныхъ осложненій и черезъ 3 дня раненый умеръ. Въ случаѣ Тихова былъ поврежденъ лѣвый глазъ, вслѣдствіе чего наступила атрофія его. Въ случаѣ Saenger'a была задѣта восходящая извилина: наблюдался парезъ сгибателя голени.

Первичный періодъ общемозговыхъ явленій непосредственно послѣ травмы былъ выраженъ такъ: въ случаѣ Diwald'a—умѣренная раздражительность и лицевой парезъ въ теченіе короткаго промежутка времени. Въ случаѣ Тихова: потеря сознанія, легкое замедленіе пульса; послѣ оперативнаго удаленія костныхъ осколковъ сознаніе начало проясняться; первое время наблюдалась только общая вялость и головная боль. У больного Попера существовалъ sopor, замедленіе пульса.

Раненый Blaquiére'a прожилъ послѣ травмы 29 дней; Тиховъ наблюдалъ своего раненаго въ больницѣ въ теченіе $1^1/_2$ мѣсяцевъ,

и имѣлъ случай изслѣдовать его еще разъ по прошествіи четырехъ мѣсяцевъ. Поперъ могъ прослѣдить случай въ теченіе 14 мѣсяцевъ.

Случай Blaquiére'a: ребенокъ, раненый пистолетною пулею, прошедшею черезъ голову отъ одного виска къ другому. Какъ входное, такъ и выходное отверстіе расположены на $1^1/_2$ поперечныхъ пальца выше наружной спайки глазъ. Черезъ каждое изъ отверстій можно проникнуть пуговчатымъ зондомъ на глубину до $20'''$. Поэтому предположено сквозное раненіе по прямой линіи, а не обходное—вдоль костнаго свода.

Клиническія явленія: 1) первый періодъ непосредственно послѣ раненія: кровоподтеки въ области вѣкъ; раненый мальчикъ съ перваго дня, въ который его увидѣлъ авторъ, игралъ игрушками, сидя въ постели, нетерпѣливо требовалъ кушать сверхъ того, что ему давали, имѣлъ веселый видъ, сохранилъ вполнѣ умственныя способности соотвѣтствующаго возраста, напр. память, разсудочную дѣятельность и т. д.; по отношенію къ датѣ раненія это былъ 20-й день. Спалъ не достаточно много, но это авторъ объясняетъ вліяніемъ недостатка движеній. Характеръ ребенка не измѣнился сравнительно съ тѣмъ, какимъ онъ былъ до раненія. Физическое здоровье не пострадало. Этотъ періодъ длился 6 дней. Пуля удалена. Затѣмъ появились воспалительныя явленія и на 29-й день—смерть.

Вскрытіе: входное отверстіе меньшей величины и лучше очерчено, чѣмъ выходное. Пуля прошла черезъ переднюю часть обоихъ полушарій; между пулевымъ каналомъ и tabula interna оставался мозговой слой толщиною 6—8″. Сѣрая кора отрѣзка полушарій надъ пулевымъ каналомъ оставалась неповрежденною. Желудочки не были задѣты. По всему каналу и въ мозговыхъ оболочкахъ—нагноеніе.

Такимъ образомъ, раненіе обѣихъ лобныхъ долей въ теченіе короткаго періода времени, протекшаго отъ раненія до первыхъ воспалительныхъ симптомовъ, быстро закончившихся смертью, не было ни соматическихъ, ни психическихъ разстройствъ.

Случай R. Diwald'a (попытка самоубійства): раненіе мозга пулей изъ ружья Mannlicher'a; входное отверстіе тотчасъ надъ корнемъ носа, выходное—сант. на 9 выше и сант. на 2 правѣе срединной линіи; истеченіе мозгового вещества и крови изъ обоихъ отверстій (потеря мозгового вещества = около 60,0—80,0 grm.), epistaxis. При операціи найдена трещина кости, соединяющая оба отверстія.

Въ этомъ случаѣ сознаніе было сохранено. Стойкихъ патологическихъ разстройствъ не было (лишь вначалѣ наблюдался кратковременный періодъ умѣренной раздражительности и скоропреходящій парезъ лицевого нерва).

Къ этой же группѣ случаевъ относится раненіе головы револьверною пулею (попытка лишить себя жизни), наблюдавшаяся д-ромъ П. Тиховымъ:

Входное отверстіе—на правомъ вискѣ, величина его—до 0,8 сант. въ діаметрѣ; пройдя сквозь черепъ въ косвенномъ направленіи

кпереди и книзу, пуля вышла въ полость лѣвой глазницы, гдѣ и застряла (въ нижнеглазничномъ краю); лѣвый глазъ поврежденъ ею и въ дальнѣйшемъ подвергся атрофіи. Больной потерялъ сознаніе; судорогъ и рвоты не было; расширенные зрачки не реагировали на свѣтъ; пульсъ оставался полнымъ и правильнымъ; число пульсовыхъ ударовъ въ мин. = 60. Носовое кровотеченіе и кровоизліяніе въ ткань вѣкъ и соедин. оболоч.

Черезъ часъ послѣ раненія сдѣлана операція; найденъ разрывъ твердой мозговой оболочки, выпячиваніе мозга, удалены костные осколки.

Послѣ операціи сознаніе начало проясняться; на 4-й день больной находился уже въ полномъ сознаніи и отвѣчалъ на вопросы (хотя медленно и неохотно). Отмѣчены: въ теченіе первыхъ дней—общая вялость и головная боль; кровоизліянія въ глазномъ днѣ праваго глаза; слѣпота; атрофія лѣваго глаза. Быстрое улучшеніе общаго состоянія больного.

Раненый выписался изъ больницы черезъ $1^1/_2$ мѣсяца; при изслѣдованіи его черезъ 4 мѣсяца послѣ раненія отмѣчены только глазныя измѣненія, общее же состояніе оставалось удовлетворительнымъ.

Въ случаѣ, который описалъ д-ръ П. Поперъ, (револьверная пуля сист. «Бульдогъ» № 38) найдено входное отверстіе въ области праваго виска; изъ отверстія вытекало мозговое вещество, смѣшанное съ кровью. Сопорозное состояніе, замедленіе пульса; мѣстная боль. Черезъ 6 дней извлеченъ кусокъ свинца, застрявшій между костью и твердою мозговою оболочкою. Тотчасъ послѣ операціи общее состояніе больного начало улучшаться. Случай прослѣженъ въ теченіе четырнадцати мѣсяцевъ; патологическихъ измѣненій не замѣчалось, за исключеніемъ изрѣдка появляющихся головныхъ болей и незначительнаго шума въ головѣ.

Радіографическое изслѣдованіе выяснило, что остатокъ пули находится въ лобной долѣ лѣваго полушарія мозга (тамъ онъ и оставленъ).

Случай Saenger'a, представленный имъ въ Aerztlich. Verein in Hamburg; женщина, ранившая себя (съ цѣлью самоубійства) въ правый високъ. На основаніи появившагося пареза сгибателей правой голени авторъ предположилъ мѣстопребываніе пули подъ лѣвою теменною костью. Радіографическое изслѣдованіе подтвердило эту гипотезу.

«Обращаетъ на себя вниманіе полное отсутствіе общихъ разстройствъ (das völlige Wohlbefinden) у раненой послѣ этого какъ ни какъ серьезнаго поврежденія мозга», говоритъ Saenger въ своемъ сообщеніи. «На своемъ пути пуля прошла черезъ обѣ лобныя доли, но вызванныя ею поврежденія не сопровождались какими-либо явными разстройствами».

Неогнестрѣльныя поврежденія. Сюда относятся, напр. случаи въ которыхъ раненіе мозга было нанесено кускомъ

разорвавшагося ружья (случаи Kempep'a, Swasey'я, Noyes'a и др.), пилою (Уоллесъ), раскручивающеюся рукояткою подъемнаго крана (Худинцевъ), гвоздемъ (Dawidson), отломкомъ металлическихъ частей молотилки (Жегалкинъ), кускомъ бревна, отскочившимъ при пилкѣ (Диллонъ), копытомъ лошади (Кузнецовъ — I случ., Контовтъ, Суслинъ), обухомъ топора (Кузнецовъ, VIII случ.); упавшею палкою (Контовтъ); въ нѣкоторыхъ раненіе (переломъ черепныхъ костей) былъ полученъ при паденіи съ лѣстницы (Тауберъ), съ велосипеда (Charmann) и т. п.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полное понятіе о распространеніи поврежденій можно составить на основаніи данныхъ вскрытія (напр., въ случаяхъ Simon'a, Rosenthal'я, Noyes'a).

Въ случаяхъ Kempep'a, Noyes'a, Суслина, Кузнецова (восьмомъ) Диллона, Жегалкина раненію подверглась правая лобная доля, въ случаяхъ: Rosenthal'я, Swasey'a, Кузнецова (перв.)— лѣвая лобная доля, въ случаяхъ Simon'a и нѣкотор. др.—обѣ.

Въ случаѣ Swasey'я была разрушена главнымъ образомъ нижняя часть лобной доли; въ случаѣ Simon'a—вскрытіе обнаружило также поврежденіе нижней поверхности лобныхъ долей, въ случаѣ Rosenthal'я—выпуклая поверхность лобной доли, въ случаяхъ Kempep'a, Суслина, Кузнецова, Жегалкина, Диллона—поврежденію подверглась главнымъ образомъ передняя сторона доли.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опредѣлены довольно точно размѣры поврежденій: напр., въ случаѣ Kempep'a глубина мозговой раны=$1^1/_2''$, количество вытекшаго мозгового вещества не менѣе $^1/_2$ чайной ложки. Приблизительныя указанія относительно степени поврежденій приведены при описаніи отдѣльныхъ случаевъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, кромѣ костныхъ осколковъ, въ мозгъ внѣдрилось само инородное тѣло, напр. отломокъ ружья (Kempep, Noyes); кромѣ разрушенія мозга (потери вещества), слѣдовало считаться съ давленіемъ на мозгъ осколковъ кости, сгустковъ крови и т. д. При операціи эта причина устранялась.

Случаи Simon'a и др. сопровождались разрушеніемъ органа зрѣнія, случ. Swasey'я—травмою теменной доли, скопленіемъ гноя въ боковомъ желудочкѣ и менингитомъ основанія мозга.

Непосредственно послѣ травмы приходилось имѣть дѣло съ симптомами общей травмы мозга (давленіе на мозгъ, сотрясеніе и ушибъ всего мозга). Это выражалось потерею сознанія полною или не полною, кратковременною, или длительною; иногда сознаніе не терялось: напр., больные Диллона, Kempep'a явились къ врачу сами; сознаніе было утрачено лишь на короткое время, въ случаяхъ Swasey'я, Контовта, Кузнецова и др. наблюдалось также сопорозное состояніе (случай Таубера, Контовта и др.); пульсъ былъ замедленъ; иногда наблюдалась рвота, головная боль, вялая реакція и расширеніе зрачковъ, легкая степень бреда, стерторозное и неровное дыханіе, гиперэстезія тѣла. Послѣ извлеченія и подъема осколковъ и удаленія кровяныхъ сгустковъ, инородныхъ тѣлъ и измѣненныхъ частей мозга эти симптомы исчезали, хотя не всегда одинаково быстро, одновременно съ періодомъ начальныхъ симптомовъ или уже въ періодѣ выздоровленія иногда появлялись признаки задержки отдѣляемаго, нагноенія, воспаленіе мозговыхъ оболочекъ и другихъ осложненій: это выражалось внезапнымъ возобновленіемъ или ухудшеніемъ у упомянутыхъ уже симптомовъ, появленіемъ бреда, судорогъ, ступорознаго состоянія, гемипарезовъ и т. п. (см., напр., случаи Kempep'a, Swaseya, Noyes'a и др.).

Относительно дальнѣйшей судьбы больныхъ намъ извѣстно, что у больного, описаннаго Kempep'омъ, осталась чувствительность къ высокой температурѣ, мѣшавшая ему участвовать въ полевыхъ работахъ подъ зноемъ, у больного Noyes'a современемъ появился гемипарезъ, въ большинствѣ же случаевъ, по словамъ авторовъ сообщеній, впослѣдствіи не было разстройствъ и больные возвращались къ прежнимъ занятіямъ и прежнему образу жизни.

Нужно отмѣтить одну особенность, свойственную, конечно, не только раненіямъ лобныхъ долей мозга, но и всякимъ вообще травмамъ мозга, независимо отъ того, сопровождались или не сопровождались они видимыми анатомическими измѣненіями. Дѣло въ томъ, что при полномъ возстановленіи умственной дѣятельности и памяти въ. нѣкоторыхъ случахъ остается полный пробѣлъ въ воспоминаніяхъ, касающихся періода, непосредственно слѣдовавшаго за травмою или пред-

шествовавшаго ей, въ особенности же въ воспоминаніяхъ, касающихся обстоятельствъ самой травмы. Примѣромъ могутъ служить случаи Жегалкина, Диллона. Больной Жегалкина утратилъ воспоминаніе о травмѣ и слѣдовавшихъ за нею 6 дняхъ, больной Диллона—о 4 дняхъ.

Что касается надежности извѣстныхъ намъ наблюденій надъ послѣдствіями раненій лобныхъ долей, то нужно замѣтить, что случай Rosenthal'я прослѣженъ въ теченіе 30 лѣтъ, случай Simon'а—въ теченіе $1^1/_2$ лѣтъ, случай Таубера—въ теченіе 21 мѣс., случай Ketrer'а—въ теченіе 5 мѣсяцевъ, случай Кузнецова—въ теченіе $3^1/_2$ мѣс одинъ и $3^1/_2$ нед. другой.

Такимъ образомъ существуетъ рядъ случаевъ, въ которыхъ поврежденіе лобныхъ долей не оставляло стойкихъ мозговыхъ симптомовъ въ томъ числѣ есть случаи провѣренные вскрытіемъ или радіографическимъ изслѣдованіемъ.

Діагнозъ поврежденія лобныхъ долей мозга въ нѣкоторыхъ изъ случаевъ, окончившихся летально, установленъ не только на основаніи клиническихъ симптомовъ (внѣдреніе осколковъ, выдѣленіе мозгового вещества изъ раны, картина поврежденій, найденныхъ при оперативномъ вмѣшательствѣ), но и выясненъ точнѣе и подробнѣе при патологоанатомическомъ изслѣдованіи.

Такъ напр., въ случаѣ, описанномъ д-ромъ E. Swasey'емъ, на ряду съ недостачею верхней стѣнки лѣвой глазницы и надглазничной части лобной кости, найдено разрушеніе лобной доли и передней части теменной доли мозга, гной въ лѣвомъ боковомъ желудочкѣ мозга, meningitis basilaris. Причиною поврежденія было здѣсь разрушеніе лобной кости металлическимъ отломкомъ разорвавшагося ружья. Прижизненныя явленія послѣ травмы потеря сознанія на короткое время; при оперативномъ вмѣшательствѣ удалена еще нѣкоторая часть мозгового вещества лобной доли; въ періодѣ заживленія раны замѣчались только кратковременныя головныя боли и гиперэстезія тѣла. Но позже этотъ случай осложнился воспаленіемъ и мозга и его оболочекъ, что клинически выразилось появленіемъ ступорознаго состоянія, судорогъ и паратическихъ явленій на одной сторонѣ тѣла.

Съ этимъ случаемъ обнаруживаетъ большое сходство случай д-ра H. D. Noyes'а, въ которомъ также имѣло мѣсто вскрытіе, обнаружившее поврежденіе мозга въ области 2-й и 3-й лобныхъ извилинъ. Причина травмы здѣсь была такая-же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ: оторвавшійся отъ ружья затворъ проникъ черезъ правую глазницу глубоко въ лобную долю мозга. Больной совершенно поправился и не обнаруживалъ признаковъ соотвѣтствующихъ поврежденію мозга въ теченіи пяти мѣсяцевъ. Позже появились признаки мозгового нарыва (черезъ двѣ недѣли послѣ оперативнаго удаленія инороднаго тѣла); смерть послѣдовала на тридцать девятый день послѣ операціи; въ послѣднемъ періодѣ болѣзни конечности противоположной мѣсту поврежденія половинѣ тѣла были парализованы.

Къ числу случаевъ поврежденій лобныхъ долей, прослѣженныхъ въ теченіе большого промежутка времени относится наблюденіе (№ 1), описанное проф. Таубером: больной упалъ съ лѣстницы 4-го этажа, доставленъ въ сопорозномъ состояніи; съ трудомъ называлъ свою фамилію, а на другіе вопросы отвѣчалъ: «не знаю». Изъ полости носа вытекало мозговое вещество съ кровью; кровоизліянія подъ покровами головы и въ ткань вѣкъ; haematoma supraduralis; кровянистая рвота; оскольчатый переломъ лобной кости со вдавленіемъ осколка, переломъ рѣшетчатой кости, больной не могъ поднять голову. Кромѣ того, найденъ переломъ обоихъ предплечій.

Послѣ операціи (резекція лобной кости, удаленіе крови и осколковъ, а также — части мозгового вещества лобной доли) больной сталъ поправляться; вернулась нормальная рѣчь. Изъ осложненій въ послѣоперационномъ періодѣ отмѣчено только флегмонозное воспаленіе праваго вѣка (сопровожлающееся повышеніемъ температуры). Двигательныхъ разстройствъ, за исключеніемъ тѣхъ, которыя зависѣли отъ перелома костей, не было; общее состояніе больного и душевная дѣятельность его послѣ заживленія раны представлялись вполнѣ хорошими. Больной могъ продолжать службу на зеркальной фабрикѣ.

Этотъ случай прослѣженъ въ теченіе 21 мѣсяца.

Въ случаѣ, наблюдавшемся д-ромъ Н. Сусликовымъ, рана находилась въ верхней части лба справа отъ срединной линіи; лобная кость раздроблена, твердая мозговая оболочка разорвана; выдѣлялось мозговое вещество, смѣшанное съ кровью и грязью (травма нанесена лошадинымъ копытомъ). Тотчасъ послѣ обеззараживанія раны и удаленія костнаго осколка общее состояніе раненаго начало улучшаться; осложненій въ теченіе послѣоперационнаго періода не было: больной выздоровѣлъ.

Д-ръ Л. М. Контовтъ наблюдалъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ лишь въ теченіе короткаго начальнаго періода существовали болѣзненныя разстройства: полусознательное состояніе, или полная потеря сознанія, измѣненія пульса, безпокойный сонъ, или спячка, рвота, въ одномъ случаѣ (6-мъ)—судороги, т. е. клиническіе признаки сдавленія и сотрясенія мозга. Послѣдовательныхъ же разстройствъ у пострадавшихъ не наблюдалось. Поврежденіе мозга въ первомъ случаѣ д-ра Контовта стояло въ связи съ переломомъ лобной кости послѣ ушиба копытами лошади; во второмъ случаѣ былъ переломъ лобной кости (та же причина), въ третьемъ—ушиблено-рваная рана съ переломомъ лобной кости, въ пятомъ случаѣ —

оскольчатый вдавленный переломъ кости надъ лѣвою бровью (ушибъ копытомъ), въ шестомъ случаѣ — рана и оскольчатый переломъ и вдавленіе лобной кости (поврежденіе нанесено упавшею жердью), въ седьмомъ случаѣ такой же переломъ лобной кости; удалена часть мозга. Переломы были во всѣхъ случаяхъ открыты. (Я опустилъ 8-й и 9-й случаи, такъ какъ первый изъ нихъ осложнился нарывомъ, а второй гнойнымъ воспаленіемъ мозга и его оболочекъ.

Точно также и въ случаѣ, описанномъ д-ромъ Davison'омъ, не смотря на обширный переломъ лобной и лѣвой теменной костей со вдавленіемъ и внѣдреніемъ въ мозгъ многочисленныхъ осколковъ кости, несмотря на обширное поврежденіе мозга (размозженіе мозгового вещества), по минованіи начальнаго періода общемозговыхъ явленій и заживленія раны, не наблюдалось послѣдовательныхъ разстройствъ (двигательныхъ, психическихъ и т. п.). Поврежденіе было нанесено въ этомъ случаѣ твоздемъ.

Больной д-ра Chapmann'a также выздоровѣлъ безъ послѣдовательныхъ разстройствъ, несмотря на тяжелое поврежденіе головы съ сложнымъ переломомъ лобной кости и вдавленіемъ осколковъ (паденіе съ велосипеда: первый изъ случаевъ, упоминающихся въ статьѣ д-ра Chapmann'a). Осколки кости, вдавленные вглубь, приподняты при операціи; изъ раны просачивалась спинномозговая жидкость.

Нѣкоторые изъ случаевъ, описанныхъ проф. М. М. Кузнецовымъ, также могутъ служить примѣрами того, какъ мало отражаются иногда поврежденія лобныхъ долей мозга на послѣдующемъ состояніи больного. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (I) дѣло касается мальчика, котораго ударила ногою лошадь; онъ лишился сознанія, но вечеромъ пришелъ въ себя; жалобы на головную боль; рвота. Надъ лѣвою бровью найдена рана съ переломомъ и вдавленіемъ лобной кости; больной отвѣчалъ на вопросы правильно, но ничего не помнилъ о происшедшемъ съ нимъ. При операціи найденъ разрывъ твердой мозговой оболочки; осколки приподняты и удалены. Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ осложненій; на четвертый день послѣ операціи сознаніе прояснилось и головныя боли исчезли. Рана зарубцевалась хорошо. Общее состояніе раненаго мальчика было хорошо. (Этотъ случай прослѣженъ въ теченіе $3^1/_3$ мѣсяцевъ).

Въ другомъ случаѣ (VIII) въ клинику былъ доставленъ поденщикъ, получившій ударъ обухомъ топора по головѣ. Найдена рана надъ внутреннимъ угломъ праваго глаза; вдавленный оскольчатый переломъ лобной кости съ кровоизліяніемъ между нею и твердою мозговою оболочкою; головныя боли; сознаніе было сохранено; больной ясно представлялъ себѣ происшедшее. Головныя боли начали уменьшаться на третій день послѣ операціи (удаленіе осколковъ и сгустковъ крови; остановка кровотеченія); вскорѣ онѣ совершенно исчезли. Черезъ $3^1/_2$ недѣли больной выписался изъ клиники съ небольшою грануляціонною поверхностью на мѣстѣ раны; общее состояніе его оставалось вполнѣ удовлетворительнымъ.

Случай описанный G. W. H. Kemper'омъ:

18-лѣтній юноша раненъ втулкою разорвавшагося ружья; получился сложный переломъ лобной кости тотчасъ надъ лобною пазухою справа.

Авторъ сообщенія, увидѣвшій раненаго впервые черезъ 21 часъ послѣ происшествія, такъ описываетъ подробности, касающіяся раны: «Въ окружности праваго глаза порядочная припухлость тканей, почернѣніе ихъ отъ пороховыхъ пятнышекъ. Прямо кверху отъ правой брови находится неправильной формы рана, имѣющая вертикальное направленіе, длина ея — около $1^1/_2$″. Приподнявъ кожный лоскутъ, я нашелъ родъ щели (aperture), прорѣзывающей обѣ пластики, входящія въ составъ лобной кости. Введя въ эту щель палецъ, съ цѣлью ощупать отломки кости, которыя могли внѣдриться въ мозгъ, я на разстояніи $1^1/_2$″ позади внутренней пластинки, нащупалъ какой-то зазубренный предметъ; введя подъ контролемъ пальца зажимные щипцы я захватилъ и извлекъ этотъ предметъ, оказавшійся the breechpin of a gun. Мнѣ кажется, что характерный видъ раны мягкихъ частей и кожи зависѣлъ отъ поврежденія ихъ длиннымъ краемъ желѣзнаго куска; когда втулка проникла въ черепную полость; она повернулась основаніемъ кпереди и въ такомъ положеніи проникла въ мозгъ, гдѣ и застряла. Авторъ извлекъ 5 или 6 маленькихъ отломковъ костей; позже были извлечены еще нѣсколько осколковъ.

На снимкахъ, помѣщеныхъ въ статьѣ, мы видимъ (I) желѣзный отломокъ, снятый въ естественныхъ размѣрахъ; лѣвая часть его состоитъ изъ куска круглаго стержня съ винтовыми нарѣзками по окружности, правая представляетъ собою толстый шестисторонній кусокъ желѣза, отъ верхняго конца котораго отходитъ четырехгранный «хвостъ» съ съуженнымъ закругленнымъ концомъ; длина отломка равна $1^1/_2$″, вѣсъ 617 грановъ. (2) Портретъ раненаго; на немъ виденъ линейный искривленный рубецъ, начинающійся отъ середины правой брови, идущій прямо вверхъ и оканчивающійся немного не доходя до края волосъ (снимокъ сдѣланъ черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ раненія).

Кромѣ того, мы еще имѣемъ свѣдѣнія о найденномъ тотчасъ послѣ раненія: «кровотеченіе было не обильное; вытекло мозговое вещество въ количествѣ около $^1/_2$ чайной ложки.

Такимъ образомъ во всякомъ случаѣ здѣсь была поранена лобная доля праваго полушарія. Между тѣмъ, раненый жаловался только на небольшую мѣстную боль, сохранилъ вполнѣ умственныя способности («His mind was clear», «the mental faculties were unclouded»), хорошо сталъ ночью, безъ особенно непріятныхъ ощущеній перенесъ изслѣдованіе раны и операцію (отъ наркоза отказался), пульсъ = 64—72, дыханіе 16, температура держалась 100° F. — на 3-ю ночь появился легкій бредъ, дыханіе сдѣлалось неровнымъ, на слѣдующій день къ вечеру появились судороги (задержка гноя). Послѣ этого выздоровленіе пошло безъ всякихъ осложненій. Пациентъ возвратился къ себѣ на ферму; Kemper увидѣлъ его снова

приблизительно черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ травмы. За это время у паціента существовало только «чувство жара» (He has «felt the heat»); онъ не могъ принимать участіе въ физическомъ трудѣ подъ лучами солнца. Въ остальныхъ отношеніяхъ онъ оставался такимъ-же здоровымъ, какъ до несчастнаго случая, сохранилъ прекрасную память, зрѣніе и т. д.

На основаніи исторіи этого случая Ketrep, согласно съ мнѣніемъ Noyes'a, отмѣчаетъ только опасность осложненій мозговой раны задержкою гноя (вызвавшею въ данномъ случаѣ судороги), для предупрежденія которой рекомендуется, настоятельно свободное дренированіе раны.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ состояніи больныхъ по минованіи перваго періода болѣзни не замѣчалось патологическихъ измѣненій, за исключеніемъ *пробѣла въ воспоминаніяхъ, относящихся ко времени травмы* и непосредственно послѣ нея происходившему.

Примѣрами могутъ служить случаи д-ра П. Жегалкина, д-ра Я. Г. Диллона и др.

Въ первомъ изъ этихъ случаевъ былъ открытый оскольчатый переломъ правой половины лобной кости (на три поперечныхъ пальца выше надбровной дуги); изъ раны выдѣлялось мозговое вещество и сгустки крови. Раненіе произошло въ этомъ случаѣ вслѣдствіе внѣдренія въ голову металлическаго зуба, выскочившаго изъ барабана молотилки. Въ теченіе первыхъ дней больная находилась въ полусознательномъ состояніи; пульсъ былъ сильно замедленъ; больная жаловалась на сильныя головныя боли; были рвоты, расширеніе зрачковъ, легкая степень бреда; въ ткани вѣкъ и соединительной оболочки склеры замѣчались кровоизліянія.

Больная выздоровѣла. У нея остались только не рѣзкія головныя боли и отсутствіе воспоминаній, касающихся травмы и обстоятельствъ шести слѣдующихъ за травмою дней. (Въ этомъ случаѣ, при операціи, предпринятой тотчасъ послѣ травмы, были извлечены костные осколки и удалена часть мозга).

Случай д-ра Л. Г. Диллона касается поврежденія головы кускомъ бревна, отскочившемъ при пилкѣ. Найдена рана надъ правою бровью; вдавленный оскольчатый переломъ обѣихъ половинъ лобной кости, разрывъ твердой мозговой оболочки. Больной правильно понималъ, гдѣ находится и что съ нимъ происходитъ; въ больницу явился самъ. На слѣдующій день, послѣ безпокойно проведенной ночи—спячка, съуженіе и вялая реакція зрачковъ, носовое кровотеченіе, кровавая рвота, замедленный пульсъ, стенторозное дыханіе. Это рѣзкое ухудшеніе въ состояніи больного указывало на то, что возрастаетъ давленіе на мозгъ. Въ виду этого приступлено къ операціи; осколки удалены, вдавленная часть кости приподнята подъемникомъ. Больной началъ быстро поправляться; у него замѣчалось только отсутствіе воспоминаній о четырехъ дняхъ, непосредственно слѣдовавшихъ за травмою. Характеръ остался такимъ-же ровнымъ и спокойнымъ, какимъ былъ до того времени, когда больной былъ раненъ. Физическое состояніе оставалось также хорошимъ. Въ теченіе нѣкотораго промежутка времени замѣчалась только особенность рѣчи, выражавшаяся чрезмѣрнымъ растягиваніемъ нѣкоторыхъ гласныхъ звуковъ; позже и этотъ недостатокъ исчезъ. Раненый, выписавшись изъ больницы, чувствовалъ себя совершенно здоровымъ и принялся за прежній свой трудъ (работа на лѣсопильномъ заводѣ).

2-й случай Кудинцева—«случай сложнаго оскольчатаго перелома лобной кости съ вдавленіемъ и частичной потерей мозгового вещества». Рабочій харьковскаго паровозостроительнаго завода не удержалъ рукоятку подъеманго крана, при помощи которой былъ поднятъ на извѣстную высоту довольно тяжелый грузъ. Когда рабочій выпустилъ ручку, опускающаяся тяжесть вызвала сильное раскручиваніе ручки, которая при этомъ начала наносить К—ву удары въ области головы, правой руки, лопатки и плеча и поясницы. Доставленъ безъ сознанія.

При изслѣдованіи головы найдена рвано-ушибленная рана на границѣ теменной и височной костей слѣва, кровоподтеки, вдавленіе костей; при операціи оказалось, что вдавленное мѣсто имѣло 8 сант. въ поперечникѣ; осколки лобной кости образовали воронку, у вершины которой найдены сгустки крови и три кусочка мозгового вещества величиною съ горошину. Подъ осколками найдена рана твердой оболочки мозга (длиною около 2 сант.), по удаленіи же найденнаго здѣсь кровянаго сгустка, обнаружилась поврежденная поверхность мозга.

Относительно клинической картины, можно сказать слѣдующее: какъ уже было сказано, вначалѣ пострадавшій лишился сознанія; пульсъ при поступленіи больного оказался = 66 въ мин., черезъ часъ упалъ до 46; появилась непрерывная рвота.

Черезъ два часа послѣ операціи (удаленіе кровяныхъ сгустковъ, подъемъ осколковъ) пульсъ поднялся до 78; рвота продолжалась съ перерывами. Всю ночь «метался въ постели». На слѣдующее утро больной сталъ отзываться на громкіе вопросы; днемъ позже отвѣчалъ на вопросы хотя и вяло, неохотно. (Началъ приходить въ сознаніе черезъ 15 часовъ послѣ травмы). Послѣ пищи была рвота; не мочился. Въ теченіе слѣдующихъ дней сознаніе прояснилось вполнѣ, общее состояніе продолжало улучшаться. Если предложить больному какой-нибудь вопросъ, онъ начиналъ отыскивать глазами, кто съ нимъ говоритъ, откуда слышится голосъ? Въ дальнѣйшемъ выдѣлились два секвестра костей, ушибленные края—кожнаго лоскута омертвѣли, пришлось прибѣгнуть къ автопластикѣ. Грануляціонный процессъ закончился хорошо. На мѣстѣ раны кость возстановилась вполнѣ.

Случай «показываетъ лишній разъ», по словамъ автора сообщенія, «какъ значительны могутъ быть поврежденія черепа и мозга и въ то же время могутъ проходить безъ мозговыхъ припадковъ, безъ симптомовъ сотрясенія мозга».

Надо только замѣтить, что собственно раненіе мозга здѣсь, повидимому, оставалось поверхностнымъ и не было обширно, такъ что даже и тѣ симптомы, которые наблюдались въ теченіе первыхъ дней послѣ травмы, можно объяснить общимъ состояніемъ мозга; ударъ пришелся почти перпендикулярно къ черепному своду и передался всѣмъ точкамъ черепа и его содержимаго, вызвавъ сотрясеніе мозга.

Случай Simon'a. Переломъ лѣвой половины лобной кости съ вдавленіемъ и трещинами кости и выпаденіемъ мозгового вещества. Черезъ $1^1/_2$ года смерть отъ бронхопнеймоніи. На вскрытіи найдено: полное разрушеніе нижней поверхности лобныхъ долей (сѣраго и подкоркового бѣлаго вещества) и островка. До заживленія раны наблюдались лишь симптомы со стороны лѣваго глаза (потеря зрѣнія, расширеніе зрачка, легкій ptosis) и лихорадочный бредъ. Послѣ заживленія раны не наблюдалось никакихъ разстройствъ (кромѣ упомянутыхъ уже разстройствъ со стороны глаза); между прочимъ не было головныхъ болей, пониженія памяти и т. п.

Случай Rosenthal'я прослѣженъ въ теченіе 30 лѣтъ и также провѣренъ вскрытіемъ (смерть послѣдовала отъ бугорчатки). Вскрытіе обнаружило дефектъ выпуклой поверхности лѣвой лобной доли (бѣлое и сѣрое вещество; размѣры дефекта — 3 сант. въ поперечникѣ) Причиною являлся переломъ лѣвой $^1/_2$ лобной кости, осложнявшійся нагноеніемъ. Короткій періодъ безсознательнаго состоянія, затѣмъ—безъ симптомовъ.

Случай Wolles'a: раненіе обѣихъ лобныхъ долей круговою пилой—безъ симптомовъ.

Я привелъ рядъ примѣровъ, подтверждающихъ существованія поврежденій лобныхъ долей мозга безъ характерныхъ очаговыхъ явленій, (по крайней мѣрѣ, стойкихъ). Многіе изъ цитированныхъ случаевъ окончились выздоровленіемъ раненыхъ и не провѣрены вскрытіемъ. Тѣмъ не менѣе, и въ нихъ существуютъ признаки, указывающіе на разрушеніе мозгового вещества лобныхъ долей: изъ раны выдѣлялось мозговое размозженное вещество; при операціи приходилось извлечь изъ вещества мозга внѣдрившіеся въ него осколки костей, пули и другія инородныя тѣла; осматривая во время операціи обнаженную часть мозговой поверхности, изслѣдователи имѣли возможность убѣдиться въ томъ, что мозгъ въ этомъ мѣстѣ подвергся раненію, или разрушенію; самое оперативное вмѣшательство сопровождалось, по необходимости, удаленіемъ части мозга, въ большихъ или небольшихъ размѣрахъ; мѣстоположеніе входнаго и выходного отверстій и направленіе по которому двигалась пуля, или иное инородное тѣло, проходя сквозь черепъ даетъ возможность въ отдѣльныхъ случаяхъ

мысленно представить себѣ, какія части содержимаго черепной полости должны были подвергнуться раненію. Кромѣ разрушенія мозгового вещества, имѣлись условія для прижатія, сдавливанія его въ опредѣленномъ мѣстѣ: напр., при глубокомъ вдавленіи лобной кости, при объемистыхъ скопленіяхъ крови между внутреннею поверхностью черепной коробки и поверхностью мозга и т. д. Все это позволяло и безъ вскрытія убѣдиться въ томъ, что въ различныхъ цитированныхъ случаяхъ мозгъ подвергся мѣстному разрушенію, или прижатію. Топографія же наружныхъ ранъ, въ особенности — костныхъ (и др. данныя изслѣдованія) позволяла судить о томъ, въ какихъ случаяхъ были затронуты именно лобныя доли мозга.

Мы принимали до сихъ поръ во вниманіе лишь такія поврежденія мозга, которыя зависѣли отъ внѣшняго насилія, травмы. Интересно установить, находятся ли въ соотвѣтствіи съ этимъ *наблюденія, касающіяся разрушенія вещества мозга при разныхъ патологическихъ процессахъ, напр.— измѣненій, находимыхъ при мозговыхъ опухоляхъ, абсцессахъ, паразитахъ мозга и окружающихъ его частей, а также при прижатіи лобныхъ долей, уменьшеніи или увеличеніи кровенаполненія ихъ, при воспалительныхъ и иныхъ измѣненіяхъ въ нихъ и т. д.* Могутъ ли при измѣненіяхъ (анатомическихъ или функціональныхъ), захватывающихъ лобныя доли мозга, отсутствовать очаговые симптомы?

Изучая случаи, въ которыхъ вещество лобной доли мозга подвергалось измѣненіямъ въ силу эндогенныхъ причинъ, мы находимъ среди этихъ случаевъ также цѣлый рядъ такихъ наблюденій, въ которыхъ отмѣчено отсутствіе какихъ - либо функціональныхъ разстройствъ, соотвѣтствующихъ очаговому пораженію мозга. Позволю себѣ привести нѣсколько примѣровъ, иллюстрирующихъ сказанное.

Въ случаѣ, который описалъ д-ръ Keen, была удалена подкорковая опухоль лобной доли лѣваго полушарія, не обнаруживавшаяся функціональными очаговыми симптомами. Присутствіе опухоли въ мозгу выражалось лишь общими симптомами и тимпанитомъ при постукиваніи въ области лѣвой половины лобной кости.

Въ случаѣ д-ра Kucharzewsk'аго найденный на вскрытіи первичный абсцессъ лобной доли праваго полушарія также не давалъ при жизни никакихъ признаковъ очаговаго пораженія

мозга. Существовали лишь жалобы на головныя боли (сосредоточивавшіяся въ лобной области), по временамъ—головокруженіе, умѣренное повышеніе температуры (38°,2), за день до смерти—сонливость. Психическихъ разстройствъ не замѣчалось.

Въ Лейпцигскомъ Медицинскомъ Обществѣ д-ромъ Marchand'омъ былъ представленъ мозгъ, въ правой лобной долѣ котораго найдено нѣсколько нарывовъ (послѣ пулевого ранения) и рубцы (пуля, пройдя сквозь лобную долю праваго полушарія, застряла въ мозгу и зажила тамъ). «Интереснымъ представлялось то, что мозговой абсцессъ въ теченіе долгаго промежутка времени оставался скрытымъ и то, что пулевой каналъ совершенно зажилъ и пуля найдена въ мозгу лишь post mortem».

Случай J. Herzfeld'a: нарывъ лобной доли послѣ насморка у 20-лѣтняго каменщика, первоначальные симптомы: сильнѣйшая головная боль, лихорадочное состояніе, замедленный пульсъ, чувствительность къ давленію въ области лѣвой лобной пазухи, stupiditas, горизонтальныя насильственныя качанія глазъ, напоминающія нистагмъ, затѣмъ—оцѣненѣніе затылка. Произведено вскрытіе лѣвой лобной пазухи: резецирована задняя стѣнка ея, пораженная каріознымъ процессомъ, между костями и мозговою оболочкою оказался вонючій гной, выдѣлявшійся изъ свища въ лобной долѣ мозга. Ощупывая полость мозгового нарыва, Herzfeld могъ ввести двѣ фаланги указательнаго пальца, направляя его вверхъ и въ латеральную сторону. Бактеріологическое изслѣдованіе обнаружило въ гноѣ пневмококки Fränkl-Wechselbaum'a.

По прошествіи 5 недѣль пациентъ былъ совершенно здоровъ; слабоумное, апатичное состояніе совершенно исчезло. Нейрологическое изслѣдованіе не обнаружило патологическихъ симптомовъ.

На основаніи литературы, касающейся казуистики абсцессовъ лобныхъ долей, авторъ отмѣчаетъ трудность діагноза ихъ, отсутствіе очаговыхъ симптомовъ при нихъ; исключеніе составляютъ лишь тѣ абсцессы, которые затрогиваютъ вещество третьей лобной извилины лѣваго полушарія.

Monakow, говоря въ своемъ руководствѣ (послѣдн. нѣмецк. изд., томъ II, стр. 791) о случаяхъ пораженій лобныхъ долей безъ очаговыхъ симптомовъ, приводитъ и свое наблюденіе подобнаго рода (опухоль, захватившая обѣ лобныя доли).

Позволю себѣ ограничиться здѣсь этими примѣрами и закончить обзоръ этой группы случаевъ замѣтивъ, что случаи раненія лобныхъ долей, не сопровождающіеся какими-либо характерными стойкими разстройствами, на которыя можно было бы смотрѣть, какъ на симптомы выпаденія дѣятельности

этой части мозговыхъ полушарій, можно сопоставить съ аналогичными имъ случаями заболѣваній лобныхъ долей.

II группа. Случаи, осложнявшіеся разстройствами душевной дѣятельности.

Переходя къ случаямъ, показывающимъ, что не всегда раненія лобныхъ долей остаются безразличными для будущей судьбы пострадавшаго, что иногда послѣ нихъ наступаютъ явныя разстройства, прослѣдимъ по порядку разные виды разстройствъ, характеризующіе ту или иную группу случаевъ, описанныхъ различными наблюдателями.

Остановимъ вниманіе прежде всего на такихъ случаяхъ, въ которыхъ выдающуюся роль играютъ психическія разстройства, такъ какъ передней части лобныхъ долей или и всей поверхности ихъ приписывается роль ассоціативнаго психическаго центра и т. к. непосредственное отношеніе къ иннервації движеній и чувствительности имѣютъ, по ученію физіологовъ, развѣ только задніе отдѣлы поперечныхъ лобныхъ извилинъ, граничащіе съ переднею центральною извилиною. При изученіи патологіи всѣхъ другихъ долей намъ приходитъ въ голову прежде всего возможность нарушенія двигательныхъ функцій или того, или иного рода воспріятій; при изученіи же патологіи лобныхъ долей приходится думать о нарушеніи высшихъ процессовъ душевной дѣятельности, объединяющихъ отдѣльныя воспріятія и связывающія ихъ съ цѣлесообразными двигательными актами.

Среди случаевъ раненій мозга мы встрѣчаемъ не мало примѣровъ, показывающихъ какъ нарушается психическая дѣятельность послѣ раненія лобныхъ долей. Слѣдующіе случаи могутъ служить наглядными примѣрами этого.

Огнестрѣльныя раненія съ далекаго разстоянія. Среди выбранныхъ нами примѣровъ есть и пулевыя раненія черепа—сквозныя, съ входнымъ и выходнымъ отверстіями (случаи Aycart'a, Demandre'a, Makins'a, 2-й Голубева), и шрапнельныя (случаи Прибыткова, Голубева—1-й).

Въ однихъ случаяхъ раненію подверглась правая сторона

(Aycart, Makins), въ другихъ—лѣвая (Прибытковъ, Голубевъ), въ третьихъ—обѣ лобныя доли (Demandre). Точная локализація поврежденій была установлена въ случаѣ Demandre'а (вскрытіе).

Непосредственно за травмою слѣдовалъ періодъ общемозговыхъ симптомовъ: потеря сознанія, измѣненіе дыханія, потъ, судороги, парезы (см. напр., случаи Прибыткова, Makins'а). Устраненіе давленія осколковъ костей, крови, инороднаго тѣла устраняло эти симптомы.

Психопатическіе симптомы появлялись въ нѣкоторыхъ случаяхъ рано, напр., уже съ 5-го дня (случай Demandre'а), въ другихъ—гораздо позже, напр. лишь черезъ 13 мѣсяцевъ (Прибытковъ).

Относительно формы психическихъ разстройствъ можно замѣтить слѣдующее: 1) въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалось пониженіе памяти: примѣрами могутъ служить случаи Голубева, Demandre'а, Makins'а. Первый изъ раненыхъ Голубева, напр., даже забылъ, что онъ былъ на войнѣ. Въ другомъ случаѣ Голубева утрата воспоминаній о томъ, что случилось въ теченіе первыхъ дней послѣ травмы, выступала особенно рельефно. На этомъ-же явленіи въ смыслѣ утраты воспоминаній только о періодѣ времени, ближайшемъ къ моменту травмы намъ приходилось уже останавливать вниманіе при описаніи случаевъ предыдущей группы.

Поведеніе и рѣчь больного въ нѣкоторыхъ случаяхъ указываютъ на пониженіе мыслительной дѣятельности (наприм., больной Makins'а началъ отвѣчать на обумъ, безцѣльно блуждалъ по вечерамъ и т. д.). Больные теряли способность и стремленіе сдерживать себя, дѣлались дерзкими, придирчивыми (Прибытковъ), слабовольными (Demandre). Они дѣлались чрезвычайно раздражительными, болѣзненно воспріимчивыми къ слуховымъ и др. воспріятіямъ (примѣръ: случай Makins'а), или менѣе возбудимыми (Demandre). Въ случаѣ Aycart'а развилось меланхолическое состояніе.

Психическія разстройства существовали на ряду съ другого рода симптомами (въ случаяхъ Голубева—hemianaesthesia sinistra, глухота, измѣненія рефлекторной возбудимости, приступы головокруженія, обморока), или же въ качествѣ единственнаго послѣдствія травмы приведу вкратцѣ исторіи упомянутыхъ случаевъ.

Во время войны на Филиппинскихъ островахъ наблюдался такой случай (L. Aycart): пуля Mauser'а прошла черезъ правую лобную долю; входное отверстіе на 3 сант. выше внутренняго глазничнаго отростка, выходное на 3 сант. кпереди и кнаружи отъ linea biauricularis. Двигательныхъ, чувствительныхъ и рѣчевыхъ разстройствъ не было, но постепенно развилось душевно разстройство въ видѣ меланхоліи.

(Надо замѣтить, что нижне-передній конецъ борозды Rolando приходится на 1,2 сант. кпереди и на 6 сант. выше наружнаго слухового прохода. Значитъ, въ случаѣ Aycart'а, можно предположить раненіе выходное въ области нижняго конца sulc. praecentral. dex., а такъ какъ пуля шла спереди назадъ, то—можетъ быть, еще немного далѣе кпереди, въ общемъ — въ области задняго отдѣла 3-й лобной извилины и окружающихъ это мѣсто частяхъ мозга. Вошла же пуля близко къ переднему полюсу мозга и на пути прорѣзала бѣлое вещество доли).

Случай Demandre'а: входное отверстіе въ передней части прав. височной ямки, выходное—въ лѣвой 1/2 лобной кости (оскольчатое раздробленіе кости); отъ входного отверстія идетъ въ поперечномъ направленіи трещина надъ надбровною дугою.

Отсутствіе двигательныхъ, чувствительныхъ и рѣчевыхъ разстройствъ. Начиная съ 5-го и 6-го дня стали замѣчаться признаки пониженія воли, памяти и эмоціональной возбудимости. На 11-й день раненый умеръ.

Найдено полное разрушеніе переднихъ отдѣловъ 2-й и 3-й извилинъ лѣвой лобной доли, передней 1/3 2-й извилины правой лобной доли, въ меньшей степени—мозговыхъ слоевъ, прилегающихъ спереди къ пулевому каналу и передней 1/3 нижней лобной извилины.

Капиллярныя кровоизліянія найдены въ области, захватывающей вторую извилину лѣвой лобной доли до задней 1/4 ея, третью извилину—до M — образной части ея, въ правой же лобной долѣ область ихъ не заходитъ за среднюю 1/3 2-й 3-й лобныхъ извилинъ.

Не разрушенъ, но размягченъ тонкій корковый слой, образующій подобіе моста передъ разрушенною областью второй извилины правой лобной доли.

Въ оболочкахъ и желудочкахъ не найдено кровоизліяній.

Во время южно-африканской войны 1899—1900 г. наблюдался такой случай (описанъ д-ромъ Makins'омъ): одинъ солдатъ былъ раненъ въ голову пулею Mauser'а: пуля вошла надъ наружнымъ кольцомъ правой брови, вышла на 5 сант. ближе къ срединной линіи; раненіе осложнилось переломомъ лобной кости. У раненаго появились падучные припадки съ стерторознымъ дыханіемъ и проливнымъ потомъ, прекратившіеся послѣ оперативнаго вмѣшательства (осколки приподняты). Позже раненый сдѣлался раздражительнымъ, сталъ говорить наобумъ, по вечерамъ блуждалъ безъ цѣли, обнаруживалъ повышенную чувствительность къ шуму, неспособность вызвать въ умѣ воспоминанія.

Въ двухъ случаяхъ изъ 3-й группы проф. Дьяконова (ране-

нія черепа, послѣ которыхъ дефекты закрылись не костною, а мягкими тканями) примѣрами разстройства памяти могутъ служить случай 1-й (Сергѣй Д.) и 20-й (Иванъ П.), (второй изъ нихъ сообщенъ Голубевымъ).

Сергѣй Д. раненъ шрапнелью въ лобъ (осталось небольшое вдавленіе на средней линіи лба). Дефектъ памяти настолько великъ, что Д. даже не помнитъ о томъ, что былъ на войнѣ.

Кромѣ этого у него осталась лѣвосторонняя геміанэстезія, функціональная глухота, отсутствіе глоточнаго и повышеніе колѣннаго рефлекса.

Иванъ П. раненъ пулею съ разстоянія 600 шаговъ. «На волосистой части лба осталась желобовидная рана отъ края волосъ, на 1 палецъ влѣво отъ средней линіи, идетъ кзади и немного вправо (на 0,75 сант. отъ средины), длиной въ 6 сант». Здѣсь также отмѣчено ослабленіе памяти; были обмороки и головокруженіе. Между прочимъ, полное выпаденіе воспоминаній о 4-хдневномъ періодѣ времени отъ перевязки на перевязочномъ пунктѣ до переѣзда въ лазаретъ (а періодъ времени отъ раненія въ окопахъ до перевязочнаго пункта помнитъ смутно).

См. также 156-й случай, о которомъ будетъ рѣчь по поводу разстройствъ чувства равновѣсія.

4-й случай, описанный проф. Дьяконовымъ на стр. 142-й (случай Прибыткова—Герасимъ С. Раненіе осколкомъ шрапнели. «Осколокъ прошелъ отъ надбровной дуги влѣво, кверху и кзади по лѣвымъ лобной и теменной костямъ. Изъянъ кости въ 10 сант. длины и въ 4 сант. въ самомъ широкомъ мѣстѣ».

Этимъ ограничиваются свѣдѣнія относительно топографіи раненія; дѣлать изъ нихъ какіе-либо болѣе подробные выводы, кромѣ того, что, очевидно имѣлось поврежденіе лѣвой лобной доли,—нельзя.

Что касается клиническихъ симптомовъ, то здѣсь былъ непосредственно послѣ раненія 3-часовой періодъ безсознательнаго состоянія, затѣмъ—правосторонняя гемиплегія. Кромѣ того, паретическія явленія въ области лѣваго лицевого и подъязычнаго нервовъ.

Для насъ здѣсь важна слѣдующая замѣтка, сдѣланная черезъ 13 мѣсяцевъ послѣ раненія «характеръ больного измѣнился: сталъ придирчивъ и дерзокъ».

Это—случай изъ серіи раненій, при которыхъ снарядъ остался въ полости черепа.

Раненія огнестрѣльныя же, но съ близкаго разстоянія. Раненія дробью. Сюда вошли раненія въ упоръ (напр., при попыткахъ лишить себя жизни), или съ близкаго разстоянія (на дуэли, на охотѣ и т. п.). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло касается одностороннихъ раненій (напр. въ случаѣ Marchand'a), въ другихъ были повреждены обѣ лобныя доли (напр. въ случаяхъ Trousseau, Ventra, Smith'a).

Анатомическая картина поврежденій въ нѣкоторыхъ случаяхъ была установлена на основаніи аутопсіи (напр., въ случаяхъ Trousseau, Ventra).

Непосредственно послѣ раненія слѣдовалъ періодъ общемозговыхъ явленій, указывающихъ на прижатіе мозга (осколками, инородными тѣлами, кровью) и на ушибъ и сотрясеніе его. Поэтому обыкновенно послѣ подъема или извлеченія осколковъ, удаленія сгустковъ и инородныхъ тѣлъ и вообще освобожденія мозга отъ давленія и по миновaніи шока большая часть этихъ общемозговыхъ симптомовъ исчезала болѣе или менѣе быстро.

Тогда наступалъ наиболѣе интересный для насъ періодъ, во время котораго мы могли ожидать остаточныхъ симптомовъ, признаковъ выпаденія дѣятельности лобныхъ долей. И вотъ въ этомъ-то періодѣ на ряду съ болѣе или менѣе нормальнымъ возстановленіемъ функцій двигательныхъ, чувствительности, со здоровымъ состояніемъ различныхъ органовъ и системъ, въ разсматриваемыхъ здѣсь случаяхъ начинали обнаруживаться признаки нарушенія психическихъ функцій. Они иногда принимали характеръ, болѣе или менѣе наполняющій маніакальное состояніе: ненормальная веселость, болтливость, стремленіе вышучивать окружающихъ, общее возбужденіе и буйство (см. напр., случай Trousseau и др.), въ другихъ случаяхъ—признаки угнетенія психической дѣятельности: апатія, полусонное состояніе, молчаливость, sopor. Тѣ и другіе признаки могутъ встрѣчаться у одного и того-же больного и смѣнять другъ друга: напр. періодъ возбужденія смѣнялся сопорознымъ состояніемъ (Smith, Тауберъ).

Наблюдалось разстройство вниманіе (разсѣянность: см., напр., случай Ventra), памяти (Ventra, Тауберъ), рѣзкое измѣненіе характера къ худшему (Smith, Ventra: жестокость), или къ лучшему (больной Marchand'a, прежде отличавшійся жестокостью, сдѣлался послѣ раненія тихимъ и кроткимъ; онъ самъ говорилъ, что жалѣлъ бы о случившемся, если бы оно ему не принесло въ этомъ отношеніи пользу).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ измѣненія характера носили временный характеръ: больной Smith'a послѣ извѣстнаго промежутка времени сдѣлался снова такимъ же вѣжливымъ, какъ до раненія; патологическая жестокость характера, стремленіе повелѣвать и общее психическое возбужденіе исчезли. Иногда вся картина психическихъ разстройствъ ограничивалась пе-

ріодомъ давленія на мозгъ и измѣнялась съ удаленіемъ осколковъ и т. д. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, съ теченіемъ времени на мѣсто неглубокихъ и сравнительно не очень тяжелыхъ симптомовъ появлялись симптомы полнаго и тяжелаго психическаго разстройства (въ случаѣ Ventra вначалѣ—разсѣянность, пониженіе памяти, молчаливость; черезъ нѣсколько лѣтъ—буйство, жестокость, неуравновѣшенность, терроризирующее отношеніе къ окружающимъ; еще позже—полное слабоуміе; у больного Trousseau вначалѣ веселость, болтливость, позже—картина паралитическаго слабоумія).

Случай проф. Tronsseau: одинъ офицеръ былъ раненъ на дуэли; пуля прошла сквозь голову отъ одного виска къ другому; при осмотрѣ раны замѣчено выдѣленіе мозгового вещества. Первоначально раненый находился въ безсознательномъ состояніи, но послѣ того, какъ была удалена пуля и поднятъ, вдавленный костный осколокъ, раненый пришелъ въ сознаніе и началъ говорить. Больной поправился и провелъ нѣсколько мѣсяцевъ въ хорошемъ состояніи, безъ параличныхъ явленій, но обращая на себя вниманіе ненормальною веселостью, болтливостью, стараніемъ говорить колкости при разговорѣ съ окружающими и т. д.; наполнялъ свой досугъ сочиненіемъ комедій. Позже онъ погибъ при явленіяхъ, указывающихъ на размягченіе мозга.

Вскрытіе обнаружило пулевое раненіе обѣихъ лобныхъ долей и воспалительныя измѣненія, осложнявшія внѣдреніе костнаго осколка въ мозгъ.

Въ случаѣ, описанномъ д-ромъ Th. Smith'омъ, пуля прошла въ поперечномъ направленіи черезъ лобныя доли обоихъ полушарій (раненіе осложнялось переломомъ свода обѣихъ глазницъ и рѣшетчатой кости). Входное и выходное отверстія находились на симметричныхъ мѣстахъ обѣихъ височныхъ впадинъ; замѣчено истеченіе мозгового вещества, гематома волосистой части головы, носовое кровотеченіе, эмфизема; моча и фекальныя массы выдѣлялись непроизвольно, у раненаго наблюдалась повторная рвота, упадокъ сердечной дѣятельности, значительное пониженіе обоняніе.

Въ психическомъ отношеніи обращала на себя вниманіе жестокость характера, стремленіе повелѣвать; апатія чередовалась съ возбужденіемъ и раздражительностью; замѣчалось также въ теченіе нѣсколькихъ дней отсутствіе правильнаго представленія относительно собственныхъ денежныхъ средствъ.

Позже раненый снова сталъ такимъ-же изыскано-вѣжливымъ, какимъ былъ до раненія.

Въ случаѣ д-ра Demandre'a пуля, пройдя сквозь полость черепа въ поперечномъ направленіи, вызвала поврежденіе переднято отдѣла 2-й и 3-й лобныхъ извилинъ обоихъ мозговыхъ полушарій. Капиллярныя кровоизліянія попадались въ области, доходящей кзади до послѣдней четверти 2-й лобной извилины и до по-

слѣдней черты буквы «М», образуемой 3-ею извилиною. Въ желудочкахъ и оболочкахъ кровоизліяній не найдено.

Съ пятаго дня послѣ раненія начало замѣчаться ослабленіе воли, въ случаѣ д-ра Pochhomm'a вдавленіе черепного свода въ съ шестого дня—пониженіе памяти и аффективности На 11 день раненый умеръ. На вскрытіи обнаружились измѣненія, отмѣченныя выше.

Д-ръ G. Marchand наблюдалъ раненіе мозга револьверною пулею, проникшею на 3 сант. выше середины лѣвой брови. Въ полость черепа проникъ осколокъ пули, котор. затѣмъ былъ извлеченъ изъ поврежденнаго имъ мозгового вещества. Послѣ раненія у пострадавшаго совершенно измѣнился характеръ: изъ человѣка жестокаго раненый сдѣлался необыкновенно кроткимъ, такъ что даже самъ указывалъ на то, что раненіе принесло ему въ этомъ отношеніи только пользу и что онъ жалѣлъ бы о случившемся, еслибы благодаря ему онъ изъ человѣка жестокаго не сдѣлался бы кроткимъ и тихимъ. (Причиною раненія была въ этомъ случаѣ попытка лишить себя жизни).

Въ книгѣ проф. Таубера, посвященной хирургіи мозга, также упоминается раненіе лобныхъ долей револьверною пулею, сопровождавшееся психическими осложненіями: апатическимъ, полусоннымъ состояніемъ, предсмертнымъ психическимъ возбужденіемъ, забывчивостью, безпамятствомъ; въ концѣ концовъ наступило сопорозное состояніе и больной умеръ.

У одного изъ участниковъ войны на Филиппинскихъ островахъ поврежденіе лобной доли праваго полушарія Mauser'овскою пулею не оставило послѣ себя какихъ-либо двигательныхъ разстр., чувствительности, рѣчи и т. п.; со стороны же психики обращало на себя вниманіе вначалѣ—безпокойство и печальное настроеніе духа, позже — меланхолія, развившаяся уже послѣ заживленія раны (L. Aycart).

Случай D. Ventra. 15-лѣтній мальчикъ. Раненіе въ лобъ дробью. Въ теченіе 3 мѣсяцевъ оставался въ постели безъ чувствительныхъ или двигательныхъ разстройствъ. Потомъ снова сталъ принимать участіе въ полевыхъ работахъ, но стало замѣчаться, что раненый, раньше отличавшійся живостью, общительностью и привязчивостью, сдѣлался молчаливымъ, безразличнымъ ко всему, разсѣяннымъ; память совершенно ухудшилась, и больной не могъ больше продавать на рынкѣ овощи, могъ только продолжать заученныя сельскія и домашнія работы. Физическое здоровье ничуть не пострадало.

Черезъ 9 лѣтъ (въ 24-лѣтн. возр.) послѣ злоупотребленія пищею—общій эпилептич. припадокъ; молчаливость усилилась.

Черезъ 4 года (въ 28-лѣтнемъ возр.)—новый припадокъ; затѣмъ припадки дѣлаются болѣе частыми, сначала безъ психическихъ осложненій, позже съ буйнымъ душевнымъ разстройствомъ, въ промежуткахъ же между припадками разстройства ориентировки, странное поведеніе, усиливающаяся жестокость характера. Больной пере-

сталъ работать, грозилъ убить родителей, терроризировалъ всю деревню.

Въ возрастѣ 41 г. поступилъ въ больницу, гдѣ при изслѣдованіи не найдено ни двигательныхъ, ни чувствительныхъ разстройствъ, ни разстройствъ дѣятельности спеціальныхъ органовъ чувствъ; не было признака Romberg'a, не получался clonus стопы. Изъ соматич. симптомовъ отмѣчено только расширеніе зрачковъ. Изученіе душевной дѣятельности обнаружило существованіе слабоумной спутанности. Изрѣдка — эпилептическіе приступы съ послѣдующимъ возбужденіемъ и скоропреходящимъ бредомъ преслѣдованія.

Въ 46-лѣтнемъ возрастѣ умеръ при явленіяхъ бронхопневмоніи и гнойнаго воспаленія уха.

Вскрытіе обнаружило атрофію обѣихъ лобныхъ долей; въ нихъ найденъ сквозной каналъ толщиною съ поперечный указательный палецъ—идущ. сверху и справа внизъ и влѣво. Справа полость, съ рубцовыми стѣнками захватываетъ переднюю часть первой и второй лобныхъ извилинъ, выходящая на медіальную поверхность полушарія. Продолженіе канала пересѣкло лѣвую долю спереди отъ мозолистаго тѣла и окончилось въ серединѣ глазничной поверхности. Въ области крыла клиновидной кости приросли къ мозговой оболочкѣ двѣ большія дробинки.

Передніе отдѣлы обѣихъ лобныхъ долей (les deux lobes préfrontaux) какъ бы выпотрошены.

Изъ приведенныхъ примѣровъ видно, что раненія лобныхъ долей, какъ лѣваго полушарія (Marchand), такъ и праваго (Makins), или обоихъ одновременно въ цѣломъ рядѣ случаевъ сопровождаются психическими осложненіями. Осложненія эти появляются или непосредственно послѣ траумы, или лишь современемъ.

Что касается самаго характера душевныхъ разстройствъ, то нужно отмѣтить большое разнообразіе ихъ: то психическое угнетенія (напр., въ случаяхъ Demandre'a, Таубера, Ventra и др.), то возбужденное состояніе, (случаи Trousseau, Ventra, Makins'a); не только у разныхъ больныхъ, но и у одного и того-же наблюдались симптомы противоположнаго характера: напр., въ случаѣ, описанномъ д-ромъ Ventra, раненый вначалѣ былъ молчаливъ, разсѣянъ, относился безразлично къ окружающему; позже же у него появились припадки буйства; въ случаѣ Smith'a апатичное состояніе чередовалось съ возбужденіемъ).

Раненые въ однихъ случаяхъ были печальны, молчаливы, не обращали вниманія на окружающее (Aycart, Ventra), въ другихъ случаяхъ — веселы, болтливы (Trousseau), въ третьихъ проявляли болѣзненную жестокость, надменность, раздражительность (Smith, Ventra, Makins); противоположенъ послѣдняго рода случаямъ случай Marchand'a: раненый изъ жестокаго, какимъ онъ былъ до раненія, сталъ необыкновенно кроткимъ.

У больного Smith'a раздражительность чередовалась съ апатіею.

Разстройства умственной дѣятельности обнаруживались пониженіемъ памяти (Demandre, Ventra, Makins), неумѣніемъ ориентироваться въ своихъ денежныхъ средствахъ (Smith). неспособностью сосредоточиться (Ventra), выпаденіемъ контроля по отношенію къ своей рѣчи (Makins), наконецъ — полнымъ слабоуміемъ (Ventra).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сознаніе представлялось неяснымъ — вплоть до настоящаго sopor'a, какъ въ случаѣ Таубера.

Что касается дальнѣйшей судьбы разстройствъ, то въ однихъ случаяхъ они прогрессировали до полнаго слабоумія (Ventra и др.), въ другихъ, наоборотъ — въ дальнѣйшемъ сгладились (больной Smith'a изъ жестокаго, горделиваго, раздражительнаго современемъ стала снова изыскано вѣжливымъ).

До сихъ поръ мы брали примѣры исключительно изъ числа случаевъ огнестрѣльныхъ раненій лобныхъ долей мозга. *При другихъ травматическихъ поврежденіяхъ лобныхъ долей* такъ-же, какъ при огнестрѣльныхъ, встрѣчается цѣлый рядъ случаевъ, осложненныхъ различными психическими разстройствами.

Такого рода примѣры можно найти среди множества случаевъ поврежденій мозга, собранныхъ въ монографіи Phelps'a. Напр., въ 205-мъ случаѣ его послѣ раненія лобныхъ долей (преимущественно правой) наблюдалось ступорозное состояніе, чередовавшееся съ буйнымъ бредомъ, на ряду съ рядомъ общемозговыхъ симптомовъ: расширеніемъ, позже—съуженіемъ зрачковъ, судорогами, сведеніемъ затылка, учащеніемъ дыханія и пульса, потерею сознанія и др. Больной умеръ на 19-й день; на вскрытіи найдено корковое кровоизліяніе, сдавившее наружную и переднюю поверхности правой лобной доли и наполнившее переднюю черепную ямку; разрушеніе нижней поверхности правой лобной доли (главнымъ образомъ подкорковое: полость величиною съ голубиное яйцо); разрывъ внутренняго края лѣвой лобной роли и ушибъ правой височной доли снизу; помутнѣніе паутинной оболочки.

Въ 213-мъ случаѣ (обширное подкорковое разрушеніе передней части лобной доли лѣваго полушарія: полость величиною $1^1/_2''$ и $^3/_4''$ въ діам.; разрушеніе коры лѣваго полушарія мозжечка; общая ги-

перэмія и отекъ мозга; измѣненія сосудовъ, скопленіе мутной жидкости въ подпаутинномъ пространствѣ) отмѣчена умственная спутанность и растройство пониманія; по временамъ разумные отвѣты, но большею частью лишь на минуту».

Но здѣсь смерть послѣдовала такъ быстро, что нельзя сказать опредѣленно, являлись ли психическія разстройства лишь первичными общими симптомами тяжелой мозговой травмы, или остались бы и въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни въ качествѣ стойкаго послѣдствія поврежденія лобной доли? Мало того, здѣсь, на ряду съ мѣстнымъ поврежденіемъ мозга нельзя исключить вліянія другихъ разстройствъ: гиперэміи, давленія крови, излившейся въ черепную полость, воспаленія оболочекъ мозга.

Наблюденія Leonore'ы Welt:

I. Переломъ лобной кости при паденіи съ высоты 100 футовъ (изъ окна 4-го этажа); тяжелое поврежденіе правой лобной доли съ истеченіемъ мозгового вещества. Больной вскорѣ поправился. Двигательныхъ параличей или разстройствъ чувствительности не было.

До катастрофы это былъ добродушный, общительный, веселый человѣкъ и хорошій работникъ (за исключеніемъ періодовъ пьянства). По выходѣ изъ больницы это «не былъ тотъ Binz», котораго нали раньше: онъ сталъ жестокимъ, сталъ срывать постоянно повязку, зная, что этого нельзя дѣлать, пугалъ больныхъ угрозами, издѣвался надъ ними, радовался, если удавалось доставить другимъ непріятность, отдавалъ лаконическія приказанія прислугѣ («человѣкъ, убрать постель!» и т. п.), на укоры за неопрятность отвѣчалъ смѣхомъ, искалъ случая чѣмъ-нибудь повредить служителямъ, напр. просилъ свою сестру пожаловаться врачамъ на то, что служителя колятъ ему по ночамъ подошвы булавками, пугалъ зятя и забавлялся этимъ, обѣщалъ «пропечатать въ мѣстной газетѣ» директора клиники проф. Krönlein'а и врачей; ежедневно приходилось выслушивать его жалобы на служителей и жалобы служителей и больныхъ на него. Пришлось перевести его въ другую палату, гдѣ началось то-же самое.

Въ слѣдующемъ мѣсяцѣ онъ началъ дѣлаться болѣе спокойнымъ, опрятнымъ, сталъ лучше держать себя, говорилъ, что сожалѣетъ, зачѣмъ сдѣлался такимъ нехорошимъ, но отчего это произошло— не могъ сказать. Было сдѣлано извлеченіе секвестровъ. Сначала состояніе больного ухудшилось; головныя боли и выдѣленіе гноя изъ правой глазничной области привело къ предположенію, что можетъ быть выздоровленіе замедляется вслѣдствіе застрявшаго еще секвестра; произведена эксплораторная операція, удаленъ секвестръ и гной (у лобной кости)..

Черезъ 6 мѣс. больной былъ выписанъ и могъ взяться за прежнюю работу. Онъ сталъ молчаливѣе, чѣмъ прежде; могъ сидѣть по цѣлымъ часамъ, смотря впередъ и не произнося ни слова, но полнаго душевнаго разстройства не было.

Въ слѣдующемъ году B—nz заболѣлъ двустороннимъ плейритомъ и легочнымъ нарывомъ съ осложненіями и умеръ. Относительно найденнаго на вскрытіи въ мозгу, нужно замѣтить слѣдующее: найденъ зажившій переломъ черепа со вдавленіемъ костей; въ мѣстѣ перелома мозгъ приросъ къ твердой оболочкѣ, а оболочка—къ костямъ черепа; глубоко заходящій рубецъ въ правой лобной долѣ, разрушеніе правой и лѣвой прямыхъ извилинъ и части правой нижней и средней лобныхъ извилинъ. Переломъ свода правой глазницы вплоть до клиновидной кости.

Вскрытіе дополнено гистологическимъ изслѣдованіемъ центральной нервной системы.

Случай Davidson'a. Поврежденіе лобныхъ долей, преимущественно — правой: справа повреждена большая часть верхней и средней лобныхъ извилинъ до передней центральной извилины; слѣва повреждена средняя часть верхней лобной извилины (вскрытіе).

Упавшій съ высоты большой желѣзный крюкъ ударился о голову работника и поранилъ черепъ и мозгъ. Онъ сохранилъ сознаніе, могъ отвѣчать на нѣкоторые вопросы, назвать свое имя и мѣсто жительства и т. д. Въ поступкахъ его обращало на себя вниманіе пассивность и автоматичность. Напр., больной ѣлъ и пилъ не подъ вліяніемъ голода и жажды, а только тогда, когда ему давали; лежалъ съ закрытыми глазами, но открывалъ ихъ и двигалъ ими по приглашенію врача; говорилъ почти только по чужому побужденію. На слѣдующій день сталъ говорить самъ «охъ, голова моя!», на 4-й день умеръ при воспалительныхъ явленіяхъ.

Обратимся къ другимъ примѣрамъ поврежденія лобныхъ долей мозга, осложненныхъ разстройствами душевной дѣятельности.

Для большей наглядности раздѣлимъ ихъ на двѣ группы: (1) группа случаевъ, въ которыхъ непосредственно послѣ травмы, наблюдались душевныя разстройства, потомъ исчезавшія; (2) группа случаевъ съ психическими осложеніями стойкими, или отдаленными.

Къ первой группѣ относятся слѣдующіе случаи:

Сложный переломъ лобной кости съ поврежденіемъ мозга, наблюдавшійся Cackovic'емъ; травма осложнялась сильнымъ психическимъ возбужденіемъ, но послѣ трепанаціи оно исчезло (это 3-й случай изъ числа представленныхъ Cackovic'емъ въ Собраніи Общества врачей Кроатіи и Славоніи).

Точно также въ случаѣ, описанномъ д-ромъ И. Введенскимъ, душевное разстройство исчезло послѣ оперативнаго вмѣшательства.

Оторвавшаяся во время выстрѣла казенная часть ружья, попала въ голову одному рабочему; получился переломъ лѣвой половины лобной кости. Послѣ этого пострадавшій находился въ состояніи анатіи; пассивно исполнялъ лишь чужія требованія, безъ

собственной инициативы. Такъ было до операціи. Послѣ же операціи (удалены осколки и часть распавшагося мозгового вещества, рана очищена) сознаніе прояснилось, и больной постепенно выздоровѣлъ. Поврежденію въ этомъ случаѣ подверглось мозговое вещество въ области II и III лобныхъ извилинъ.

Теперь остановимся на такихъ случаяхъ, которые приближаются къ только-что упомянутымъ въ томъ смыслѣ, что первоначальныя психическія разстройства въ дальнѣйшемъ постепенно исчезаютъ.

Въ случаѣ д-ра Wendel'я у двѣнадцатилѣтней дѣвочки послѣ разрушенія кровли правой глазницы, наблюдался сначала періодъ общемозговыхъ явленій (десятидневное безсознательное коматозное состояніе, рвота, парезы), по мининаніи котораго, сталъ замѣчаться рядъ психическихъ аномалій: больная, которая до того времени была скромною и послушною дѣвочкою, сдѣлалась своенравною, непослушною, кричала, бѣсновалась; у нея стали повторяться припадки бреда. Черезъ три мѣсяца психическія разстройства, такъ-же, какъ и двигательныя, исчезли.

Въ случаѣ, о которомъ сообщилъ д-ръ Höniger, первоначальные общемозговые симптомы исчезли послѣ операціи, но у больной появился рядъ психическихъ ненормальностей: жестокость, склонность обращаться ко всѣмъ съ насмѣшливыми замѣчаніями; больная кричала, билась. Но эти ненормальности существовали у нея лишь въ теченіе десяти дней, послѣ чего больная стала снова доброю и скромною. Въ дальнѣйшей жизни ея не наблюдалось болѣзненныхъ разстройствъ, за исключеніемъ судорогъ во время беременности.

Уже гораздо позже возстановилось психическое здоровье въ «случаѣ съ ломомъ»; ломомъ была пробита голова въ направленіи отъ угла челюсти къ вершинѣ лобной кости. По мининаніи кратковременнаго періода оглушенія, пострадавшій пришелъ въ себя и могъ вести разумно разговоръ. Черезъ два дня у него появилось коматозное состояніе съ бредомъ. Черезъ три недѣли больной началъ поправляться; по прошествіи шестнадцати мѣсяцевъ общее состояніе здоровья было хорошее, но обращали на себя вниманіе психическія ненормальности: больной сталъ похожъ на дитя, сдѣлался своевольнымъ, непостояннымъ, безпокойнымъ. Впослѣдствіи и эти разстройства исчезли; осталась только слѣпота на сторонѣ поврежденія.

Переходъ къ иного рода случаямъ составляетъ наблюденіе, описанное проф. М. М. Кузнецовымъ: здѣсь существовавшія въ начальномъ періодѣ болѣзни послѣ вдавленнаго перелома лобной кости психическія и общемозговыя признаки угнетенія: апатія, сонливое состояніе, подавленное настроеніе духа, разстройства рѣчи, и др. исчезли уже черезъ два дня

послѣ операціи, и больной выздоровѣлъ, но полнаго restitutio ad integrum по отношеніи въ душевной дѣятельности не получилось: черезъ $1^1/_2$ года больной самъ жаловался на то, что сталъ менѣе способнымъ къ работѣ вслѣдствіе нервной слабости и пониженія энергіи.

Примѣромъ стойкихъ измѣненій душевнаго здоровья послѣ поврежденія лобной доли мозга можетъ служить 3-й случай профес. Кузнецова: вдавленный переломъ правой половины лобной кости выправленъ при операціи; рана зажила безъ осложненій, но показываясь черезъ 1 годъ $2^1/_2$ мѣсяца больной заявилъ, что у него понизилась память на числа и случившіяся раньше событія; онъ нерѣдко вызываетъ упреки хозяина забывая, что долженъ сдѣлать.

Примѣромъ поздняго появленія психическихъ разстройствъ послѣ поврежденія мозга можетъ служить случай, описанный Anglade и Chocreaux: въ теченіе двухъ недѣль послѣ раненія (переломъ черепа) періодъ явленій, угрожавшихъ жизни; затѣмъ въ теченіе пяти лѣтъ отсутствіе болѣзненныхъ разстройствъ, за исключеніемъ односторонней глухоты и паралича лицевого нерва. По истеченіи этого пятилѣтняго періода постепенно развилась картина слабоумія съ эпилептическими припадками и буйствомъ. На вскрытіи найдено много размягченныхъ мѣстъ на поверхности обоихъ полушарій мозга, особенности—у полюса лобной доли праваго полушарія: различныя степени клѣточковаго перерожденія, начиная съ простого хроматолиза и кончая полною атрофіей въ клѣточкахъ двигательной области, а также—измѣненія въ спинномъ мозгу.

Изученіе тѣхъ случаевъ, которые я имѣлъ случай здѣсь цитировать, приводитъ къ слѣдующимъ выводамъ. При переломахъ черепа со вдавленіемъ осколковъ и при раненіи мозга инородными тѣлами, наблюдается то-же, что при огнестрѣльныхъ раненіяхъ мозга: среди случаевъ, въ которыхъ можно допустить поврежденіе лобныхъ долей мозга, существуетъ цѣлый рядъ случаевъ, осложненныхъ душевными разстройствами. Иногда (чаще) эти разстройства появляются непосредственно послѣ травмы (по мининаніи періода общемозговыхъ явленій, безсознательнаго состоянія и т. д.); иногда же они появляются лишь современемъ, напр., черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ заживленія раны. Исчезаютъ психическія разстройства въ однихъ случаяхъ быстро—сами собою, или подъ вліяніемъ оперативнаго вмѣшательства, устраняющаго давленіе на мозгъ, въ другихъ же случаяхъ держатся долго; при чемъ иногда постепенно часть аномалій исчезаетъ и остаются лишь гораздо менѣе рѣзкія аномаліи, чѣмъ тѣ, которыя наблюдались вначалѣ; иногда разстройства надолго остаются въ полномъ

объемѣ и полной силѣ или даже прогрессируютъ. Разсматривая подробнѣе наблюдающіяся у раненыхъ душевныя разстройства, мы видимъ и признаки угнетенія душевной дѣятельности: оглушеніе, апатію, stupor, подавленное настроеніе и т. п. и психическое возбужденіе: буйный бредъ, безпокойство, крики, бѣснованіе, насмѣшливыя замѣчанія, жестокіе и своевольные поступки... Волевая дѣятельность то задержана (больной, напр., ничего не дѣлаетъ по своему почину, ведетъ себя совершенно пассивно, исполняя лишь то, что ему приказываютъ сдѣлать, больные жалуются на упадокъ энергіи и т. д., то, наоборотъ, больной не руководится исключительно своею волею и стремится все подчинить ей. Со стороны умственной дѣятельности замѣчаются глубокія разстройства: спутанность, непониманіе простыхъ вопросовъ, пониженіе памяти, наконецъ—полное слабоуміе.

Къ случаямъ раненій лобныхъ долей, осложненнымъ психическими разстройствами примыкаютъ случаи, въ которыхъ наблюдался особаго рода симптомъ—необыкновенная прожорливость и ненасытность. Примѣромъ такого рода случаевъ можетъ служить наблюденіе В. А. Перимова. Я останавливаюсь на немъ отдѣльно въ виду аналогіи подобныхъ случаевъ съ однимъ изъ наблюденій моихъ, о которомъ придется говорить впослѣдствіи.

Лошадь ударила копытомъ дѣвочку: найдена рана на лбу справа, на $2^1/_2$ сант. ниже границы волосъ, начинающаяся на 2 сант. праѣе срединной линіи; другой конецъ раны—въ височной области. Наблюдалась полная утрата интеллекта: больная не сознавала, гдѣ находится, не отвѣчала на вопросы, мочилась и маралась подъ себя. У нея существовалъ рядъ признаковъ давленія на мозгъ (внутричерепное кровоизліяніе): вынужденное положеніе на боку, расширенные, не реагирующіе зрачки, рѣдкій пульсъ, ригидность конечностей и др. При операціи найдено субдуральное кровоизліяніе надъ среднею лобною извилиною. Оставляя въ сторонѣ другія подробности, остановимся на тѣхъ явленіяхъ, по поводу которыхъ я привелъ этотъ случай.

Больная ѣла съ жадностью, не имѣя во рту чего-нибудь съѣдобнаго, все время плакала, стонала и не переставая кричала: «ѣсть хочу, жрать хочу!». Больше она ничего не говорила. Успокаиваясь во время ѣды, она, какъ только ротъ становился свободнымъ, начинала снова плакать и кричать, требуя пищи.

Позже сознаніе начало проясняться, больная могла отвѣчать на вопросы, узнавала родителей и звала ихъ, но чувство ненасытнаго голода продолжало мучить ее. Больная замѣтно худѣла. Обо всемъ случившемся съ нею она не сохранила воспоминаній.

Раны зажили хорошо. Прожорливость ко времени выписки изъ больницы исчезла. Послѣ выписки изъ больницы осталось только ослабленіе памяти: «пошлютъ меня въ лавочку,—я иду и все время твержу, что надо купить, а то приду и позабуду»—жаловалась она.

Очаговыя заболѣванія лобныхъ долей съ психическими осложненіями.

Клиническія наблюденія показываютъ, что заболѣванія лобныхъ долей во многихъ случаяхъ ведутъ къ глубокому разстройству душевной дѣятельности. Это наблюдается, между прочимъ, при опухоляхъ лобной доли. Примѣромъ можетъ служить такой случай. Интеллигентный, прекрасно воспитанный, увлекающійся музыкою 32-лѣтній скрипачъ, отличавшійся воздержанностью: не пившій и не курившій, вдругъ началъ путать слова при письмѣ, невѣрно называть знакомыя вещи, смѣшивать въ разговорѣ нѣмецкій языкъ съ англійскимъ (онъ умѣлъ говорить и писать на четырехъ языкахъ). При этомъ у него появились затылочныя боли, приступы рвоты, неувѣренная походка. Въ дальнѣйшемъ онъ совершенно пересталъ интересоваться чтеніемъ, окружающими лицами, забросилъ скрипку; рѣчь его стала совершенно непонятною; у него появились разстройства памяти, бредъ, сонливость, наконецъ—состояніе полной апатіи, парезы. По отношенію къ разстройству памяти нужно замѣтить, что событія послѣдняго времени больной еще вспоминалъ; онъ узнавалъ близкихъ лицъ; но воспоминанія о прошломъ отсутствовали (amnesia retrograda). Что касается мышленія, то ограниченность его и умственная спутанность преобладали надъ ложными идеями. Разстройства рѣчи наблюдались въ измѣнчивой формѣ и степени. У больного наблюдалась alexia, agraphia, aграхіа. Онъ могъ называть вещи, но не могъ написать соотвѣтствующее слово. Понимая англійскій языкъ, утратилъ способность говорить на этомъ языкѣ (а по русски могъ говорить). Со стороны органа зрѣнія найденъ neuritis optica descendens, paresis musc. recti externi dextri. Позже больной сталъ мочиться подъ себя не вслѣдствіе отсутствія контроля надъ мочевымъ пузыремъ, а вслѣдствіе того, что это не казалось больному неудобнымъ. Къ этому присоединились подобнаго-же рода разстройства дефекаціи. Подъ конецъ у больного появился tremor, правостороннее повышеніе рефлексовъ, упадокъ силъ; умеръ въ безсознательномъ состояніи.

На вскрытіи найдена опухоль лѣвой лобной доли (neuroglioma), соотвѣтствующая переднимъ двумъ третямъ III лобной извилины; извилина Broca была прижата, такъ-же какъ и другія сосѣднія части мозга (Phelps: Localization of mental faculties).

Возьмемъ другой примѣръ—психозъ при мозговой опухоли (сар-

кома правой лобной доли), описанный Friedrich'омъ: у больного такъ-же, какъ и въ случаѣ Phelps'a, замѣчалось ухудшеніе памяти; онъ сталъ безразлично относиться къ службѣ, потерялъ прежнюю свою наклонность къ пунктуальности, къ порядку; сдѣлался плаксивымъ и въ то же время смѣшливымъ; обнаруживалъ наклонность къ страннымъ сопоставленіямъ въ разговорѣ, циническіе поступки (напр., бѣгалъ раздѣтый среди людей), ѣлъ все безъ разбору. Больной сталъ относиться къ семьѣ безразлично, обнаруживалъ эротическія наклонности и другія ненормальности.

Нужно обратить вниманіе на отмѣченную здѣсь наклонность къ насмѣшливости, страннымъ сопоставленіямъ и т. д., такъ какъ эти особенности представляются, судя по исторіямъ болѣзни другихъ случаевъ, довольно характерными для опухолей лобныхъ долей мозга.

Въ другомъ случаѣ, описанномъ Fr., мозговая опухоль (обширная myelosarcoma лобной доли) осложнялась только зрительными мнимоощущеніями (представлялся какой-то человѣкъ) безъ иныхъ какихъ-либо душевныхъ неправильностей.

Въ случаѣ, который описали Mc Burney и Starr въ 1893 г., саркома лѣвой лобной доли осложнялась прогрессивнымъ затемнѣніемъ мыслей, медленностью мышленія, симулировавшею слабоуміе; больной не могъ понять того, что ему говорилось, отвѣчалъ медленно. Отмѣтимъ еще въ этомъ случаѣ два явленія, иллюстрирующія тѣ взгляды на значеніе лобныхъ долей для душевной дѣятельности, на которые я ссылался передъ этимъ: 1) больному лишь съ трудомъ удавалось контролировать собственныя мысли; 2) больной съ большимъ лишь трудомъ могъ фиксировать вниманіе и не былъ въ состояніи сколько-нибудь долго оставаться внимательнымъ.

Въ другомъ случаѣ Starr наблюдалъ также саркому лѣвой лобной доли, осложненную психическими растройствами (21-е наблюденіе Starr'a): постепенно увеличивалась вялость мышленія, нерасположеніе къ работѣ, замедленіе душевной дѣятельности, душевный torpor; нужно было много времени, чтобы больной могъ понять вопросъ и сильное напряженіе, чтобы отвѣтить на него; больному удавалось при медленномъ обсужденіи какого-нибудь вопроса, рѣшить его правильно, но быстро сообразить что-либо онъ не могъ. По цѣлымъ часамъ онъ сидѣлъ, ничего не дѣлая, ничего не говоря, ни на что не обращая вниманіе. И въ этомъ случаѣ замѣчалась утрата способности контролировать себя и невозможность фиксировать вниманіе.

Въ одномъ изъ случаевъ, описанныхъ Bygom-Bramwell'емъ (наблюденіе I) гліома и киста правой лобной доли осложнялась головными болями, рвотою, головокруженіемъ, воспаленіемъ зрительнаго нерва, падучными припадками, парезами и рядомъ душевныхъ ненормальностей: у больного замѣчалось душевное отупѣніе, чередо-

ваніе раздражительности, упрямства и т. д. съ угнетеннымъ состояніемъ; безсмысленный смѣхъ. Память была понижена. Замѣтимъ еще особенности походки, наблюдавшіяся въ этомъ случаѣ: сдѣлавъ быстро нѣсколько шаговъ влѣво, затѣмъ—вправо, больной пускался бѣжать.

Wollenberg въ 1902 г. сообщилъ въ собраніи психіатровъ югозападной Германіи объ одномъ случаѣ, въ которомъ опухоль, сдавившая правую лобную долю снаружи и снизу, вызвала появленіе слѣдующихъ разстройствъ: головныя боли, рвота, общее недомоганіе, позже—судороги, начинавшіяся вращеніемъ глазъ и головы влѣво, статическая атаксія, парезъ лѣвой руки и лѣвой половины языка, застойные соски и полную картину душевнаго разстройства: буйство, бредъ величія и преслѣдованія, раздражительность, смѣняющаяся по временамъ благодушнымъ настроеніемъ, наклонность къ остротамъ, временное маніакальное возбужденіе, временами неистовство.

E. Dupré и S. Camus описали случай, въ которомъ на ряду съ психическими измѣненіями существовали бугорковыя опухоли въ корѣ обѣихъ лобныхъ долей; но врядъ-ли можно смотрѣть на этотъ случай, какъ на примѣръ психическихъ осложненій заболѣванія лобныхъ долей: сами авторы допускаютъ здѣсь вліяніе аутоинтоксикаціи организма, и даже особенности психическихъ разстройствъ соотвѣтствовали картинѣ отравленія: напр., здѣсь были головныя боли, рвота, сосудодвигательныя разстройства, кататоническія явленія, сумеречное состояніе сознанія, «illusions onirigues»; какъ извѣстно, такое состояніе уже само по себѣ считается характернымъ для самоотравленій. Отчасти же и упомянутые уже симптомы и другія разстройства зависѣли и отъ менингита, что касается эйфоріи, наблюдавшейся у этого больного (онъ думалъ, что выздоровѣлъ уже, смѣялся, ни на что не жаловался, переживалъ избытокъ довольства), то она свойственна какъ картинѣ извѣстной стадіи паралитическаго слабоумія, съ которымъ иногда сопоставляютъ психопатическія осложненія, сопровождающія заболѣванія лобныхъ долей, такъ и бугорчатнымъ больнымъ вообще, независимо отъ того, существуютъ ли бугорки въ мозгу, или—нѣтъ.

У больной Bayerthal'я вначалѣ стали наблюдаться приступы буйства; въ промежуткахъ она производила впечатлѣніе женщины, вполнѣ сохранившей умственныя способности: утверждала, что «ничего особеннаго съ нею не было», могла заниматься домашними дѣлами. Она неохотно, послѣ энергичныхъ только побужденій отвѣчала на вопросы. Въ больницѣ стало наблюдаться затрудненное, замедленное мышленіе, но отвѣты были таковы, что нельзя говорить

о недостаточной способности ориентироваться или о бредовыхъ идеяхъ. Не было также замѣтно разстройства памяти (подробное изслѣдованіе этой способности не сдѣлано). По временамъ у больной замѣчалась неопрятность, secess. urinae. Кромѣ этого, —головныя боли. Въ дальнѣйшемъ состояніе больной улучшилось. Но при этомъ преобладавшая прежде апатія смѣнилась наклонностью къ насмѣшливымъ замѣчаніямъ (напр., по поводу бѣлаго халата профессора Heidenhain'а), при чемъ сама больная не смѣялась. Черезъ нѣсколько дней умственное состояніе больной снова ухудшилось и появились головныя боли, случился атипическій падучный припадокъ съ тоническимъ напряженіемъ мышцъ конечностей и дрожаніемъ ихъ. Съ тѣхъ поръ могла стоять и ходить только съ чужою помощью; обнаруженъ гемипарезъ правыхъ конечностей. Перкуссія черепа обнаружила наибольшую чувствительность въ области лѣвой половины лобной кости. Изслѣдованіе глазного дна обнаружило застойный сосокъ въ обоихъ глазахъ и кровоизліянія въ сѣтчатку—въ лѣвомъ. Постепенно спутанность и гемипарезъ усиливались, присоединилась афазія, аграфія (при сохраненіи способности понимать рѣчь и читать вслухъ); въ рѣчи обращаетъ на себя вниманіе удерживаніе одного и того-же слова при послѣдовательныхъ отвѣтахъ: назвавъ вѣрно носовой платокъ больная продолжаетъ называть тѣмъ же именемъ показываемые ей ключъ, карандашъ, палку и т. д., хотя знала, какіе предметы видитъ передъ собою. Въ концѣ концовъ появились признаки пораженія черепномозговыхъ нервовъ и смерть вслѣдствіе остановки дыханія.

На вскрытіи найдена саркома величиною съ яблоко, исходящая изъ нижней части лѣвой височной доли и распространившаяся на прилегающую лобную долю.

Случай Balfour'a (провѣренный вскрытіемъ): бугорковая опухоль твердой мозговой оболочки, сдавившая лежащую подъ нею поверхность мозга и вросшая въ нее; пораженная область соотвѣтствовала всей поверхности правой лобной доли, именно — сѣрому веществу и, можетъ быть, ближайшимъ къ нему мѣстамъ бѣлаго вещества.

Сдѣлался жестокимъ по отношенію къ своей женѣ, сталъ бить ее и искалъ случая лишить ее жизни, поджечь домъ и т. д., нѣсколько исправился послѣ пребыванія въ работномъ домѣ, но когда вернулся къ себѣ домой, снова послѣдовало ухудшеніе и больной былъ помѣщенъ въ больницу для душевнобольныхъ. Здѣсь у него появились эпилептическіе припадки; не испытывалъ никакого желанія двигаться; совершенно не интересовался окружающими, къ женѣ относился то дружелюбно, то не узнавалъ ее, хотѣлъ поджечь больницу; временами слабоуміе уменьшалось. Умеръ отъ истощенія силъ.

Klebs описалъ такой случай: у больного появились припадки; онъ сталъ уносить къ себѣ чужія вещи, отнимать у сосѣдей вино и сигары, приставать къ нимъ и драться; если же обращали его вниманіе на жалобы его сосѣдей по палатѣ, больной увѣрялъ, что

онъ самый невинный человѣкъ въ мірѣ, что кругомъ все враги, старающіеся повредить ему. Въ концѣ концовъ пришлось его изолировать. Аппетитъ отличный; къ работѣ не способенъ. Позже появились сильнѣйшія головныя боли, головокруженіе, нечистоплотность, малый и учащенный пульсъ... Умеръ. На вскрытіи: нейроглioма кпереди отъ corgora mamillaria между bulbi olfactorii (двусторонняя).

Случай, описанный Auerbach'омъ. Данныя вскрытія (разрѣшено было вынуть только мозгъ и щитовидную железу): извилины лобныхъ долей сильно уплощены, борозды почти исчезли; нижняя поверхность лобныхъ долей срощена съ твердою мозговою оболочкою, твердая оболочка — съ черепными костями. Basis cerebri въ этой области занятъ опухолью, доходящею здѣсь кзади до хіазмы, а въ веществѣ мозга—до передняго края мозолистаго тѣла. Общая величина опухоли равняется приблизительно величинѣ яблока; справа и слѣва опухоль ограничена subst. perfor. ant.; обонят. канатикъ нельзя различить. Обонятельные нервы атрофированы. Задній край опухоли не доходитъ на 0,5 сант. до rostrum corp. callosi. Желудочки не расширены.

Микроскопическое изслѣдованіе позволило установить діагнозъ опухоли: фибросаркома, или ангіофибросаркома, исходящая, вѣроятно, изъ той части твердой мозговой оболочки, которая прилегаетъ къ передней черепной ямкѣ.

Что касается психическихъ симптомовъ, то они развивались такъ: прежде всего стало обращать на себя измѣненіе характера: больная сдѣлалась раздражительною и менѣе ревностно отдавалась работѣ, чѣмъ прежде (производила впечатлѣніе не то утомленной, не то поддающейся лѣни). Головными болями она страдала издавна; теперь онѣ усилились. Постепенно нежеланіе работать («ослабленіе воли»), доходящее до полнаго нежеланія вставать съ постели, и недовѣріе окружающихъ къ болѣзненному происхожденію этого поведенія заставило родныхъ помѣстить больную въ частную лечебницу.

Во время нахожденія ея тамъ проф. Edinger нашелъ слѣдующее: безучастное отношеніе къ обиходнымъ условіямъ жизни (больная часто и не ѣла безъ посторонняго побужденія), головныя боли, иногда съ рвотою, secessus urinae et alvi involunt; безучастное состояніе длилась не все время; вскорѣ больная стала охотнѣе ѣсть и читать газеты. Затѣмъ—снова полная апатія: больная лежитъ часами на софѣ въ полусонномъ состояніи, жалуется на головную боль; ее трудно уговорить одѣться, двигаться. Общій видъ лица, шеи, конечностей напоминаетъ миксэдему. Больная легко зябнетъ. Параличей нѣтъ. Чувствительность нормальна. Больная легко утомляется. При движеніяхъ руки начинаютъ дрожать.

Больная отвѣчаетъ на всѣ вопросы правильно, только медленно; совершенно вѣрно понимаетъ рѣчь, вѣрно ориентируется относительно мѣста, времени, именъ. Она легко можетъ рѣшать легкія задачи на вычисленіе, медленно читаетъ. Изслѣдованіе памяти обна-

руживаетъ значительные пробѣлы по отношенію къ пережитому за послѣднее время, въ меньшей степени—по отношенію къ пережитому давно.

«Merkfähigkeit» очень ослаблена: больная пообѣдавъ не можетъ сказать, кушала ли уже и что было за обѣдомъ; имя врача не въ состояніи удержать въ памяти и 5 минутъ; черезъ нѣсколько минутъ не можетъ сказать какіе предметы были ей показаны. Настроеніе напоминаетъ эйфорію слабоумныхъ (внѣ періодовъ головныхъ болей); къ состоянію своего здоровья относится совершенно равнодушно и въ отвѣтъ на вопросы о немъ, совершенно ничего ее говоритъ, иногда смѣется при этомъ. Инициативы нѣтъ: сама вопросовъ не предлагаетъ, не двигается по своей волѣ; если не спитъ, то обыкновенно сидитъ неподвижно съ тупымъ выраженіемъ лица; приказаніямъ повинуется безъ сопротивленія, на привѣтствіе отвѣчаетъ, нерѣдко отвѣчаетъ и на вопросы.

Тиреоидинъ далъ нѣкоторый успѣхъ, но лишь кратковременный и незначительный.

Въ дальнѣйшемъ появились обморочные припадки, глазные симптомы (пониженіе зрѣнія, расширеніе и вялая реакція зрачковъ, застойный сосокъ и кровоизліянія въ обоихъ глазахъ, exophthalmus лѣваго глаза), дрожаніе, разстройства осанки при ходьбѣ и глотанія, позже—напряженіе затылка, болѣзненность при движеніяхъ головы и затрудненіе ихъ, выпячиваніе праваго глаза, измѣненія рефлексовъ; еще позже—лицевой парезъ, атрофія сосковъ, сопорозное состояніе. Больная умерла въ состояніи комы.

Авторъ сначала предполагалъ здѣсь миксэдему и др. возможныя причины разстройствъ, лишь позже остановился окончательно на распознаваніи мозговой опухоли.

По отношенію къ психическимъ симптомамъ онъ останавливаетъ вниманіе на прогрессивно развившемся ослабленіи воли (abulia) (замѣченномъ еще родственниками) и на разстройствахъ памяти и равнодушномъ отношеніи больной къ состоянію своего собственнаго здоровья — наблюдавш. въ больницѣ (больная не обнаружила даже рѣшительно ничѣмъ, что ее сколько-нибудь безпокоитъ потеря зрѣнія).

Авторъ сопоставляетъ разбираемый случай съ случаемъ, описаннымъ Zacher'омъ; тамъ, какъ и здѣсь, обращало на себя вниманіе разстройство памяти (но у Au. отчасти также и по отношенію къ старому), рѣзкое пониженіе способности запечатлѣваетъ въ памяти воспріятія (Merkfähigkeit), утомляемость, рѣзко выраженное отсутствіе способности реагировать на впечатлѣнія (Mangel an Reactionsfähigkeit auf äussere Vorgänge), полный индифферентизмъ; наконецъ—исчезновеніе всякой инициативы и утрата волевыхъ побужденій. При этомъ была сохранена способность ориентироваться. Насмѣшливости, существовавшей въ качествѣ характернаго симптома у больныхъ Zacher'a, Oppenheim'a, Jastrowitz'a и др., въ разбираемомъ случаѣ не было. Что касается измѣненій характера, то у обоихъ больныхъ набюдалась въ начальномъ стадіи болѣзни раздражительность, въ дальнѣйшемъ—благодушіе и невозмутимость.

Между прочимъ, разбираемый случай противорѣчитъ мнѣнію, объясняющему чистоту психическихъ осложненій при опухоляхъ лобной доли не очаговымъ нарушеніемъ функцій, а тѣмъ, что при этой локализаціи чаще встрѣчаются опухоли, оказывающія значительное давленіе на весь мозгъ; при другой локализаціи они раньше вызывали бы гибель организма, такъ какъ были бы ближе къ центрамъ, важнымъ для поддержанія жизни. Если бы это было такъ, то здѣсь выступали бы на ряду съ психическими симптомами, упоминавшимися въ исторіи болѣзни, признаки давленія на мозгъ, напр. спутанность, замедленіе пульса и т. д.; этихъ симптомовъ на самомъ дѣлѣ не было: другіе симптомы были на лицо, но выражены были очень слабо (напр., рвота и головная боль), или появились лишь въ концѣ болѣзни (напр. застойный сосокъ); на вскрытіи не найдено расширенія желудочковъ. Словомъ, въ данномъ случаѣ мы не можемъ истолковывать психическіе симптомы вліяніемъ сильнаго повышенія внутричерепного давленія. Эти соображенія примѣнимы и къ случаю Zacher'a.

Можно было бы привести еще очень много исторій лобно-мозговыхъ опухолей, показывающихъ, какими рѣзкими разстройствами душевной дѣятельности онѣ могутъ сопровождаться. Но, чтобы не выйти изъ рамокъ работы, я долженъ ограничиться лишь бѣглыми замѣчаніями по этому поводу.

Сопоставляя 775 случаевъ мозговыхъ опухолей, сопровождавшихся душевными разстройствами, Schuster пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: для пораженій лобной доли характерны разстройства въ формѣ нравственнаго помѣшательства, dementia, рѣже — paranoia, mania, галлюцинаціи; въ общемъ психозы. При опухоляхъ лобной доли встрѣчаются чаще, чѣмъ при опухоляхъ другихъ областей мозга.

Осложненіе мозговой опухоли душевными разстройствами наблюдалось въ четырехъ случаяхъ, описанныхъ Batten'омъ и Collier: въ первомъ изъ нихъ на ряду съ другими признаками мозговой опухоли наблюдалось слѣдующее: больная, проснувшись, внезапно начала шумно и безсвязно что-то говорить; у нея появились галлюцинаціи; душевныя разстройства исчезли по прошествіи нѣсколькихъ дней. Позже у больной стало замѣчаться дѣтское состояніе, наклонность къ буйству, затѣмъ—кома и смерть; на вскрытіи найдена гліосаркома лѣвой лобной доли, сдавливающая и правую долю. Во второмъ случаѣ саркома лѣвой лобной доли осложнялась помраченіемъ разсудка, возбужденіемъ; по временамъ больной не могъ отвѣчать правильно на вопросы; при этомъ замѣчалась наклонность падать влѣво и назадъ, паденіе зрѣнія, alexia, подъ конецъ—кома. Въ третьемъ случаѣ была гумма лѣвой лобной доли и передней части височной; больная страдала головными бо-

лями, обмороками, неправильно употребляла слова; у нея развилась картина умственнаго отупѣнія, позже—кома; лицевой и отводящій нервы были парализованы на лѣвой сторонѣ, сухожильные рефлексы повышены. Въ четвертомъ случаѣ болѣзнь началась головными болями, рвотою, падучными припадками, паденіемъ зрѣнія (neuritis optica), нистагмомъ; позже стали выступать признаки умственной слабости; смерть — въ коматозномъ состояніи черезъ одиннадцать мѣсяцевъ послѣ начала болѣзни. Найдена большая псаммома правой лобной доли.

Въ случаѣ Elder'a и Miles'a гумма лѣвой лобной доли сопровождалась болями, рвотою, сонливостью, дизартріей, правосторонними парезами, апатіей и психическими разстройствами, потерею сознанія, деменціей и т. д.

Случай Mc Ewen'a осложнялся слабоуміемъ (sarcoma), случай Auerbach'a — замедленіемъ высшихъ психическихъ функцій (angiofibrosarcoma обѣихъ лобныхъ долей), случай Schönthal'я — истерическими странностями и отсутствіемъ контроля надъ собою; случаи Booth'a и Curtis'a — пониженіемъ памяти и вниманія, замедленною рѣчью, тупоуміемъ, позже—летаргіей (бугорковая опухоль), случай Grim'a—меланхолическими явленіями, Baraduc'a—меланхолическими явленіями и признаками слабоумія, Clouston'a — маніей и деменціей, Durante — ослабленіемъ памяти, молчаливостью, меланхоліей; Runckivitz'a—помѣшательствомъ, то-же—въ случаѣ Moeli, у Shaw-Bolton'a отмѣчена совпаденіе психической слабости, дементныхъ разстройствъ съ атрофіей или недоразвитіемъ элементовъ передняго ассоціаціоннаго центра. Въ случаяхъ Byrom-Bramwell'я отмѣчена сонливость, безсмысленное выраженіе лица, пониженіе памяти и способности сосредоточивать мысли, ослабленіе вниманія, безсвязная рѣчь, перескакивающая съ одного предмета на другой, тихое настроеніе, односложные безсмысленные отвѣты.

Значеніе опухолей лобныхъ долей мозга для душевной дѣятельности подтверждается также работами Ferrier, Welt, Thompson'a, Rieger'a Raymond'a, Brault и Loefer, Lannois, Cestan и Lejonn'a.

Изъ 97 опухолей лобныхъ долей отмѣченныхъ Gianelli, въ 77 случаяхъ были психическія осложненія; то-же самое—во всѣхъ восьми случаяхъ Woolsey'я.

Для опухолей передней черепной ямки характерны, по Oppenheim'y, Neynert'y, Brums'y Hitzig'y, Hönig er'y, Wollenberg'y и другимъ авторамъ—насмѣшливость, склонность къ остротамъ, также эйфорія; цѣлый рядъ авторовъ указываютъ на осложненіе этихъ опухолей разстройствомъ, которое обозначается терминомъ «moria» (Bernhardt, Jastrowitz, Meynert, Bruns, Hitzig, Höniger и др.).

Въ случаяхъ нарывовъ лобной доли обнаруживаются подобнаго-же рода осложненія: такъ напр., Gussenbauer. видѣлъ осложненіе нарыва лобной доли помѣшательствомъ, Beck—состояніемъ психической слабости, Zeller—явленіями, напоминавшими картину паралитическаго слабоумія.

Размягченія вещества лобныхъ долей также приводятъ къ психическимъ осложненіямъ: Brissaud (утрата памяти).

Д-ръ Жуковскій въ своихъ изслѣдованіяхъ также нашелъ, что лобныя доли играютъ выдающуюся роль въ душевной дѣятельности.

По Meynert'y и др. разстройства душевной дѣятельности при прогрессивномъ параличѣ совпадаютъ съ атрофическими измѣненіями мозговой коры преимущественно лобныхъ долей.

Нарывъ правой лобной доли; наблюденіе Lépine'a (VIII); вскрытіе. Развилось слабоуміе. Больной болѣе или менѣе понималъ, что ему говорится, но очень трудно было вытянуть изъ него слово. Онъ знаками объяснялъ, что нигдѣ не чувствуетъ боли, не вставалъ самъ съ постели. Выраженіе лица безсмысленное. Безцѣльно разводитъ руками, иногда соскакиваетъ съ постели, бросаетъ все на полъ и т. д.

На ряду съ этимъ соматическіе симптомы: медленный, малый, неровный пульсъ, припадки судорогъ, дрожаніе, incontin. vesicæ et alvi, шаткая, затрудненная походка, расширеніе праваго зрачка и съуженіе лѣваго и т. д.

Въ случаѣ, описанномъ Zacher'омъ, существовало размягченіе въ области передней части обѣихъ лобныхъ долей безъ измѣненій въ остальныхъ областяхъ мозга. Zacher называетъ свой случай природнымъ экспериментомъ удаленія переднихъ отдѣловъ обѣихъ лобныхъ долей, помогающимъ выяснить вопросъ о дѣятельности ихъ; соматическіе симптомы (параличи и т. д.) и разстройства рѣчи имѣли скоропроходящій характеръ, стойкими же симптомами оказались психическія разстройства: пониженіе способности къ запоминанію впечатлѣній (Störung der Merkfähigkeit), забывчивость: больной воспринималъ и обсуждалъ все происходящее около него вѣрно, но удержать въ памяти не могъ. Онъ прежде пріобрѣтенное помнилъ ясно: напр., помнилъ событія прежней жизни, подробности своей поѣздки въ Парижъ и т. д., узналъ врача, жену, слугъ, но не могъ вспомнить, кто изъ нихъ приходилъ къ

нему послѣднимъ, о чемъ съ нимъ вчера говорили и т. п., обѣдалъ ли уже, путалъ время и т. д.

Другой симптомъ: безразличное отношеніе къ происходящему кругомъ и къ измѣненіямъ, касающимся личности самого больного: отсутствіе реактивной возбудимости.

Переѣздъ семьи въ Берлинъ, внезапное тщательное изслѣдованіе больного чужимъ врачемъ (окулистомъ), неожиданная неопрятность въ постели и т. д.—не нарушали покоя больного: ни удивленія, ни сожалѣнія не приходилось замѣтить. Онъ даже ничѣмъ не обнаружилъ, что огорченъ потерею зрѣнія! Получалось впечатлѣніе, что больной не сознаетъ, не понимаетъ своего печальнаго положенія. Онъ, однако, сознавалъ, что ничего не видитъ: «зажги свѣчку,—совсѣмъ темно»—спокойно говорилъ онъ слугѣ.

Вниманіе его не могло поддерживаться сколько-нибудь долго; психическое утомленіе наступало быстро. Не замѣчалось способности къ собственной инициативѣ. Настроеніе оставалось довольно веселымъ; больной отвѣчалъ охотно въ шутливомъ духѣ; на вопросы давалъ обыкновенно отвѣты быстро и правильно: слѣдовательно, это не была апатія.

Быстрая умственная утомляемость была выражена сильно: сначала больной дѣлалъ правильныя замѣчанія и давалъ вѣрные отвѣты,—но по прошествіи короткаго промежутка времени уже становился невнимательнымъ, разсѣяннымъ и утомленнымъ, такъ что дальнѣйшая бесѣда дѣлалась невозможною; часто онъ при этомъ засыпалъ.

Нужно еще остановить вниманіе на смѣшливомъ настроеніи больного, наклонности къ остроумію и шуткамъ: симптомъ, по Jastrowitz'y, Oppenheim'y, Bruns'y и др. характерный для опухолей переднихъ отдѣловъ обѣихъ лобныхъ долей («Witzelsucht»).

Авторъ дѣлаетъ, однако, оговорку, что можетъ быть, это явленіе объясняется и иначе: проявленіемъ существовавшей у больныхъ и раньше склонности къ насмѣшливости (онъ обращаетъ вниманіе на то, что большинство больныхъ, у которыхъ этотъ симптомъ наблюдался, были берлинцы, отличающіеся такою склонностью и въ здоровомъ состояніи).

Измѣненіе характера къ худшему, отмѣчаемое при заболѣваніяхъ лобныхъ долей Leon. Welt, Oppenheim'омъ и др., здѣсь наблюдалось лишь вначалѣ и въ слабой степени.

Въ 3-мъ случаѣ Weber'a и Papadaki у больной на ряду съ крайнею боязливостью наблюдалась наклонность къ иронiи, т. е. одинъ изъ признаковъ, считаемыхъ Monakow'ымъ характерными для пораженій лобныхъ долей («moria», наклонность къ иронiи и злымъ насмѣшкамъ). Кромѣ этого, галлюцинаціи (преимущественно зрительныя). Живость и сложность ихъ говорила бы, по мнѣнію авторовъ, противъ периферическаго ихъ происхожденія (прижатіе первыхъ двухъ паръ черепномозговыхъ нервовъ), но существовавшая у больной слѣпота, можетъ быть, давала большой просторъ обманамъ чувствъ и уменьшала способность къ контролю.

Обращаетъ на себя вниманіе отсутствіе въ этомъ случаѣ разстройствъ способности ориентироваться, отвѣчать быстро и вѣрно на вопросы, сохраненіе болѣе или менѣе правильнаго мышленія и хорошей памяти, какъ для старыхъ, такъ и для новыхъ воспріятій. Это не согласуется съ данными, сообщаемыми другими авторами.

Резюме анатомическагоизслѣдованія (макроскопическаго и гистологическаго): опухоль спереди отъ желудочковъ; атрофія обонятельныхъ и зрительныхъ нервовъ; разрушеніе нервныхъ волоконъ въ области непосредственно кпереди, кверху и сбоку отъ новообразованія.

Въ случаѣ Baraduc'a (провѣренъ вскрытіемъ), имѣлась атрофія коры обѣихъ лобныхъ долей; больной утратилъ всякую способность заботиться о себѣ (spontanéité), умеръ бы съ голода, еслибы его не кормили), не чувствовалъ холода зимою, не искалъ случая согрѣться у печки, потерялъ способность разсуждать, не могъ сообразить, что держа пищу въ рукѣ, долженъ поднести ее ко рту, не говорилъ и не объяснялся жестами, противился одѣванію, лежалъ въ постели съ безсмысленно устремленнымъ въ пространство взоромъ, не отвѣчалъ на вопросы и ничѣмъ не обнаруживалъ способность понимать ихъ—состояніе полной пассивности при отсутствіи двигательныхъ и чувствительныхъ параличей и другихъ соматическихъ очаговыхъ разстройствъ.

Henoch: атрофія коры всей правой лобной доли, особенно выраженная въ области верхней лобной извилины (вскрытіе).

Заболѣваніе началось на пятомъ году: стала плохо говорить, бить игрушки, бить безъ всякой причины другихъ дѣтей; походка стала шаткою и неувѣренною; умерла отъ дифтерита.

Экспериментальныя изслѣдованія (удаленіе лобныхъ долей) подтверждаютъ теорію, приписывающую имъ выдающуюся роль въ психической жизни: Goltz, Ferria, Hitzig, Bianchi и др.

У животныхъ послѣ операціи разстраиваются мыслительныя способности, измѣняется характеръ, наблюдаются признаки, указывающіе на распаденіе психической личности.

Итакъ, цѣлый рядъ наблюденій показываетъ, что при заболѣваніяхъ и поврежденіяхъ лобныхъ долей мозга нерѣдко разстраивается душевная дѣятельность. Но это только одна сторона вопроса. Другую сторону вопроса можно формулировать такъ: свойственны ли эти осложненія въ той формѣ, въ которой они наблюдались въ этихъ случаяхъ, именно пораженіемъ лобныхъ долей, или они могутъ зависѣть и отъ пораженія другихъ частей мозга? Но на этотъ вопросъ при-

дется отвѣтить лишь въ дальнѣйшемъ, послѣ обзора мозговыхъ пораженій отдѣльныхъ областей.

Для пониманія вліянія заболѣваній лобныхъ долей на психику большой интересъ представляютъ работы, указывающія на преобладаніе патологоанатомическихъ измѣненій въ области лобныхъ долей (атрофіи) при паралитическомъ слабоуміи; вѣдь, при этой формѣ болѣзни также обращаютъ на себя вниманіе измѣненія характера и раздражительности въ начальномъ стадіи и забывчивость, пониженіе реактивной возбудимости, индифферентное отношеніе къ своему состоянію—въ дальнѣйшихъ стадіяхъ развитія болѣзни, т. е. то-же, что считается нѣкоторыми авторами характернымъ для опухолей лобныхъ долей.

На атрофическія измѣненія въ области лобныхъ долей при прогрессивномъ параличѣ указываютъ, напр., изслѣдованія Schaffer'a (перерожденія въ области ассоціаціоннаго центра Flechsig'a) и др.

Общія замѣчанія по поводу случаевъ поврежденія и заболѣванія лобныхъ долей, сопровождающіеся психическими осложненіями. Такимъ образомъ можно назвать не мало случаевъ пораженій лобныхъ долей, сопровождавшихся стойкими измѣненіями душевной дѣятельности. Вмѣстѣ съ тѣмъ мы уже видѣли группу случаевъ поврежденій и заболѣваній лобныхъ долей, не вызывавшихъ измѣненій душевной дѣятельности, по крайней мѣрѣ—такихъ измѣненій, которыя были бы авторами наблюденій признаны заслуживающими вниманія.

Намъ придется еще разсмотрѣть нѣсколько группъ случаевъ пораженій лобныхъ долей, дававшихъ не психопатическіе, а разные другіе симптомы. Такимъ образомъ, прежде всего, мы имѣемъ право сказать, что поврежденія или заболѣванія лобныхъ долей могутъ осложняться психическими разстройствами, но не обязательно. Можетъ быть, разница въ томъ, что въ случаяхъ, сопровождающихся психическими измѣненіями, существовали иныя локализаціонныя условія, чѣмъ въ случаяхъ, оставившихъ душевную дѣятельность нетронутою? Можетъ быть, напр., только пораженія опредѣленныхъ участковъ лобныхъ долей, или пораженіе именно правой, или наоборотъ,—лѣвой доли ведетъ къ разстройству душевной дѣятельности, подобно тому, какъ афазія получается при пораженіяхъ опредѣленнаго участка 3-й лобной извилины и, при томъ, у большинства людей—при лѣвосторонней локализаціи). Или, наконецъ, по аналогіи съ локализаціей душевной глухоты и т. п. явленій, наступаетъ разстройство только тогда, когда одно полушаріе не можетъ замѣстить другое, т. е. психическая дѣятельность разстраивается при измѣненіяхъ въ обоихъ полушаріяхъ разомъ?

Этого мы не видимъ: двустороннія, правостороннія, лѣвостороннія пораженія лобныхъ долей остаются какъ бы безразличными для психики; двустороннія, провостороннія, лѣвостороннія пораженія тѣхъ же долей въ другихъ случаяхъ сопровождаются полною картиною душевнаго разстройства. Локализація пораженій въ области опредѣленныхъ извилинъ, опредѣленныхъ отдѣловъ доли не обусловливаетъ непремѣнно появленія, или отсутствія душевныхъ разстройствъ; даже размѣры пораженія не рѣшаютъ дѣла: мы имѣли случай привести примѣры обширнаго разрушенія лобныхъ долей безъ рѣзкихъ измѣненій психики и очень ограниченныхъ пораженій, вызвавшихъ психическія осложненія. Отсюда получается такой выводъ: пораженія лобныхъ долей вызываютъ разстройства психической жизни, но не всегда, а только при наличности извѣстныхъ благопріятствующихъ этому условій, каковыми являются, повидимому, не локализація процесса, а что-то другое. Что же именно?

Теоретически можно представить себѣ многое: 1) присутствіе опухоли внутри черепа, даже если эта опухоль небольшихъ размѣровъ, неминуемо измѣняетъ условія жизни всѣхъ мозговыхъ элементовъ, независимо отъ локализаціи опухоли: здѣсь мыслимы и циркуляторныя, и токсическія вліянія и вліянія отраженныя и др. При абсцессахъ къ этому присоединяется вліяніе на мозгъ продуктовъ воспалительнаго процесса, общаго заболѣванія всего организма. Размягченія, мѣстныя закупорки сосудовъ и т. п. предполагаютъ суще-

ствованіе ненормальныхъ условій для дѣятельности мозга (сосудистыя измѣненія и т. д.). Не всѣ эти измѣненія уловимы на вскрытіи: поэтому даже если мы воспользуемся исключительно такими случаями, въ которыхъ локализація болѣзненнаго процесса въ одной только лобной области и отсутствіе измѣненій во всѣхъ остальныхъ областяхъ мозга, вполнѣ доказаны осмотромъ и гистологическимъ изслѣдованіемъ каждаго уголка мозга, мы все-таки не можемъ поручиться за то, что имѣемъ дѣло съ психическими измѣненіями, какъ съ мѣстнымъ очаговымъ симптомомъ: вѣдь, нарушеніе питанія всей мозговой коры вообще, нарушеніе условій снабженія ея кровью, состава крови, омывающей ее и т. д., всегда можетъ осложниться измѣненіемъ душевной дѣятельности. Можетъ быть, мы еще болѣе обезпечили бы правильность выводовъ, если бы выдѣлили случаи не только строго провѣренные гистологически, но и свободные отъ симптомовъ повышеннаго кровяного давленія или другихъ какихъ-либо симптомовъ, указывающихъ на существованіе условій, способныхъ вызвать измѣненія психической дѣятельности независимо отъ локализаціи пораженія. Но тогда нужно собрать и подвергнуть самому тщательному анализу всѣ случаи очаговыхъ пораженій мозга, описаніе которыхъ даетъ достаточный матерьялъ для подобнаго анализа и не оставляетъ сомнѣній въ томъ, что какія-либо существенныя въ этомъ смыслѣ подробности не пропущены въ приведенныхъ исторіяхъ болѣзни. Эта работа представляется мнѣ чрезвычайно интересною, но здѣсь заняться такимъ анализомъ означало бы совершенно отвлечься въ сторону отъ своей прямой задачи — сопоставленія своихъ случаевъ раненій мозга на войнѣ съ аналогичными имъ случаями другихъ авторовъ. Я долженъ только сказать, что нѣкоторые изъ авторовъ, занявшихся критикою наблюденій, на которыхъ основывается мнѣніе о патогномическомъ значеніи психическихъ разстройствъ для заболѣваній лобныхъ долей, не только не нашли въ нихъ несомнѣнныхъ доказательствъ связи психопатическихъ симптомовъ съ очаговыми измѣненіями, но даже отнеслись критически къ существованію здѣсь измѣненій только въ лобной области и отсутствію ихъ въ другихъ областяхъ мозга, измѣненій различнаго характера.

Какъ извѣстно, Bruns, являющійся по отношенію къ

мозговымъ опухолямъ большимъ авторитетомъ, высказывалъ сомнѣніе въ томъ, что большая частота психическихъ осложненій при заболѣваніяхъ лобныхъ долей указываетъ непремѣнно на исключительно важное значеніе этой области мозга для душевной дѣятельности (значеніе «очаговое» съ клинической точки зрѣнія): «можетъ быть, частота этихъ измѣненій при опухоляхъ лобныхъ долей зависитъ всего на всего отъ того, что при такой локализаціи опухоли наиболѣе удалены отъ центровъ продолговатаго мозга и потому могутъ достигнуть наибольшихъ размѣровъ, не прекращая жизни больного».

Конечно, подобное замѣчаніе Bruns'а направлено не противъ отдѣльныхъ случаевъ, указывающихъ на развитіе психическихъ разстройствъ при пораженіяхъ лобныхъ долей, но лишь противъ статистическаго сопоставленія % психическихъ осложненій при опухоляхъ лобныхъ долей и другихъ частей мозга безъ разбора случаевъ: по Bruns'у выходитъ, что если бы мы сопоставляли случаи разные по локализаціи, но одинаковые по размѣрамъ новообразованія, выводы были свободны отъ его упрека. Вѣдь, мы знаемъ случаи въ которыхъ мозговое вещество не захвачено глубоко и на обширномъ протяженіи болѣзненнымъ процессомъ, а между тѣмъ психическія осложненія рѣзко выражены.

Другое важное обстоятельство, на которое, очевидно, приходится обращать вниманіе: если психическими осложненіями сопровождается случай опухоли, отличающейся особенно большими размѣрами, то, вѣдь, такихъ размѣровъ опухоль достигла не сразу; при статистическихъ вычисленіяхъ нужно относить этотъ случай къ группѣ «большихъ лобныхъ опухолей» только въ томъ случаѣ, если въ дѣйствительности психическія разстройства появились лишь тогда, когда опухоль достигла такихъ рязмѣровъ.

Мы имѣемъ три способа для опредѣленія (приблизительнаго, конечно) вѣроятныхъ размѣровъ опухоли въ моментъ появленія психическихъ осложненій: 1) конечно, самое важное—это непосредственный осмотръ и измѣреніе ея при оперативномъ вмѣшательствѣ въ разныя стадіи болѣзни; 2) соображенія такъ сказать ретроспективныя: на вскрытіи мы имѣемъ опухоль такихъ-то размѣровъ и такого-то строенія; мы знаемъ по даннымъ общей патологіи новообразованій, что опухоль

даннаго строенія обыкновенно развивается съ такою-то среднею скоростью.

Значитъ, можно предположить, что напр. 1/2 года тому назадъ, когда появились психическія разстройства она была еще мала, или, наоборотъ, уже и тогда должна была имѣть размѣры близкіе къ теперешнимъ, если это опухоль такого типа, который характеризуется очень медленнымъ развитіемъ и т. д. 3) кромѣ непосредственнаго наблюденія за опухолью, лежащею у насъ передъ глазами, мы имѣемъ при жизни больного и косвенные признаки размѣровъ опухоли: вѣдь, увеличиваясь опухоль вызываетъ прижатіе или разрушеніе извѣстныхъ нервныхъ корешковъ и стволовъ, сосудовъ, пазухъ, новыхъ центровъ, раньше остававшихся внѣ сферы вліянія опухоли; напр., по мѣрѣ роста опухоли, находящейся въ бѣломъ веществѣ лобной доли, внизъ мы увидимъ прижатіе обонятельнаго нерва, вдавливаніе свода глазницы, сжатіе вѣкъ, если же опухоль достигаетъ и передняго отдѣла средней ямы, то будутъ прижаты и зрительные пути въ области перекреста ихъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ появляются и признаки общемозгового давленія, хотя и не позволяющіе точно установить границы опухоли въ тотъ или иной моментъ развитія ея, но дающіе общія указанія на размѣры новообразованія.

Разбирая исторію какого-нибудь случая со всѣхъ трехъ точекъ зрѣнія, мы получимъ возможность въ детальной статистической таблицѣ сопоставлять не просто случаи опухолей разныхъ областей мозга, въ которыхъ, положимъ опухоль оказалась на вскрытіи крупною, но сдѣлаемъ болѣе тщательный выборъ для рѣшенія интересующаго насъ здѣсь вопроса мы возьмемъ для группы крупныхъ опухолей лишь такія, при которыхъ психическія осложненія появились только тогда, когда опухоль достигла крупныхъ размѣровъ и т. д.

Не меньшій авторитетъ въ данномъ случаѣ — Oppenheim говоритъ, что «психическія измѣненія должны примѣняться для локализаціонной діагности лишь съ величайшею осторожностью. Если мы имѣемъ дѣло съ мозговою опухолью сопровождающеюся слабоуміемъ, апатіею, спутанностью или даже опредѣленно выраженнымъ психозомъ и если эти осложненія появились уже въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни и имѣютъ выдающееся значеніе въ картинѣ болѣзни, то мы въ

правѣ высказать предположеніе (Vermuthung) о существованіи здѣсь опухоли лобныхъ долей. Но придавать этимъ симптомамъ, рѣшающее значеніе при опредѣленіи локализаціи опухоли мы не имѣемъ права.

Еще съ меньшимъ правомъ мы можемъ только на основаніи психическихъ симптомовъ рѣшать вопросъ о томъ, поражена ли правая лобная доля, или лѣвая, выпуклая, медіальная или нижняя сторона ея поверхности». (Oppenheim, Die Geschwülste des Gehirns, 1896).

Подобно Bruns'y и Bernhardt въ своей работѣ, посвященной симптоматологіи и діагностикѣ мозговыхъ опухолей (1881 г.), относится критически къ локализаціонному значенію психическихъ осложненій.

Мы пока говорили о томъ, что сравнивая даже совершенно «чистые» случаи, т. е. такіе, въ которыхъ была поражена одна какая-либо область мозга и совершенно точно доказано отсутствіе измѣненій въ остальныхъ областяхъ, приходится соблюдать въ выводахъ большую осторожность. Но дѣло въ томъ, что въ большинствѣ случаевъ, описанныхъ въ литературѣ, нѣтъ даже совершенно несомнѣнныхъ доказательствъ отсутствія очаговыхъ или различныхъ измѣненій въ другихъ областяхъ мозга, кромѣ лобной, не говоря уже о томъ, что большею частью мы не имѣемъ необходимыхъ въ данномъ случаѣ разультатовъ вскрытія и гистологическаго изслѣдованія всѣхъ частей мозга, даже тамъ, гдѣ исключительное пораженіе лобной доли и могло бы быть доказано патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ. при критическомъ разборѣ случая увѣренность въ его чистотѣ уменьшается.

Возьмемъ въ видѣ примѣра знаменитую въ исторіи разбираемаго вопроса работу Leonore'ы Welt, воспользовавшейся для своихъ выводовъ на ряду съ общими статистическими сопоставленіями разборомъ 12 случаевъ заболѣваній лобныхъ долей, выясненныхъ посмертнымъ анатомическимъ изслѣдованіемъ. Welt на основаніи своихъ изслѣдованій признала приведенные ею случаи за несомнѣнное доказательство значенія психическихъ симптомовъ, какъ очаговаго признака заболѣваній лобныхъ долей.

Но вотъ въ 1902 году появилась Фрейбургская работа Eduard'a Müller'a посвященная также вопросу о психопатологическихъ осложненіяхъ опухолей и поврежденій лоб-

ныхъ долей мозга. Разбирая критически случаи, приведенные въ работѣ El. Welt, Müller доказываетъ, что какъ разъ въ нихъ не получается увѣренности въ отсутствіи въ дѣйствительности разлитыхъ, распространенныхъ пораженій мозга, а потому они не могутъ служить доказательствомъ того, что достаточно заболѣванія лобной доли при полной цѣлости всѣхъ остальныхъ частей мозга, чтобы душевная дѣятельность оказалась нарушенною. Мы находимъ въ нихъ, напр., атрофическія измѣненія во всей мозговой корѣ (исчезновеніе бороздъ, уплощеніе извилинъ и т. д.), склерозъ артерій, растяженіе желудочковъ, алкогольныя измѣненія мозговыхъ элементовъ и т. д.

Я не въ правѣ, конечно, заняться разборомъ этихъ спорныхъ вопросовъ здѣсь, такъ какъ это было бы возможно лишь послѣ детальнаго анализа всѣхъ случаевъ пораженій лобныхъ долей, въ которыхъ такой анализъ возможенъ: это составило бы обширную работу, уже выходящую изъ рамокъ моего изслѣдованія; самое большее, что я могъ сдѣлать это привести примѣры разногласій въ данномъ вопросѣ.

Патолого-анатомическій разборъ случаевъ травматическихъ стоялъ бы въ болѣе тѣсной связи съ задачами моего изслѣдованія, но, прежде всего, онъ не привелъ бы къ цѣли. Представимъ себѣ, что мы выбрали бы травматическіе случаи, прослѣженные въ теченіе достаточнаго времени при жизни и провѣренные подобнымъ посмертнымъ анатомическимъ изслѣдованіемъ. Положимъ, мы взяли бы случаи перелома лобной кости съ поврежденіемъ соотвѣтствующей доли мозга и полною сохранностью всѣхъ остальныхъ областей мозга. Могли ли бы мы сдѣлать изъ этого выводъ: здѣсь то уже психическія осложненія зависѣли исключительно отъ мѣстныхъ поврежденій лобной доли? Конечно, нѣтъ: вѣдь, сама по себѣ травма головы безъ всякихъ анатомическихъ измѣненій, опредѣлимыхъ обычными способами изслѣдованія, во многихъ случаяхъ даетъ въ результатѣ психическія разстройства или симптомокомплексъ травматическихъ нейрозовъ, въ картинѣ которыхъ психическія измѣненія играютъ не маловажную роль. Прежде, чѣмъ сдѣлать изъ этого выводъ, я долженъ добавить, что мы слишкомъ хорошо, вѣдь, знаемъ, какое огромное значеніе имѣютъ при травмахъ, да, несомнѣнно, и при очаговыхъ заболѣваніяхъ

предрасполагающія условія, сила сопротивляемости организма.

Отчего не предположить, что наслѣдственныя вліянія, дегенеративныя особенности организма, предшествовавшее хроническое отравленіе алкоголемъ и т. д., рѣшаютъ вопросъ объ осложненіи травмы и заболѣванія мозга психическими разстройствами, а локализація поврежденій отступаетъ на второй планъ, является болѣе случайнымъ факторомъ? Разъ уже мы знаемъ о существованіи большого числа случаевъ поврежденій или заболѣваній лобныхъ долей, не вліяющихъ гибельно на душевную дѣятельность и большого числа заболѣваній другихъ частей мозга, сопровождающихся психическими осложненіями, только что высказанное предположеніе становится a priori возможнымъ.

Значитъ, приходится подвергать опубликованные случаи травматическихъ поврежденій еще болѣе строгой критикѣ, отдѣляя случаи, въ которыхъ имѣлись условія, предрасполагавшія къ психическимъ заболѣваніямъ, отъ случаевъ, въ которыхъ такого предрасположеніе не существовало, и отъ тѣхъ и другихъ—случаи, въ которыхъ совершенно нѣтъ данныхъ, позволяющихъ рѣшить этотъ вопросъ.

Müller, разбирая съ этой точки зрѣнія извѣстные случаи поврежденій лобныхъ долей, сообщенные E. Welt (ея собственное наблюденіе), Wendel'емъ, Ferrier и др. нашелъ въ самихъ исторіяхъ болѣзни (напр. — въ анамнезѣ), какъ разъ указанія на существовавшее уже до травмы предрасположеніе къ психическимъ анамоліямъ. Существованіе его ослабляетъ значеніе мѣстнаго характера травмы. Мнѣ кажется, что всестороннему изученію условій предрасполагающихъ къ психическому заболѣванію въ описаніи случаевъ травматическихъ поврежденій долей большаго мозга посвящается полное вниманіе лишь въ немногихъ случаяхъ. Мы, по крайней мѣрѣ, рѣдко видимъ спеціально разработанный всесторонній анамнезъ. Тѣмъ менѣе мы находимъ такія свѣдѣнія въ описаніи раненій мозга на войнѣ. Поэтому и безусловное значеніе имѣющихся описаній въ смыслѣ зависимости психическихъ осложненій отъ той или иной локализаціи поврежденій значительно понижается. Съ другой стороны только разностороннее систематическое и подробное объективное изслѣдованіе психики можетъ обезпечить правильность отрицательныхъ выво-

довъ при рѣшеніи вопроса о психическихъ осложненіахъ въ отдѣльныхъ случаяхъ.

Во всякомъ случаѣ приходится здѣсь остановиться и даже предположительные выводы отложить до того мѣста настоящаго изслѣдованія, въ которомъ мы будемъ имѣть возможность сравнить между собою формы и частоту психическихъ осложненій при раненіи каждой области мозга въ отдѣльности тамъ предполагаются разстройства безъ явныхъ анатомическихъ измѣненій.

А теперь закончу обсужденіе вопроса, приведя въ двухъ словахъ сущность выводовъ такихъ двухъ огромныхъ руководящихъ работъ, посвящающихъ много вниманія вопросамъ о клинической локализаціи мозга, какъ знаменитое руководство по заболѣваніямъ мозга проф. С. V. Monakow'a—Gehirnepathologie (послѣднее изданіе— 1905 г.) и продолжающее еще печататься выпусками руководство академика В. М. Бехтерова—Основы ученія о функціяхъ мозга (вып. 7-й, посвященный вопросамъ о функціяхъ мозговыхъ полушарій).

Проф. Бехтеревъ прежде всего, отмѣчаетъ данныя сравнительной анатоміи: переходя отъ животныхъ съ менѣе развитыми психическими способностями къ животнымъ высоко одареннымъ въ этомъ отношеніи, мы находимъ вмѣстѣ съ лучшимъ развитіемъ душевной дѣятельности и увеличеніе лобныхъ долей большого мозга; это наблюдается не только при сравненіи развитія лобныхъ долей у грызуновъ и у приматъ, но и при изученіи развитія ихъ у низшихъ видовъ, у обезьянъ человѣкообразныхъ и, наконецъ,—у людей. Это еще нагляднѣе выступаетъ, если сравнить развитіе лобныхъ долей у всѣхъ классовъ позвоночныхъ животныхъ; у земноводныхъ и пресмыкающихся онѣ вовсе отсутствуютъ. Отношеніе вѣса этихъ долей къ вѣсу всего мозгового плаща также возрастаетъ, если мы будемъ переходить отъ медвѣдя къ собакѣ, отъ собаки къ обезьянамъ, и, наконецъ, у человѣка дѣлается значительно бо̀льшимъ, чѣмъ половина относительнаго вѣса мозгового плаща. Разница же въ развитіи теменной, височной и затылочной доли между человѣкомъ и животными несравненно меньше, чѣмъ по отношенію къ лобнымъ долямъ.

2) Гистологическое изученіе лобныхъ долей показываетъ, что онѣ (собственно — «предлобная» область, вся поверхность лобныхъ долей за исключеніемъ самаго задняго отдѣла ихъ) не связаны непосредственно съ болѣе периферическими частями проэкціонными волокнами, но содержатъ только сочетательныя волокна, устанавливающія связь съ корою другихъ долей.

3) Переходя къ разбору экспериментальныхъ изслѣдованій физіологическаго значенія предлобной области, проф. Бехтеревъ раздѣляетъ мнѣнія изслѣдователей на нѣсколько категорій: по мнѣнію однихъ лобныя доли служатъ для воспріятія чувствительности и для иннерваціи движеній (Luciani и Seppilli, Munc. и Groslik), по мнѣнію другихъ — онѣ являются центромъ умственной дѣятельности (Hitzig, Ferrier), по мнѣнію третьихъ лобныя доли завѣдываютъ и тѣмъ и другимъ (Bianchi, Россолимо); нѣкоторые приписываютъ имъ задерживающее вліяніе на кожу другихъ долей (Goltz), или связываютъ ихъ дѣятельность съ чувствованіями и волевыми процессами (Flechsig). Въ виду существующаго разнорѣчія по этому вопросу для разъясненія значенія лобныхъ долей въ лабораторіи академической клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней были произведены опыты удаленія лобныхъ долей, причемъ выяснилось, что послѣ удаленія обѣихъ лобныхъ долей у оперированныхъ животныхъ появляются скоропреходящія параличныя явленія и разстройства чувствительности и рѣзкія психическія измѣненія стойкаго характера: психическое угнетеніе (неподвижность, сонливость, отсутствіе реакціи на все окружающее), раздражительность, общее ослабленіе интеллекта, отсутствіе сообразительности и способности въ достаточной мѣрѣ оцѣнивать впечатлѣнія, понимать полезное и вредное значеніе того, съ чѣмъ приходилось имѣть дѣло и т. д. Послѣ удаленія одной лобной доли психическія аномаліи не появлялись или не поддавались ясному опредѣленію. (См. изслѣд. М. Н. Жуковскаго).

Животныя, лишенныя лобныхъ долей, относятся поразительно равнодушно къ тѣмъ воздѣйствіямъ, которыя приводятъ обыкновенно къ выраженію душевныхъ движеній (ласка, угроза...). Воспріятіе впечатлѣній отъ внутренныхъ органовъ и психорефлекторныя реакціи внутреннихъ органовъ и сосудовъ иннервируются областями коры, лежащими кзади отъ лобной. Слѣдовательно, выпаденіе этихъ реакцій при удаленіи лобныхъ долей указываетъ не на нарушеніе воспріятія тѣлесныхъ раздраженій, а на утрату послѣдовательныхъ и не-

достаточную оцѣнку ихъ. Съ потерею тормозящаго вліянія лобныхъ долей на проявленіе эмоцій животныя дѣлаются чрезвычайно раздражительными. Отъ этого же можетъ зависѣть и кажущаяся нечувствительность животныхъ...

Въ общемъ, судя по экспериментальнымъ даннымъ, «предлобныя области должны быть разсматриваемы, какъ области, служащія мѣстомъ развитія индивидуальнаго ядра психической сферы, вслѣдствіе отложенія здѣсь послѣдовательныхъ слѣдовъ отъ внутреннихъ раздраженій; вмѣстѣ съ тѣмъ лобныя доли служатъ областями психо-регуляторной дѣятельности, обусловливающей развитіе высшихъ познавательныхъ функцій, выражающихся правильной оцѣнкой внѣшнихъ впечатлѣній и цѣлесообразнымъ направленіемъ и выборомъ движеній сообразно съ упомянутой оцѣнкой.

4) Патологическія наблюденія показываютъ прежде всего, что при разрушеніи лобныхъ долей у больныхъ не наблюдается ни разстройства чувствительности, ни паралича. Приводя рядъ примѣровъ осложненія пораженій лобныхъ долей психическими разстройствами акад. Бехтеровъ останавливаетъ вниманіе и на мнѣніяхъ авторовъ, относящихся скептически къ локализаціонному значенію психическихъ симптомовъ въ этихъ случаяхъ, но онъ не считаетъ возможнымъ присоединиться къ скептицизму такихъ авторовъ «уже въ виду огромнаго количества наблюденія съ травматическимъ поврежденіемъ, атрофіями и размягченіемъ лобныхъ долей, при которыхъ у больныхъ обнаруживались тѣ или другія психическія разстройства». Самъ Б. наблюдалъ цѣлый рядъ случаевъ опухолей, атрофій и др. пораженій лобныхъ долей — одной или обѣихъ съ постояннымъ и несомнѣнномъ ослабленіемъ умственныхъ способностей. Онъ указываетъ также на преобладаніе измѣненій въ корѣ переднихъ отдѣловъ мозга при паралитическомъ слабоуміи.

Признавая неполноту описанія многихъ относящихся сюда случаевъ, Б. въ общемъ находитъ сходство клиническихъ наблюденій съ результатами экспериментальныхъ изслѣдованій и приходитъ къ мысли, что тѣ и другія свидѣтельствуютъ о психорегуляторномъ значеніи лобныхъ долей; поэтому при пораженіяхъ ихъ «съ одной стороны страдаетъ болѣе или менѣе существеннымъ образомъ разсудокъ, воля и активное вниманіе, съ другой происходитъ то или другое нарушеніе психической

сферы съ измѣненіемъ личности». Психическія разстройства проявляются или въ видѣ слабоумія, или въ видѣ измѣненій личности и характера съ ослабленіемъ интеллекта и воли и возбужденіемъ, иногда съ крайнею степенью раздражительности, или, въ видѣ апатіи, или наконецъ — въ видѣ иного рода психическихъ разстройствъ.

Разбирая затѣмъ значеніе каждой лобной доли въ отдѣльностиБ. не видитъ достаточныхъ основаній для локализаціи психической дѣятельности въ одной изъ лобныхъ долей, напр. въ лѣвой какъ это предполагали нѣкоторые авторы. «Хотя при одностороннемъ разрушеніи предлобной области и могутъ быть открываемы въ отдѣльныхъ случаяхъ характерныя явленія, но эти послѣднія съ гораздо большею рельефностью выступаютъ при разрушеніи обѣихъ предлобныхъ областей». Это зависитъ отъ тѣсной связи между обѣими лобными долями (черезъ forceps maj.), допускающей компенсацію функцій одной доли дѣятельностью другой.

Относительно преобладающая роль лѣвой лобной доли допустима въ виду связи мыслительной дѣятельности съ рѣчевою (напр. афазія, по наблюденіямъ автора, сопровождается разстройствомъ способности къ математическимъ вычисленіямъ).

Monakow говоритъ по поводу симптоматологіи опухолей лобныхъ долей: для опредѣленія мѣста пораженія психическіе симптомы (разстройство способности ориентироваться въ пространствѣ и времени и др.) могутъ примѣняться лишь съ крайнею осторожностью (mit allergrösster Vorsicht). Хотя глубокія измѣненія интеллекта встрѣчаются при большихъ очаговыхъ пораженіяхъ лобныхъ долей сравнительно чаще, чѣмъ при пораженіяхъ другихъ областей мозга, всетаки прямая связь между заболѣваніями лобныхъ долей и сопутствующими измѣненіями психики остается до сихъ поръ совершенно темною (völlig dunkel).

Я остановился такъ подробно на этой группѣ случаевъ въ виду того что благодаря имъ выясняется одинъ изъ самыхъ интересныхъ вопросовъ физіологіи мозга—вопросъ о томъ, находится ли душевная дѣятельность у человѣка въ зависимости отъ опредѣленныхъ мозговыхъ областей, отъ спеціально для нея предназначенныхъ нервныхъ элементовъ?

Разбирая локализацію различныхъ сторонъ мозговой дѣятельности въ своемъ извѣстномъ трудѣ о заболѣваніяхъ го-

ловного мозга, проф. M. E. Brissaud по поводу психической дѣятельности ставитъ вопросъ въ такой формѣ. «Пришелъ ли уже тотъ день, когда можно требовать отвѣта на вопросъ о томъ, существуетъ ли опредѣленная локализація для умственной дѣятельности, для волевыхъ актовъ»? Не играетъ ли при этомъ главную роль та обширная область мозга, функціи которой такъ мало выяснены,—лобно-глазная область?—продолжаетъ онъ.

Какъ извѣстно, Munk и нѣк. др. изслѣдователи отрицали возможность локализацію психической дѣятеляности мозга въ опредѣленныхъ, ограниченныхъ областяхъ его. Напротивъ того Fritsch и Hitzig, признавая значеніе всѣхъ отдѣловъ мозговой коры для разныхъ сторонъ душевной дѣятельности, настаивали на участіи опредѣленныхъ областей мозга въ процессѣ отвлеченнаго мышленія и считали лобныя доли мозга областью наиболѣе важною въ этомъ отношеніи.

Ferrier локализировалъ здѣсь способность сосредоточивать вниманіе, подчеркивая связь существующую между этою способностью и способностью поворачивать голову и глаза въ опредѣленномъ направленіи; этими движеніями, какъ извѣстно, управляютъ центры, заложенныя въ лобныхъ доляхъ мозга. Способность сосредоточивать вниманіе, играющая выдающуюся роль въ процессѣ мышленія, имѣетъ близкую аналогію со способностью вызывать какое-нибудь намѣченное волевое движеніе, при чемъ, конечно, необходимо одновременно съ опредѣленнымъ волевымъ импульсомъ умѣть подавлять другіе, ненужные въ данномъ случаѣ импульсы. Какъ при выполненіи какого-нибудь точнаго движенія, намѣченнаго волею, такъ и при сосредоточиваніи вниманія на опредѣленныхъ представленіяхъ, играетъ роль двоякая дѣятельность мозговыхъ центровъ: импульсивная—по отношенію къ задуманному, задерживающая—по отношенію ко всему остальному. Анатомическая близость центровъ вниманія (лобная доля) и центровъ психомоторныхъ (ея заднія отдѣлы и части мозга, непосредственно съ нею соприкасающіяся) представляется, слѣдовательно, вполнѣ естественною. Что элементы лобной доли вообще обладаютъ способностью задерживать дѣятельность другихъ частей нервной системы,—показываютъ опыты Fano (при раздраженіи лобныхъ долей понижается сила рефлектовъ, рефлексы замѣдляются и кривая рефлекторной дуги дѣлается

менѣе выпуклою), Oddi (раздраженіе лобныхъ долей задерживаетъ движенія мышцъ, вызываемыя раздраженіемъ переднихъ спинномозговыхъ корешковъ).

По Bianchi, выпаденіе дѣятельности лобныхъ долей вызываетъ притупленіе душевной дѣятельности, апатію, и наклонность къ безцѣльнымъ безпорядочнымъ движеніямъ; характерна при этомъ потеря разсудочной способности и критики. Наиболѣе важная сторона дѣятельности лобныхъ долей заключается, по Bianchi, въ процессѣ психическаго синтеза, сознанія личности, въ процессѣ сочетанія тѣлесныхъ ощущеній съ умственною и критическою дѣятельностью и съ дѣятельностью центровъ, управляющихъ движеніями, а также съ процессомъ вниманія и сознательною стороною психики.

На значеніе лобныхъ долей для душевной дѣятельности указываютъ также работы A. Starr'a.

Wundt обращаетъ вниманіе въ своихъ изслѣдованіяхъ на то, что при участіи однихъ чувствительныхъ и чувственныхъ центровъ получается простое ощущеніе отъ внѣшнихъ раздраженій—«перцепція» ихъ, для того-же, чтобы они воспринимались сознательно, для «апперцепціи», нужно одновременное сосредоточиваніе вниманія на воспринимаемомъ ощущеніи, это достигается уже при участіи элементовъ лобной доли. При этомъ апперцепція сочетается съ напряженіемъ мышцъ, соотвѣтствующихъ данному ощущенію. Элементы лобной доли участвуютъ въ актѣ вниманія въ томъ смыслѣ, что посылаютъ импульсы, повышающіе возбудимость опредѣленнаго чувственнаго центра.

Встрѣчаясь въ общемъ часто при опухоляхъ лобныхъ долей психическія осложненія появляются однако во многихъ случаяхъ лишь въ позднемъ стадіи болѣзни, или имѣютъ періодическій характеръ; получается такое впечатлѣніе, что они появляются только при наличности благопріятныхъ условій въ смыслѣ соотвѣтствующей природы патологическихъ измѣненій, способа дѣйствія сдавленія мозговыхъ элементовъ, размѣровъ циркуляторныхъ разстройствъ, невредимости противоположнаго полушарія, индивидуальныхъ особенностей больного. (См. примѣч. къ стр. 794). Не лучше обстоитъ дѣло съ очаговыми размягченіями въ области лобныхъ долей: при опухоляхъ картина разстройствъ осложняется симптомами повышеннаго внутричерепного давленія, циркуляторныхъ ано-

малій и т. д.—въ зависимости отъ присутствія самой опухоли въ черепной полости; здѣсь же самыя причины размягченія предполагаютъ существованіе циркуляторныхъ и иныхъ измѣненій, могущихъ оказывать большое вліяніе на душевную дѣятельность.

Приведя эти соображенія относительно связи между заболѣваніями лобныхъ долей и разстройствами душевной дѣятельности, Monakow переходитъ къ обзору отдѣльныхъ видовъ душевныхъ разстройствъ, считающихся характерными для пораженій разсматриваемой области мозга. Онъ отмѣчаетъ разнообразіе ихъ. Разстройства общаго характера (слабоуміе, спутанность, коматозныя состоянія) преобладаютъ при опухоляхъ. Но встрѣчаются также и особыя формы нейрозовъ и психозовъ. Придерживаясь сопоставленій Schuster'a мы можемъ назвать: 1) состоянія, напоминающія картину прогрессивнаго паралича или хронической паранои; 2) состоянія меланхолическія, угнетенныя, съ психическою слабостью или раздражительностью; 3) нейрастеническія и истерическія разстройства; 4) помѣшательство, галлюцинаторный бредъ, корсаковскій психозъ, эпилептическое или маніакальное возбужденіе; 5) слабоуміе съ возбужденіемъ или безъ возбужденія, съ измѣненіемъ характера къ худшему (нравственное помѣшательство), эйфоріею, несмѣшливостью и т. д.

Нерѣдко при большихъ опухоляхъ лобной доли приходится имѣть дѣло съ разстройствами сознанія (сопорозныя состоянія, сонливость, кома) и способности ориентироваться въ пространствѣ и времени. Придавать локализаціонное значеніе такимъ разстройствамъ, конечно, нельзя: они встрѣчаются при самыхъ разнообразныхъ заболѣваніяхъ мозга и даже при многихъ болѣзняхъ другихъ органовъ (въ конечныхъ стадіяхъ). При существованіи общемозговыхъ явленій нельзя уже искать въ психопатологическихъ симптомахъ точекъ опоры для опредѣленія мѣста очага; то, что описываютъ подъ видомъ слабоумія, разстройства интеллектуальной дѣятельности, способности къ сужденію, подъ именемъ нравственнаго отупѣнія, на самомъ дѣлѣ является нерѣдко лишь однимъ изъ проявленій начинающагося сопора или комы.

Наиболѣе характернымъ симптомомъ пораженія лобныхъ долей считается насмѣшливость (moria), наклонность къ извращеннымъ и страннымъ поступкамъ.

Наоборотъ, простое ослабленіе умственной дѣятельности (пониженіе способности къ сужденію), ослабленіе вниманія, способность къ самообладанію и самоконтролю, соединенное съ притупленіемъ чувствованій, т. е. симптомы, которые должны были бы выступать на первый планъ при пораженіяхъ лобныхъ долей—органа высшихъ психическихъ функцій—оказываются при детальномъ разборѣ статистическаго матерьяла рѣдкими (въ пользу этого высказывается и Müller).

Отмѣчая большое вниманіе, посвященное авторами значенію симптома насмѣшливости, шутливости при общемъ пониженіи умственной дѣятельности (по Oppenheim'y—«Witzelsucht», по Jastrowitz'y—«moria», hypomania), М., указавъ рядъ случаевъ, въ которыхъ отмѣченъ этотъ симптомъ, приводитъ однако и возраженія E. Müller'a, касающіяся не достаточной чистоты случаевъ въ анатомическомъ и клиническомъ отношеніи (значеніе общей экспансивности, слабоумія, «дѣтскаго» состоянія, эпилепсіи, распространеннаго склероза артерій, множественнаго характера пораженій и т. д.). Кромѣ того, этотъ симптомъ встрѣчается и при опухоляхъ и разныхъ очаговыхъ пораженіяхъ другихъ областей мозга.

(По статистикѣ Schuster'a, изъ 23 случаевъ на долю лобныхъ долей приходится только 15). Въ концѣ концовъ М. приходитъ къ выводу, что «Witzelsucht» нельзя считать признакомъ вполнѣ характернымъ для пораженій лобныхъ долей; противъ непосредственной зависимости его отъ мѣстныхъ заболѣваній лобныхъ долей говоритъ и то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ появляется лишь эпизодически.

Резюмируя симптоматологію заболѣваній лобныхъ долей, М. перечисляетъ въ числѣ разстройствъ, свойственныхъ этимъ заболѣваніямъ, измѣненія душевной дѣятельности (пониженіе способности схватывать впечатлѣнія, памяти, интересовъ, сужденія—состоянія, напоминающія симптомы прогрессивнаго паралича, старческаго слабоумія и артеріосклероза, раннее появленіе общихъ психическихъ разстройствъ, утомляемости), но съ тою оговоркою, что эти симптомы не могутъ быть названы неизбѣжными послѣдствіями подобныхъ пораженій.

Нарушеніе психическаго равновѣсія, извѣстнаго рода экспансивность съ наклонностью къ шутливости (possenhafte Treiben), къ ироническимъ замѣчаніямъ (Witzelsucht), или разнымъ аномаліямъ настроенія (меланхолическія и ипохондрическія

состоянія), иногда, въ извѣстныхъ стадіяхъ болѣзни—состоянія возбужденія, напоминающія эпилепсію—встрѣчаются при очагахъ, ограничивающихъ размѣры черепной полости, въ значительномъ числѣ случаевъ, «вѣроятно—чаще, чѣмъ при иной локализаціи пораженій» (s. 800).

Приведя примѣры случаевъ, осложненыхъ психическими разстройствами, M. приводитъ и отрицательные случаи (напр. Blaquière'a, Rouelle, Durante, свой собственный).

Онъ совѣтуетъ при оцѣнкѣ случаевъ принимать во вниманіе механическое дѣйствіе очаговаго заболѣванія, вліяніе на мозговое кровообращеніе и т. д.: получающійся при этомъ некрозъ коры отъ прижатія и т. п. долженъ быть принятъ въ расчетъ. Нужно прослѣдить видъ разстройствъ, постоянство ихъ и т. д. Весь этотъ детальный разборъ случаевъ требуетъ огромнаго труда.

M. приводитъ примѣры, показывающіе, что иногда психическія разстройства приходится поставить въ связь не съ поврежденіемъ извѣстной части вещества лобной доли, а съ косвенными вліяніями опухоли (растяженіе желудочковъ мозговою жидкостью, общее прижатіе мозговой коры и т. п.): напр., въ одномъ изъ случаевъ Durante удаленіе опухоли лобной доли, сопровождавшееся вырѣзываніемъ мозгового вещества на бо́льшемъ протяженіи, чѣмъ то, которое занималось опухолью, не усилило, а устранило психическіе симптомы, значитъ, не размѣры травмы играли здѣсь роль. Тому-же учатъ и многія другія наблюденія подобнаго рода. Или приходится допустить возможность сосредоточенія психическихъ функцій въ здоровомъ полушаріи, освобождающемся послѣ операціи отъ прижатія и т. д.

Въ концѣ концовъ M. приходитъ къ выводу, что появленіе психическихъ осложненій при опухоляхъ лобныхъ долей не обязательно (nicht zu den gesetzmässig auftretenden Symptomen gehört), но частота ихъ при односторонніхъ заболѣваніяхъ лобныхъ долей обращаетъ на себя вниманіе. M. ссылается при этомъ на статистику Schuster'a: психическія осложненія при опухоляхъ лобной доли въ 80% случаяхъ, при опухоляхъ другихъ областей полушарій большого мозга — въ 52—66,6% (за исключеніемъ опухолей мозолистаго тѣла, при которыхъ почти въ 100%), а мозгового ствола— въ 25%. Но если принять во вниманіе всѣ случаи мозговыхъ опухолей, то % случаевъ психическихъ осложненій при опухоляхъ множественныхъ и мозжечковыхъ мало чѣмъ отличается отъ опухолей лобныхъ долей. Въ общемъ изъ одной клинической статистики опухолей нельзя вывести доказательства зависимости психическихъ функцій отъ дѣятельности лобныхъ долей.

Нужно имѣть въ виду, что, по воззрѣніямъ проф. Flechsig'a и др., какъ-разъ первая и вторая лобныя извилины входятъ въ составъ передняго ассоціаціоннаго центра, т. е. являются одной изъ областей мозговой коры, содержащихъ только ассоціаціонныя волокна и играющихъ роль въ сочетаніи представленій и вообще въ психическихъ процессахъ. Ученіе Flechsig'a основано на изученіи строенія коры различныхъ областей мозга, времени міэлинизаціи элементовъ различныхъ участковъ коры и т. д. Нельзя, конечно, считать Flechsig'овское ученіе въ его полномъ объемѣ твердо установленнымъ; противъ него дѣлались серьезныя возраженія (проф. Hitzig, проф. Monakow, д-ръ Vogt и др.) въ томъ смыслѣ, что психическія функціи находятся въ зависимости не исключительно отъ центровъ Flechsig'a, но отъ всей мозговой коры. Тѣ доказательства на которыя ссылается F., не имѣютъ абсолютнаго значенія.

Но подробнѣе я остановлюсь на ученіи объ ассоціаціонныхъ центрахъ впослѣдствіи, послѣ обозрѣнія симптоматологіи отдѣльныхъ областей мозга.

Разстройства рѣчи при поврежденіи и заболѣваніи лобныхъ долей.

На основаніи общераспространенныхъ взглядовъ на центральную двигательную иннервацію рѣчи можно предположить, что при раненіяхъ лобныхъ долей, въ особенности — лѣвой должны встрѣчаться часто случаи двигательной афазіи. Въ извѣстномъ числѣ случаевъ это осложненіе и наблюдается въ дѣйствительности. Примѣрами раненій лобной части мозга на войнѣ могутъ служить случай Голубева, приведенный у Дъяконова подъ № 24, «Склеша» и «Касперъ М.» Делятицкаго, случай, описанный Н. Н. Якунинымъ и др.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ раненія были лѣвостороннія.

Раненый «Склеша», описанный Делятицкимъ. Входное отверстіе на 1 сант. выше и на 2 сант. кзади отъ верхушки раковины лѣваго

уха; выходное—слѣва на 5 сант. выше скуловой дуги на границѣ лобной и теменной костей. По всему протяженію хода пули подъ кожею ощупываются осколки черепныхъ костей. При операціи найдено много свободныхъ костныхъ осколковъ; стекловидная пластинка сломана на значительномъ разстояніи, и осколки ея внѣдрены между твердою мозговою оболочкою и черепомъ. Твердая оболочка разорвана; въ мозгъ внѣдрено много осколковъ; мозговое вещество размозжено. Выдѣлилось много гноя и омертвѣлыхъ частей мозга. На вскрытіи: нарывъ, сообщающійся съ боковымъ и среднимъ желудочкомъ и черезъ нихъ—съ основаніемъ мозга.

Раненый до операціи самъ ходилъ, мычалъ, показыв. на голову, по временамъ плакалъ, самъ просилъ подкл. судно, но вмѣсто всѣхъ словъ только повторялъ отъ времени до времени единственное слово «склеша». Темпер. норм. Черезъ 2 дня состоянія ухудшилось, появились позывы на рвоту, полная слабость, подавленность, повышеніе температуры и т. д. Послѣ операціи (резекція черепа, удаленіе гноя, осколковъ, волосъ и мертвой ткани), постепенно температура стала понижаться, самочувствіе улучшилось. Черезъ нѣсколько дней оперированный могъ повторять за врачомъ нѣкот. односложн. слова (стулъ, столъ, ножъ), но на вопросъ «какъ зовутъ?» отвѣчалъ прежнимъ словомъ «склеша». Параличей и судорогъ не было. Промоканіе повязки и выпаденіе мозга. На 15-й день послѣ операціи снова повышеніе температуры, потеря сознанія, безпокойство (больной сорвалъ повязку и впился зубами въ рану). Черезъ недѣлю умеръ, не приходя въ сознаніе.

Въ нѣкоторыхъ изъ случаевъ раненій мозга, описанныхъ А. Г. Делятицкимъ, можно предположить поврежденіе лобныхъ долей. Примѣрами могутъ служить его 1-й, 2-й и 3-й, 10-й, 20-й, 22-й, 23-й, 24-й, 27-й, 28-й, 29-й.

Для точнаго выясненія локализаціи поврежденія собственно лобной доли (лѣвой) здѣсь нѣтъ достаточныхъ данныхъ. Мы имѣемъ только свѣдѣнія о томъ, что поврежденія, найденныя при изслѣдованіи раненаго до и во время операціи, оканчивались спереди въ области вѣнечнаго шва на 5 сант. скуловой дуги.

Это—приблизительно область pteriоn и здѣсь сильвіева борозда дѣлится на свои вѣтви. Осколки, находящіеся въ передней части раны могли повредить задній отдѣлъ 3-й лобной извилины. Въ пользу этого говоритъ и двигат. афазія, наблюдавшаяся у раненаго съ самаго начала.

Пулевое раненіе головы въ области, соотвѣтствующей лобной долѣ являлось причиною рѣчевыхъ разстройствъ также въ случаѣ д-ра Н. Н. Якунина: 23-лѣтній солдатъ былъ раненъ пулею въ голову; сначала находился въ безсознательномъ состояніи; придя въ сознаніе замѣтилъ, что не можетъ говорить. При изслѣдованіи его въ слѣдующемъ году еще существовали рѣчевыя разстройства: «больной говорилъ съ трудомъ, медленно вспоминая слова, часто путалъ буквы, дѣлалъ неправильныя окончанія, сознавая свои ошибки, не

всегда могъ ихъ исправить». Разстройства эти относились какъ къ произвольной рѣчи, такъ и къ повторенію словъ. Д-ръ Якунинъ предположилъ въ данномъ случаѣ пораженіе извилины Broca. Рубецъ соотвѣтствовалъ области лобной и теменной костей на лѣвой сторонѣ головы.

Въ случаѣ д-ра Pochhammer'a вдавленіе черепного свода въ области центра Broca вызвало появленіе признаковъ двигательной афазіи, къ которымъ позже присоединились признаки чувственной афазіи.

Д-ръ Ed. Müller, на основаніи собраннаго имъ обширнаго матерьяла (болѣе 164 случаевъ опухолей лобной доли) пришелъ къ заключенію, что двигательная афазія встрѣчается приблизительно въ 18, 3% случаевъ опухолей лобныхъ долей, при чемъ 1/3 случаевъ приходится на долю опухолей лѣваго полушарія.

У проф. Дьяконова приводится слѣдующій примѣръ изъ серіи случаевъ Голубева. Замѣтки о немъ настолько кратки, что можно привести ихъ цѣликомъ.

«Петръ, 139 Моршанскаго раненъ 1 окт. у Шахе. Начиная отъ средины лба, идетъ желобов рана неправильно, зигзагами, дугообразно кверху влѣво и кзади, оканчивается на 6 сант. выше ушной раков. и на 3 сант. кзади отъ нея. Говоритъ только «да».

Нужно еще добавить, что это одинъ изъ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ послѣ заживленія раны остались дефекты костнаго вещества, т. е. въ черепѣ существуютъ мягкія перепонки вмѣсто недостающ. кости.

Значитъ, охарактеризовать эту рану можно такъ: если здѣсь были поврежденія глубокихъ частей, то—соотвѣтственно лѣвой 1/2 лобной кости и лѣвой теменной кости. Изъ симптомовъ упомянута только двигательная афазія.

Примѣрами неогнестрѣльныхъ поврежденій, затрогивающихъ лобную область мозга и сопровождающихся рѣчевыми разстройствами могутъ служить случаи, описанные д-рами М. С. Масловскимъ, Amberger'омъ, Z. W Hotchkis'омъ, проф. М. М. Кузнецовымъ и др.

Въ случаѣ д-ра Масловскаго имѣлись двѣ раны послѣ удара прикладомъ ружья (одна—въ области лѣвыхъ теменной и лобной костей, и другая—подъ лѣвымъ лобнымъ бугромъ; кость была вдавлена вглубь. Въ одномъ изъ наблюденій д-ра Amberger'a (четвертомъ) имѣлся ушибъ лѣвой половины лобной кости, полученный при паденіи съ велосипеда; въ случаѣ Hotchkiss'a—небольшое корковое кровоизліяніе въ области третьей лобной извилины, послѣ ушиба головы, полученнаго при паденіи съ высоты 9 футовъ.

Разстройства рѣчи въ случаѣ д-ра Масловскаго выражались неполною двигательною афазіею; больной все понималъ и слышалъ хорошо, угадывалъ рѣчь собесѣдника по движенію его губъ, но самъ могъ объясняться только мимикой; вначалѣ онъ не произносилъ ни од-

ного слова, за исключеніемъ «но»; позже вернулась способность произносить и нѣкоторыя другія слова, напр. «столъ», «хорошо», «ничего» и др.; онъ произносилъ ихъ заикаясь, очень радовался тому, что начинаетъ опять говорить. Въ теченіе слѣдующихъ дней больной могъ произносить уже цѣлыя фразы, хотя еще съ нѣкоторымъ затрудненіемъ. Современемъ рѣчь его стала вполнѣ правильною.

Въ случаѣ д-ра Amberger'a отмѣчена также двигательная афазія: пытаясь высказать какую-нибудь мысль, больной затруднялся въ выборѣ подходящихъ словъ; онъ могъ лишь съ трудомъ произносить недлинныя слова.

Больной д-ра Hotchkiss'a вначалѣ могъ выговорить только такія слова, какъ «yes», «certainly», «sure» (т. е. «да», «конечно», «безъ сомнѣнія»); онъ узнавалъ всѣ показываемые ему предметы и старался подыскать для нихъ названіе. но это ему не удавалось, Позже афазія сдѣлалась полною (сознаніе было сохранено). Черезъ 5 дней послѣ операціи больной снова могъ говорить, хотя и съ нѣкоторымъ затрудненіемъ. Больной вполнѣ выздоровѣлъ.

Въ IV изъ случаевъ, описанныхъ проф. Кузнецовымъ, больной, узнавая вполнѣ правильно предметы и понимая для чего они предназначены, не умѣлъ назвать ихъ, не могъ также вспомнить имена знакомыхъ людей; не могъ также написать сполна свою фамилію (удавались только три первыя буквы); при счетѣ пропускалъ цифры. Рѣчь оставалась неправильною и послѣ улучшенія общемозговыхъ явленій (сонливость, судороги и т. д.), онъ, напр.. палецъ называлъ деревомъ. Затѣмъ наступила спячка, появились признаки отека легкихъ, судороги и больной умеръ. Пораженіе мозга въ этомъ случаѣ можно опредѣлить довольно точно: въ заднемъ отдѣлѣ лобной области, именно—тамъ, гдѣ Sylvi'ева борозда раздѣляется на горизонтальную и восходящую вѣтви, въ толщѣ мозговой коры образовалась полость величиною съ волошскій орѣхъ, выполненная кровяными сгустками и сообщающаяся съ полостью бокового желудочка; случай осложнялся воспалительными измѣненіями въ мозгу и его оболочкахъ. Въ пятомъ случаѣ отмѣчена двигательная и слуховая афазія безъ аграфіи и алексіи. Больной выздоровѣлъ; способность рѣчи возстановилась вполнѣ. Въ седьмомъ случаѣ больной, узнавая показываемыя ему вещи; не могъ назвать ихъ и вообще не могъ говорить; свой возрастъ онъ молча показывалъ на пальцахъ. Постепенно рѣчь возстановилась. Здѣсь существовали, вѣроятно, измѣненія въ области двигательнаго центра рѣчи и, судя по другимъ симптомамъ,—въ области центра лицевыхъ мышцъ.

Замѣтимъ еще, что въ случаѣ д-ра Масловскаго, кромѣ афазіи, наблюдался парезъ правой стороны тѣла, въ четвертомъ случаѣ проф. Кузнецова — судороги правой руки, косоглазіе, сонливость; черезъ нѣсколько дней послѣ операціи больной сталъ относиться болѣе сознательно къ окружающему, но потомъ наступило состояніе глубокой спячки, судороги, признаки отека легкихъ, при которыхъ онъ и умеръ. Седьмой случай проф. Кузнецова осложнялся параличемъ лицевого нерва; современемъ параличъ и разстройство рѣчи постепенно исчезли; у больного остался только шумъ и звонъ въ лѣвомъ ухѣ.

Двигательная афазія не всегда служитъ указаніемъ на мѣстоположеніе болѣзненнаго очага въ области третьей лобной извилины; напр., въ одномъ изъ случаевъ, описанныхъ Byrom-Bramwell'емъ въ 1899 г. (Brain, 1899 г.), именно въ 11-мъ причиною афизическихъ разстройствъ являлась гліома и кровоизліяніе въ области задняго конца второй лобной извилины n gyr. praecentralis.

Однажды больной, о которомъ идетъ рѣчь, читая что-то своей дочери вслухъ, вдругъ началъ читать безсмысленныя какія-то слова на странномъ жаргонѣ; вслѣдъ за этимъ онъ потерялъ сознаніе. По окончаніи припадка у больного осталась полная двигательная афазія со словесною слѣпотою и аграфіей, но безъ словесной глухоты. Больной не могъ прочесть свое имя, букву «а»; могъ написать правильно свое имя, но фамилію писалъ съ ошибками. Опускаю пока остальныя подробности, касающіяся аграфіи.

Въ 5-мъ случаѣ—въ области двигательнаго и чувственнаго центровъ рѣчи (gyr. Broce и gyr. Wernicke), въ 7-мъ случаѣ—въ области двигательнаго центра рѣчи и центра лицевыхъ мышцъ.

Пораженія, вызывающія двигательную афазію, локализируются обыкновенно въ области Broca. Мѣстоположеніе ея проф. André опредѣляетъ такъ: она занимаетъ четырехугольникъ, вышиною въ 3—4 сантиметра и шириною въ 2,5—3,4 сант., соотвѣтствующій заднимъ двумъ пятымъ третьей лобной извилины и ограниченный спереди восходящею вѣтвью Sylvi'евой борозды, сзади—Rolando'вою бороздою, сверху — нижнею лобною бороздою и снизу — горизонтальною вѣтвью Sylvi'евой борозды. Но въ виду того, что въ расположеніи нижней лобной борозды и вѣтвей Sylvi'евой борозды встрѣчаются индивидуальныя различія, анатомическія измѣненія при афазіи иногда не совпадаютъ вполнѣ съ только-что упомянутою областью: они могутъ локализироваться позади конца нижней лобной борозды, т. е. въ нижнемъ отдѣлѣ gyrus praecentralis, или, наоборотъ, впереди восходящей вѣтви Sylvi'евой борозды. Между тѣмъ, при этихъ варіаціяхъ отношеніе очага къ глубокимъ частямъ мозга можетъ оставаться неизмѣненнымъ, въ чемъ можно наглядно убѣдиться, разсматривая

рисунки, иллюстрирующіе сказанное въ очеркѣ заболѣваній мозга проф. Brissaud (p. 122).

Я ограничился нѣсколькими примѣрами, указывающими на отношеніе двигательной афазіи къ поврежденію извилинъ лобной доли. Служатъ ли пораженія области Broca и близкихъ къ ней участковъ мозга (напр. 2-й лобной извилины, нижняго отдѣла gyr. praecentr) единственною причиною двигательной афазіи, — этими случаями не рѣшается. Отвѣтить на этотъ вопросъ можно будетъ послѣ изученія заболѣваній и поврежденій другихъ областей мозга. Двигательная афазія въ чистомъ видѣ составляетъ лишь одинъ частный случай рѣчевыхъ разстройствъ, наблюдающихся при поврежденіяхъ и заболѣваніяхъ мозга. Въ виду этого, я думаю, удобнѣе болѣе детальный и основательный разборъ рѣчевыхъ разстройствъ отложить до того мѣста этого очерка, въ которомъ я буду разбирать значеніе отдѣльныхъ симптомовъ поврежденія мозга по окончаніи бѣглаго обзора клиническихъ картинъ, свойственныхъ различнымъ областямъ мозга.

Пока добавлю къ сказанному лишь два замѣчанія.

Во первыхъ, по взглядамъ современныхъ авторовъ, напр. проф. v. Monakow'a, если пораженіе какого-нибудь ограниченнаго мѣста мозговой коры и вызываетъ опредѣленную форму разстройства рѣчи, какъ основной признакъ, то уже a priori нужно предположить, что выпаденіе дѣятельности этого центра косвенно отражается на дѣятельности другихъ центровъ, непосредственно связанныхъ съ нимъ. Если эти центры обычно работали при условіи возбуждающаго вліянія центра, недѣятельность котораго теперь угасла, то они не могутъ уже жить прежнею жизнью: получаются явленія, указывающія на пониженіе дѣятельности ихъ, родъ шока, которому проф. Monakow даетъ спеціальное названіе «diaschisis». Признаки этого вторичнаго пораженія центровъ обыкновенно въ дальнѣйшемъ исчезаютъ, стойкими являются лишь признаки пораженія центра, подвергшагося основнымъ измѣненіямъ.

Второе мое замѣчаніе коснется значенія 3-ей лобной извилины для афазіи. Не особенно давно вышла работа P. Marie, стремящаяся доказать ошибочность мнѣнія объ исключительномъ значеніи этого центра для двигательной афазіи. Авторъ, подвергнувъ критическому изученію оба случая, которые дали нѣкогда поводъ установить ученіе о центрѣ Broca,

нашелъ, что въ одномъ изъ нихъ (Leborgne) поврежденія 3-й лобной извилины являлись добавочнымъ, несущественными (кромѣ нихъ существовало пораженіе области Wernicke и др.); къ этому выводу авторъ пришелъ, изучая клиническую картину, наблюдавшуюся у даннаго больного (при разборѣ ея Broca допустилъ ошибки, на которыя и указываетъ авторъ) и подвергнувъ изслѣдованію мозгъ больного, хранящійся въ музеѣ Dupuytren'a. Еще менѣе доказательнымъ онъ считаетъ второй случай Broca (Lelong); здѣсь вовсе и не было очага въ области 3-й лобной извилины, серозныя же скопленія подъ мягкою мозговою оболочкою, сдавившія, по объясненію Broca, нижнюю вѣтвь 2-й лобной извилины, по Marie оказываются старческимъ симптомомъ, такъ-же, какъ и атрофія мозга; что касается афазіи, то ея здѣсь и не было, а было лишь обыкновенное старческое слабоуміе. Въ дальнѣйшемъ Marie указываетъ на цѣлый рядъ авторовъ, доказавшихъ неправильность мнѣнія Broca объ исключительномъ значеніи 3-й лобной извилины въ данномъ случаѣ. Нельзя не согласиться съ замѣчаніемъ Marie, указывающимъ на то, что лишь тѣ случаи даютъ возможность дѣйствительно разобраться въ вопросѣ объ афазіи, въ которыхъ мозгъ подвергся не простому осмотру только, а подробному гистологическому изслѣдованію.

Къ семіотическому значенію двигательной афазіи при поврежденіяхъ лобной и другихъ долей мозга съ точки зрѣнія локализаціи поврежденій мы вернемся послѣ обзора поврежденій всѣхъ долей головного мозга.

Въ извѣстномъ числѣ случаевъ пораженія лобныхъ долей осложняются разстройствомъ письменной рѣчи—**аграфіей**.

Такъ напр., въ одномъ изъ случаевъ, описанныхъ д-ромъ E. Sciamanna, на ряду съ легкою степенью дизартріи наблюдалось слѣдующее: лишь послѣ ряда неудачныхъ попытокъ больному удавалось написать требуемое слово, да и то—часто неразборчиво и неполно. Только свое имя больной могъ написать хорошо. Подъ диктовку больной писалъ лучше; лучше же всего ему удавалось списывать съ прописей. Кромѣ того, у больного былъ найденъ парезъ лицевого нерва, отклоненіе языка вправо, парезъ правыхъ конечностей, замедленіе душевной дѣятельности, легкая утомляемость при чтеніи. На вскрытіи былъ найденъ большой одиночный бугорокъ въ области лобной доли лѣваго полушарія.

Такимъ образомъ, въ этомъ случаѣ мѣстное очаговое заболѣваніе въ области лобной доли вызвало разстройство рѣчи,

выражавшееся главнымъ образомъ аграфіей; пониманіе же письменной рѣчи (чтеніе) было сравнительно мало разстроено, такъ же какъ и словесная рѣчь.

Это говоритъ въ пользу существованія отдѣльнаго центра письма (ц. Exner'a), отрицаемаго многими изслѣдователями.

Изолированная аграфія наблюдалась также въ случаѣ, описанномъ д-ромъ Gordinier; здѣсь была найдена гліома въ области гипотетическаго центра письменной рѣчи—т. е. въ области основанія второй лобной извилины (инфильтрировавшая и сосѣднія части); кромѣ того,—размягченіе средней части двигательной области. Аграфія сопровождалась общемозговыми явленіями (головокруженіе, головныя боли, рвота) зрительными разстройствами, парезомъ отводящаго нерва, наклонность падать вправо, парезомъ правой руки и др. Что касается самаго разстройства письменной рѣчи, то оно распространялось какъ на произвольную рѣчь, такъ и на списываніе словъ и письмо подъ диктовку.

Д-ръ Mc Connell также наблюдалъ изолированную аграфію, при опухоли лѣвой лобной доли: больной не могъ ни излагать письменно собственныя мысли, ни писать подъ диктовку; списывать-же слова могъ вполнѣ хорошо. Кромѣ того, у него существовала афазія, но въ менѣе ясно выраженной степени; больной въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ страдалъ эпилептическими припадками съ преобладаніемъ судорогъ мышцъ правой половины лица; память была понижена. При операціи найдена поверхностно лежащая подъ твердою мозговою оболочкою опухоль въ области основанія второй лобной извилины лѣваго полушарія, отчасти были захвачены также первая и третья извилины и передній край gyr. praecentralis. Послѣ оперативнаго удаленія опухоли письменная рѣчь начала настолько улучшаться, что черезъ три недѣли больной уже могъ написать письмо почти безъ всякихъ неправильностей.

У одного изъ больныхъ д-ра Byrom-Bramwell'я (11-й случай изъ числа наблюденій, опубликованныхъ имъ въ 1899 г.) гліоматозная опухоль и геморрагическій очагъ локализировались также въ области задняго отдѣла второй лобной извилины (третья извилина и gyrus praecentralis не были затронуты).

Разстройства начались внезапно съ того, что больной внезапно пересталъ читать осмысленно, затѣмъ лишился сознанія; когда онъ пришелъ въ себя, у него оказалась полная двигательная афазія и аграфія со словесною слѣпотою, но безъ словесной глухоты. Свое имя онъ могъ написать правильно, фамилія же не удавалась ему. Черезъ нѣсколько дней онъ могъ уже писать дѣловыя записки, но затѣмъ совершенно утратилъ способность писать и читать.

Въ пользу возможности существованія аграфій безъ алексіи говорятъ случаи Grasset, Pitres'a и др.

Примѣрами изолированной аграфіи являются случаи Charcot и др.

Существованіе «двигательной аграфіи» (т. е. не зависящей отъ пораженія зрительныхъ рѣчевыхъ центровъ и не сопровождающейся утратою способности списывать слова) подтверждается наблюденіями 1) Henschen'a, 2) Charcot и Dutil'я; причиною заболѣванія въ нихъ являлось пораженіе въ области, соотвѣтствующей основанію второй лобной извилины.

Атаксія. Кора лобной доли черезъ посредствомъ волоконъ, соединяющихъ ее съ зрительными буграми и проводящихъ путей идущихъ въ переднихъ мозжечковыхъ ножкахъ отъ зрительнаго бугра къ мозжечку, находится въ связи съ этимъ послѣднимъ.

Поэтому насъ не могутъ удивлять наблюдающіяся въ нѣкоторыхъ случаяхъ поврежденій и заболѣванія лобныхъ долей разстройства равновѣсія и координаціи. По Anton'y и Zingerle въ лобныхъ доляхъ, на основаніи патологическихъ наблюденій, можно предположить центръ для мозжечка и полукружныхъ каналовъ.

Разстройства этой категоріи наблюдались, напр., въ случаяхъ Bruns'a и могла быть примѣнена для топографической діагностики. Она наблюдалась въ динамической формѣ, т. е. разстройства относились къ выпрямленію тѣла (переходу изъ согнутаго положенія въ прямое) и къ нагибанію впередъ. Кромѣ атаксіи наблюдалась при этомъ и неровная походка («зигзагообразная»), какъ при мозжечковой атаксіи.

Разстройства равновѣсія и вынужденныя движенія наблюдались также въ случаѣ Кузнецова: цистицеркъ мягкой мозговой оболочки съ атрофіей правой лобной доли. Monakow указываетъ на то, что въ подобнаго рода случаяхъ имѣются циркуляторныя разстройства и повышеніе внутричерепного давленія, могущія вызвать измѣненіе дѣятельности мозжечка и его ножекъ.

Подобныя же наблюденія встрѣчаются и среди случаевъ раненій лобныхъ долей на войнѣ; примѣромъ могутъ служить слѣдующіе случаи:

Топографія раны (пулевой) въ 156-мъ случаѣ раненій, цитированныхъ проф. Дьяконовымъ (стр. 137):

Входное отверстіе по средней линіи, на 1,5 сант. выше

переносья; выходное — по срединѣ между краемъ брови и ухомъ.

Такое положоніе входнаго и выходнаго отверстій позволяетъ предположить, во всякомъ случаѣ поврежденіе правой лобной доли и именно — главнымъ образомъ въ области нижней поверхности и нижней части латеральной поверхности (3-я лобная извилина) вплоть до области Broca.

Безсознательное состояніе продолжалось 8 дней. Осталось ослабленіе памяти и равновѣсія, головокруженіе, пониженіе зрѣнія въ правомъ глазу.

Случай Руковича «Петръ Н.». Пуля вошла черезъ правый глазъ, вышла позади праваго сосцевиднаго отростка. Параличъ праваго лицевого нерва; при быстрой ходьбѣ головокруженіе, больной падаетъ.

Въ 192-мъ случаѣ Phelps'a (поврежденіе, вызвавшее прижатіе обѣихъ лобныхъ долей и ограниченное размягченіе мозгового вещества) наблюдалась наклонность къ паденію всегда на правую сторону.

Двигательныя разстройства. Гемиплегія.

Непосредственное сосѣдство области центральныхъ извилинъ съ лобною областью сказывается въ томъ, что извѣстное число случаевъ очаговыхъ поврежденій и заболѣваній лобныхъ долей сопровождается двигательными разстройствами: параличными — въ видѣ полной или неполной гемиплегіи или моноплегій и раздражительными — въ видѣ половинной эпилепсіи.

Оставляя разборъ значенія этого рода осложненій до окончанія обзора случаевъ пораженій разныхъ долей мозга, я приведу здѣсь только примѣры преимущественно — изъ числа случаевъ огнестрѣльныхъ поврежданій лобныхъ долей мозга.

Случай, описаный С. С. Гиргола ва: раненіе мозга шрапнельною пулею.

Относительно топографіи раненія мы имѣемъ слѣдующія данныя: «На границѣ лобной и темянной кости на 1 поп. палецъ вправо отъ средней линіи» — слѣды отъ бывшей раны и свищъ, ведущій къ обнаженной шероховатой поверности кости.

Надо оговориться, что наблюдался раненый въ клиникѣ проф. М. С. Субботина — приблизительно черезъ три мѣсяца послѣ раненія. Трепанаціи уже подвергался въ Маньчжуріи.

Недѣли черезъ двѣ послѣ поступленія больного въ госпиталь въ области рубца появилось нагноеніе и стали выдѣляться маленькіе секвестры.

При операціи найдено круглое костное отверстіе; послѣ удаленія грануляцій твердой мозговой оболочки найденъ узкій каналъ, ведущій въ глубину и на днѣ его — инородное тѣло; кохеровскимъ зажимомъ удалось его извлечь: это была пуля, довольно плотно сидѣвшая въ мозговой ткани и повидимому, окруженная капсулою; кромѣ того, наблюдался мозгов. нарывъ.

Отмѣтимъ пока значеніе упомянутыхъ данныхъ для опредѣленія топографіи раненія. Рана найдена на границѣ лобной и теменной костей на 1 поп. палецъ вправо отъ средней линіи, значитъ — въ области близкой къ верхнему концу sulcus praecentralis, или къ началу первой лобной извилины праваго полушарія и верхн. части восходящ. лобной извилины.

Но въ данномъ случаѣ мы имѣемъ и гораздо болѣе точныя свѣдѣнія. Дѣло въ томъ, что было сдѣланы краніометрическія измѣренія по способамъ Пуарье, Массе, Woulonghan'a и Зернова. Результатъ ихъ: «пуля пробила черепъ въ области шва между лобной и теменной костями и проникла въ мозгъ въ верхней лобной извилинѣ праваго мозгового полушарія».

Точное измѣреніе придаетъ случаю этому огромный интересъ, который еще увеличивается благодаря тому, что было сдѣлано детальное изслѣдованіе нервной системы больного нейропатологомъ А. И. Карпинскимъ.

Но прежде всего, прослѣдимъ бѣгло симптомы, наблюдавшіеся у больного со времени раненія:

Въ моментъ раненія (въ Мукденскомъ бою) при разрывѣ шрапнели надъ полевымъ прикрытіемъ, за которымъ находился раненый, онъ почувствовалъ сильный ударъ въ голову, упалъ, «какъ подкошенный» и лишился сознанія на нѣсколько минутъ, но затѣмъ поднялся на ноги и съ помощью санитара прошелъ три версты до перевязочнаго пункта «безъ особаго напряженія силъ». Отсюда уже онъ былъ отправленъ (въ сидячемъ положеніи) на арбѣ, а затѣмъ — поѣздомъ; сначала его безпокоила только боль въ мѣстѣ раненія, но вечеромъ постепенно начало затемняться зрѣніе и черезъ 12—14 часовъ раненый лишился сознанія; это длилось трое сутокъ. Сознаніе вернулось затѣмъ постепенно, но при этомъ самъ раненый замѣтилъ, что лѣвыя конечности парализованы, безъ разстройства чувствительности.

На 9-й день послѣ раненія была сдѣлана трепанація. Постепено гемиплегія начала исчезать (начиная съ пальцевъ руки).

Авторъ объясняетъ эту картину дѣйствіемъ послѣдовательнаго кровотеченія и сдавливаніемъ сосѣднихъ съ поврежденнымъ мѣстомъ психомоторныхъ центровъ.

При поступленіи въ клинику атрофическ. и параличныхъ явленій не найдено, и вообще не найдено патологическихъ явленій, за исключеніемъ небольшого головокруженія при нагибаніи головы и легкой утомляемости при чтеніи. Одинъ разъ больной пожаловался на ощущеніе инороднаго тѣла въ головѣ.

Послѣ операціи (сдѣланной черезъ 4½ мѣс. послѣ поступленія

раненаго) черезъ 48 часовъ случился эпилептическій припадокъ, начавшійся сведеніемъ пальцевъ лѣвой руки и сопровождавшійся потерею сознанія. Припадокъ длился не болѣе 1 1/2 минутъ; «затѣмъ больной пришелъ въ себя, память сохранена вполнѣ, но появился параличъ лѣвой руки и ноги и парезъ лицевого нерва той-же стороны». Немедленно извлеченный тампонъ оказался смоченнымъ гноевидною жидкостью.

Черезъ 10 дней послѣ операціи больной началъ двигать кистью, потомъ—предплечьемъ, еще позже—плечомъ; возстановились также и движенія ноги, а еще раньше—лица.

Изъ другихъ симптомовъ: небольшое головокруженіе, особенно при нагибаніи головы; самочувствіе хорошее, только вначалѣ—оно ухудшалось подъ вліяніемъ опасеній за свое здоровье. Головная боль только въ теченіе первыхъ 5 дней послѣ операціи и однажды въ слѣдующемъ мѣсяцѣ. Мѣстные симптомы—мозгового нагноенія.

Симптомы, отмѣченные А. И. Карпинскимъ черезъ 2 1/2 мѣс. послѣ операціи: правый зрачокъ уже лѣваго, небольшое дрожаніе праваго глаза при максимальномъ его отведеніи вправо; парезъ facialis и языка; временами—легкая дизартрія; повышеніе рефлексовъ туловища: epigastr., abdom., cremast. и лѣваго колѣннаго. Значительная слабость группы сгибателей лѣваго колѣна. Двигательная дѣятельность мышцъ руки нормальна.

Такимъ образомъ здѣсь шрапнельная пуля оставалась подъ верхнею лобною извилиною нѣсколько мѣсяцевъ, не вызывая разстройствъ. Образовался мозговой нарывъ, сообщавшійся съ наружною поверхностью (глубокой травматическій хронической инкапсулированный нарывъ), по поводу котораго и пришлось прибѣгнуть къ операціи.

Первая и вторая гемиплегія объясняются давленіемъ на сосѣдніе центры, исходнымъ пунктомъ котораго являлось въ первомъ случаѣ кровоизліяніе, во второмъ случаѣ—скопленіе гноя.

Среди случаевъ, приведенныхъ у проф. Дьяконова, мы встрѣчаемъ гемиплегію въ слѣдующихъ:

3-й случ. (Голубева): входное отверстіе на 4,5 сант. выше лѣвой брови и на 2,0 сант. влѣво отъ средней линіи и ниже границы волосъ. Слѣдовательно, соотвѣтственно переднему отдѣлу лобной доли (1 и 2 извилины). Выходное отверстіе—на 1,5 сант. вправо отъ стрѣловиднаго шва по сосцевидной линіи. Пересѣченіе стрѣловиднаго шва съ вертикальною сосцевидною линіею соотвѣтствуетъ верхнезаднему концу Роландовой линіи. Отсюда Роландова линія идетъ впередъ и внизъ, а отверстіе раны въ разбираемомъ случаѣ находится на самой linea mastoidea, слѣдовательно,—соотвѣтствуетъ верхнему концу задней центральной борозды. Если представить себѣ ходъ пули внутри черепа, то можно будетъ предположить, что передняя поверхность лѣвой лобной доли подверглась ничтожному ранені ю, или осталась и вовсе нетронотою, черезъ правую же лобную долю пуля прошла насквозь, направляясь снизу—спереди и снутри кзади—кверху и кнаружи. Очевидно, здѣсь возможно раненіе и верхняго отдѣла центральныхъ извилинъ.

Съ теченіемъ времени гемиплегія уменьшилась, но не исчезла: движенія лѣвой руки и ноги въ теченіе перваго мѣсяца отсутствовали, а теперь возможны, хотя сила ихъ уменьшена.

13-й (Дзирне): направленіе пулевого канала—черезъ лѣвую половину полости черепа отъ передней ея стѣнки (отверстіе въ срединѣ лѣвой носовой кости) до задней (средина лѣвой 1/2 затылочной кости). Здѣсь лобная доля подверглась раненію, но, очевидно, кромѣ нея, были повреждены и части полушарія, лежащія кзади отъ нея (въ томъ числѣ—проэкціонныя волокна, идущія отъ центральныхъ извилинъ). Нельзя исключить если не прямое раненіе, то поврежденіе по сосѣдству и внутренней сумки.

Параличъ правой стороны тѣла.

Случай Голубева «Иванъ К.» (№ 42 Дьяк.).

Входное отверстіе въ волосистой части лба на 1,5 сант. влѣво отъ средины его и «на 1,5 сант. отъ края по линіи срединнаго угла лѣваго глаза».

Выходное отверстіе на лѣвой сторонѣ темени на 5,25 сант. влѣво отъ стрѣловиднаго шва и на 6 сант. выше уровня края ушной раковины по задней сосковой линіи. Такимъ образомъ, пуля прорѣзала полушаріе по линіи, проэцирующейся на поверхности какъ лобной доли, такъ и центральныхъ извилинъ.

Парезъ правой ноги, параличъ правой руки, безъ афазіи. Мѣсто выхода соотвѣтствуетъ средней части центральныхъ извилинъ (5,25 сант. отъ стрѣловиднаго шва).

По поводу осложненія психическихъ осложненій былъ упомянутъ случай Прибыткова, (Герасимъ С.), въ которомъ также наблюдалась правосторонняя гемиплегія послѣ обширнаго раненія осколкомъ шрапнели захватывавшаго область лобной и теменной костей слѣва, т. е. также здѣсь возможно было раненіе центральныхъ извилинъ наряду съ лобными.

Въ серіи случаевъ, въ которыхъ остались мягкіе участки въ черепѣ (не заполнившіеся костною тканью), интересенъ 6-й случай (случай Голубева: стр. 149 «Наумъ Г.»): въ немъ мы имѣемъ примѣръ гемипареза всей лѣвой половины тѣла: руки, ноги и лица; парезъ ноги потомъ исчезъ. Парезъ же руки и лица остался; на ряду съ параличомъ двигательнымъ была и анэстезія; изъ общемозговыхъ симптомовъ отмѣчено головокруженіе.

Слѣдующій случай его-же: «Миронъ Д.». Здѣсь параличъ былъ наиболѣе выраженъ въ правой рукѣ, движенія ноги мало разстроены.

Задній конецъ проэкціи предполагаемаго поврежденія на поверхности черепа не доходитъ до ушной линіи на 2,75 сант. въ 1-мъ изъ этихъ двухъ случаевъ и достигаетъ lin. praeauricularis—во 2-мъ.

Лѣвосторонняя гемиплегія наблюдалась и въ 16-мъ случаѣ Голубева изъ той-же серіи: раненіе осколкомъ гранаты въ середину лба. Точно опредѣлить границы травмы по даннымъ, приведеннымъ въ статьѣ Дьяконова, трудно. Кромѣ гемипареза, отмѣчены еще приступы головокруженія.

Разносторонній параличъ руки и 1/2 лица: 16-й случай (Голубева): Василій К. Входное отверстіе на волосистой части лба на 1,5 сант. влѣво отъ средней линіи и на 0,75 сант. отъ края волосъ. Выходное—на лѣвой сторонѣ затылочно-теменной области на 6 сант. выше основанія ушной раковины по линіи на 4,5 сант. кзади отъ основанія ея. Здѣсь также мы можемъ думать о поврежденіи не только въ лобной области, но и позади ея—въ области центральныхъ извилинъ, именно—нижней части ихъ. Верхніе отдѣлы центральныхъ извилинъ остались неповрежденными, судя по анатомическимъ соображеніямъ и по тому, что способность владѣть ногами сохранилась вполнѣ. Раненый самъ пришелъ на перевязочный пунктъ. Правая рука подверглась сначала полному параличу, впослѣдствіи остался парезъ ея, равно какъ и лѣвой половины лица и затрудненіе рѣчи (первоначально была полная афазія). Изъ данныхъ, приведенныхъ у Дъяконова, не видно, имѣлъ ли лицевой параличъ свойства периферическаго или центральнаго паралича, но анатомическія соображенія говорятъ съ большею вѣроятностью за параличъ отъ поврежденія корня или ствола лицевого нерва (на сторонѣ поврежденія), а параличъ руки (противоположной мѣсту поврежденія)—центральный, также, какъ, вѣроятно, и разстройство рѣчи.

Гемиплегія съ афазіей въ случаѣ «Евстафій М.» (стр. 120): входное отверстіе на лѣвой 1/2 лба, на 1,5 сант. влѣво отъ срединной линіи и на 1,5 сант. кверху отъ края волосъ; выходное—на ушной линіи, на 1,5 сант. выше лѣваго ушного отверстія. Первое время совершенно не могъ говорить, впослѣдствіи остались нерѣзкія разстройства рѣчи.

Примѣры моноплегій. Въ случаѣ «Петръ С.», описанномъ у Дъяконова на стр. 151-й, можно предположить периферическій параличъ лицевого нерва (рана и параличъ на одной и той-же сторонѣ); въ случаѣ «Ѳедоръ Ш.» (стр. 152) о происхожденіи паралича можно судить только на основаніи замѣтки: рана пулевая; на лобной части головы пульсирующая овальная ямка сант. въ 4,5 шириной и 7,5 длиною. Все зависитъ отъ того, въ какомъ полушаріи локализировались поврежденія и до какой глубины простирался пулевой каналъ.

Въ случаѣ, описанномъ на стр. 149-й (№ 8), существовалъ лѣвосторонній параличъ лица. Рана лба двусторонняя.

Monoplegia facialis: Случай «Кононъ Л.» (стр. 128): легкій парезъ лѣваго лицевого нерва, боли, головокруженіе, общая слабость; тотчасъ послѣ травмы было безсознательное состояніе.

Входное отверстіе надъ правою бровью, выходное—позади ушной линіи.

Симптомы раздраженія.

Раненый «Игнатій П.» Делятицкаго (стр. 304): Большая рана въ правой 1/2 головы между лобною и теменною костями, раздробленіе костей, значительное выпаденіе мозговой ткани; рана наполнена волосами, обрывками папахи, костями и мозговымъ веществомъ, покрыта грязнымъ налетомъ. Величина ея до 8 сант., входн. и вых. отверстія сливаются. При операціи найдено много осколковъ, внѣдренныхъ глубоко (до 5 сант.) и 3 стол. ложки зеленаго гноя.

Безсознательно-неподвижное состояніе б. до 39 ч.

Послѣ операціи больной пришелъ въ сознаніе. Послѣопераціонный періодъ прошелъ безъ лихорадки, рана зажила рубцомъ. 1 дек. больной гулялъ по палатѣ, читалъ сосѣдямъ вслухъ книги, иногда ухаживалъ за другими больными. 11 дек., т. е. черезъ 3 1/2 мѣс. послѣ операціи затосковалъ, началъ жаловаться на головную боль, горечь въ горлѣ, тошноту, температура поднялась; больной сдѣлался вялымъ, отказывался отъ пищи. При новой операціи найденъ нарывъ, снова температура упала; рана зажила въ теченіе мѣсяца. Больной за это время похудѣлъ и по временамъ жаловался на головную боль. Въ слѣдующемъ мѣсяцѣ появились эпилептическіе припадки. Новый разрѣзъ обнаружилъ небольшое скопленіе гноя. Послѣ операціи — нѣсколько повышенная температура (до 37,7), рѣзкія головныя боли, черезъ 10 дней — полная правосторонняя гемиплегія. Снова выдѣляется гной, (полость шла по направленію къ височной кости). Состояніе больного, несмотря на хирургическое леченіе, ухудшилось и на 6-мъ мѣсяцѣ своего пребыванія въ госпиталѣ больной умеръ.

(Данныхъ вскрытія нѣтъ).

Раненый татаринъ Гарифъ III (случай, описанный у д-ра Делятицкаго на стр. 303—304). Входное отверстіе на 3 пальца выше и кпереди отъ раковины праваго уха, выходное—на границѣ лобной и теменной костей слѣва. При операціи (вскрыто выходное отверстіе) найденъ свищъ, ведущій въ мозгъ; въ мозгу найдены мелкіе осколки и около унціи зеленоватаго гноя.

На вскрытіи: свищевой ходъ ведетъ черезъ боковой желудочекъ въ средній, а оттуда на основаніе мозга, гдѣ масса зеленоватаго гноя. Внутренняя пластинка черепа вогнута; трещины.

Больной поступилъ въ безсознательномъ состояніи, затѣмъ пришелъ въ себя и только жаловался иногда на боли въ лѣвой половинѣ головы.

Изъ психическихъ симптомовъ отмѣчена странная веселость: все время неестественно смѣется. Въ теченіе слѣдующихъ дней мочился среди палаты, все время смѣясь довольно громко; при замѣчаніи врача на минуту переставалъ, а затѣмъ опять продолжалъ, не переставая смѣяться. Снималъ съ себя бѣлье, смѣялся, стаскивалъ простыню на полъ, бросалъ въ сосѣдей подушками и т. п.

Послѣ операціи ненормальная веселость исчезла; послѣопераціонный періодъ прошелъ безлихорадочно. Вскорѣ сталъ свободно ходить по палатѣ, охотно разговаривалъ съ сосѣдями, началъ учиться писать по русски, сталъ ухаживать за тяжелоранеными. Затѣмъ стали повторяться эпилептическіе припадки, во время которыхъ Г.

дѣлался синимъ, задыхался, падалъ, изъ рта шла пѣна. Припадки стали дѣлаться все болѣе и болѣе частыми, больной пересталъ говорить, началъ испражняться и мочиться подъ себя. При операціонномъ вскрытіи рубца найденъ на глубинѣ 2,5 сант. нарывъ. Послѣ этого 12 дней прошли благопріятно, затѣмъ—повышеніе t. (39,6°), потеря сознанія смерть при явленіяхъ гнойнаго менингита.

Случай, описанный д-ромъ Д. Е. Гороховымъ. Рана лба осколкомъ кирпича у 7-лѣтней дѣвочки; безпокойство, рвота, вскрикиванія; послѣ того, какъ состояніе больной начало улучшаться, вдругъ появились правосторонніе судороги, затѣмъ—кома съ потерею сознанія, неправильнымъ слабымъ пульсомъ, учащеніемъ и замедленіемъ дыханія, расширеніемъ и неравномѣрностью зрачковъ, затѣмъ—общія судороги. Послѣ трепанаціи судороги и рвота прекратились, дыханіе сдѣлалось болѣе глубокимъ. Постепенно больная выздоровѣла, но эпилептическіе припадки продолжали появляться и въ теченіе слѣдующихъ лѣтъ. Здѣсь имѣлся переломъ лобной кости въ области окружающей лѣвый лобный бугоръ.

Въ 192-мъ случаѣ Phelps'a послѣ травмы получилось большое скопленіе серозной жидкости въ подпаутинномъ пространствѣ, сдавившее обѣ лобныя доли; небольшое ограниченное размягченіе мозга. Въ числѣ симптомовъ лѣвосторонній парезъ, парезъ гортанныхъ мышцъ лѣвой стороны (dysphagia); больной падалъ часто съ постели всегда на правую сторону; расширеніе лѣваго зрачка; разстройство умственной дѣятельности («mental condition deteriorated»). Астенія. Смерть на 28-й день.

Въ 193-мъ случаѣ его-же (пораженія лѣвой лобной доли) была потеря сознанія, полная лѣвосторонняя гемиплегія и геміанэстезія, парезъ лѣваго facialis, общія судороги, начинающіяся съ мышцъ рта и нижней части лица; быстрая смерть черезъ 5 час. послѣ операціи.

Въ 194-мъ случаѣ Phelps'a—подкорковое разрушеніе lob. prae-front. sin.; общая гиперэмія, отекъ, помутнѣніе паутинной оболочки со скопленіемъ сыворотки. Судороги, paralys. facialis inf. sin., парезъ и анэстезія правой $^1/_2$ лица, разстройствъ мышленія и обманы чувствъ, ознобы и др. явленія. Смерть на 21-е сутки.

Во 2-мъ случаѣ д-ра Amberger'a отмѣчены легкія подергиванія въ лѣвыхъ конечностяхъ (потомъ исчезнувшія) послѣ операціи при оскольчатомъ переломѣ со вдавленіемъ лобной кости выше и нѣсколько кнаружи отъ праваго надглазничнаго края вслѣдствіе ушиба упавшею черепицею крыши; разрывъ твердой мозговой оболочки, выпаденіе мозгового вещества и истеченіе крови, внѣдреніе осколковъ въ мозгъ. Остальныя функціональныя разстройства (со стороны правыхъ тройничнаго, зрительнаго и глазодвигательныхъ нервовъ) зависѣли отъ периферическихъ поврежденій при переломѣ основанія черепа.

Случай д-ра Е. К. Wheeler'a: обломокъ сломавшейся лѣсопильной круглой пилы ранилъ голову, при чемъ получился переломъ лобной кости и правой глазницы.

Теперь я долженъ привести нѣсколько примѣровъ, показывающихъ, какъ отражаются поврежденія и заболѣванія лобной доли на **положеніи глазъ** и на **движеніяхъ ихъ.**

H. Klien наблюдалъ 53-лѣтняго больного, у котораго существовало травматическое вдавленіе лѣвой теменной кости соотвѣтственно серединѣ центральныхъ извилинъ и нѣсколько кпереди отъ нея. При бинокулярномъ зрѣніи «глаза смотрѣли въ разныя стороны»; конвергенція удавалась лишь съ трудомъ. Если одинъ глазъ фиксировалъ предметъ (что удавалось съ трудомъ), другой глазъ начиналъ двигаться во всѣ стороны и лишь послѣ ряда безуспѣшныхъ попытокъ удавалось направить его на данный предметъ. Моноколярное зрѣніе также сопровождалось вращеніемъ глаза и непроизвольными судорожными движеніями; фиксація плохо удавалась.

Въ случаѣ Sahli наблюдалось сочетанное отклоненіе глазъ и головы влѣво при полномъ сознаніи и при отсутствіи какихъ-либо общихъ двигательныхъ разстройствъ. На вскрытіи найденъ нарывъ въ заднемъ отдѣлѣ средней извилины лѣвой лобной доли. Это—случай исключительный по чистотѣ, приближающійся къ чисто экспериментальному опредѣленію центра движеній глазъ.

Разстройство сочетанныхъ движеній глазъ, внутреннее косоглазіе лѣваго и наружное косоглазіе праваго глаза, съ диплопіей наблюдались также д-ромъ Seymour'омъ I. Sharkey'емъ у больного, у котораго на вскрытіи оказалась большая опухоль правой лобной доли.

Кромѣ упомянутыхъ разстройствъ, у больного наблюдался въ первомъ періодѣ болѣзни застойная гиперэмія зрительнаго нерва, головныя боли, особенно въ области правой половины лба; во второмъ періодѣ болѣзни—лѣвосторонній гемипарезъ и летаргическое состояніе; въ третьемъ періодѣ болѣзни—потеря обонянія, прогрессирующій лѣвосторонній гемипарезъ безъ судорогъ и безъ разстройствъ чувствительности, бредъ съ зрительными галлюцинаціями.

Въ случаѣ, описанномъ д-ромъ Drummond'омъ, у одной прачки послѣ гнойнаго плеврита и воспаленія легкихъ и бронховъ появились судороги, ознобъ, головная боль, локализировавшаяся въ теменной области, заостойные соски зрит. н., затѣмъ—правосторонняя гемиплегія съ афазіею и повышеніемъ температуры тѣла. Судороги у этой больной начинались съ подергиванія праваго вѣка и сочетаннаго отклоненія глазъ и головы вправо, затѣмъ уже распространялись на правыя конечности и правую половину лица и наконецъ—на лѣвую половину тѣла. Кромѣ того, преобладающее участіе глазныхъ мышцъ и мышцъ вращающихъ голову выражалось еще и въ томъ, что и въ промежуткахъ между судорогами глаза и голова оставались повернутыми вправо. Сдѣлана была трепанація надъ нижнимъ концомъ Roland o'вой борозды, гноя не найдено. Состояніе больного улучшилось, но затѣмъ снова тем-

пература поднялась, появился бредъ и на девятый день послѣдовала смерть. Вскрытіе обнаружило подкорковый нарывъ въ области основанія второй лобной извилины.

Нарывъ въ области задняго отдѣла второй и третьей лобныхъ извилинъ лѣваго полушарія осложнялся также отклоненіемъ глазъ и головы, въ началѣ припадка—влѣво, затѣмъ—вправо въ случаѣ, сообщенномъ д-ромъ Permewan'омъ.

Другимъ примѣромъ нарыва лобной доли, осложненнаго сочетаннымъ отклоненіемъ глазъ, можетъ служить случай д-ра Sainsbury: у семилѣтняго мальчика наблюдалось гноетеченіе изъ праваго уха, правостороннія головныя боли, рвота, поносъ, воспаленіе зрит. н., сонливость, судороги, отклоненіе глазъ влѣво. Такъ какъ при операціи проколъ височной доли не далъ гноя, то предположенъ meningitis basilaris; въ виду значительной слабости больного, не было больше сдѣлано проколовъ мозга. Больной умеръ. На вскрытіи найденъ нарывъ въ передней части мозга.

Въ трехъ случаяхъ, сообщенныхъ проф. В. М. Бехтеревымъ въ 1880—1881 г., наблюдалось въ качествѣ осложненія судорожныхъ припадковъ сочетанное отклоненіе головы и глазъ въ сторону. Въ первомъ изъ этихъ случаевъ на вскрытіи было найдено кровоизліяніе въ области верхняго серповиднаго отростка около правой парацентральной доли; во второмъ и въ третьемъ случаѣ причиною болѣзни являлся старый переломъ костей черепа въ мѣстѣ соотвѣтствующемъ верхнимъ частямъ трехъ лобныхъ извилинъ въ случаѣ № 2 и первой лобной извилинѣ въ случаѣ № 3. Судороги мышцъ одной стороны тѣла въ случаяхъ Бехтерева сопровождались поворотомъ глазъ и головы въ эту-же сторону тѣла; когда же судороги прекращались и вмѣсто нихъ выступали явленія паралича, голова и глаза поворачивались въ сторону, противположную парализованной половинѣ тѣла.

Въ одномъ случаѣ, упоминающемся въ очеркѣ Luciani и Seppilli, наблюдались судороги правой половины лица съ поворотомъ головы и глазъ вправо; позже—судороги захватывали также и правыя конечности. На вскрытіи найдены воспалительныя измѣненія мозговой коры въ области основанія второй и третьей лобныхъ извилинъ и нижней половины gyr. praecentr.

Сходное съ этимъ наблюдалось въ случаяхъ Weiss'а (опухоль, сжавшая основаніе первой и второй лобныхъ извилинъ и центральныя извилины), Dentan'а (гліосаркома лѣвой лобной доли), Horsley'я (переломъ съ внѣдреніемъ костнаго осколка въ область основанія первой извилины лѣвой лобной доли).

Напротивъ того, тамъ гдѣ отклоненіе глазъ осложняетъ парезъ какой либо стороны тѣла, замѣчается отклоненіе глазъ

не въ сторону парализованной половины тѣла, а въ сторону мозгового очага, т. е. противоположную параличу: примѣры: случаи Oppenheim'а (гліосаркома задняго отдѣла второй извилины лѣвой лобной доли, Wannebroucq'а и Kelsch'а (размягченіе, соотвѣтственно области задняго отдѣла второй и третьей извилинъ правой лобной доли, нижнему отдѣлу центральныхъ извилинъ и угловой извилинѣ), Klaas'а (размягченіе задняго отдѣла второй и третьей лобныхъ извилинъ, gyr. praecentr. и островка).

Надо замѣтить, что описано нѣсколько случаевъ, повидимому, противорѣчащихъ сказанному.

Такъ напр., въ случаѣ Neumann'а судороги сопровождались отклоненіемъ глазъ въ сторону здоровой половины тѣла, въ сторону геморрагическаго очага, найденнаго въ лѣвой лобной доли. N. объяснялъ эту особенность тѣмъ, что въ данномъ случаѣ не было перекреста волоконъ отводящихъ назадъ.

Въ случаѣ Gilles'я de la Tourette была гумма въ области задняго отдѣла первой лобной извилины лѣваго полушарія; правая сторона тѣла была парализована, глаза и голова были отклонены въ сторону паралича. Можно предположить, что отклоненіе глазъ здѣсь зависѣло не отъ угнетенія, а отъ раздраженія ихъ корковыхъ центровъ.

Экспериментальныя изслѣдованія подтверждаютъ гипотезу, допускающую существованіе глазодвигательныхъ центровъ въ корѣ лобной доли: акад. Бехтеровъ, Fritsch, Mott и Schäfer, Horsley и Beevor, Russel, Werner, А. Э. Бари, Mills, А. В. Герверъ и др.

МЕДИЦ. ИНСТИТУТ ... ХАРЬКОВ. ... ГОСУД. ... БИБЛИОТЕКА ЧИТАЛЬНЯ

Общіе выводы.

Бросивъ теперь еще разъ общій взглядъ на приведенныя группы примѣровъ поврежденій и заболѣваній лобныхъ долей, мы видимъ среди нихъ, прежде всего, рядъ случаевъ, въ которыхъ поврежденіе regio praefrontalis, не оставило непосредственно послѣ себя явныхъ симптомовъ. Является-ли это особенностью исключительно или преимущественно поврежденій разсматриваемой области, или встрѣчается не менѣе рѣдко и при поврежденіяхъ другихъ областей мозга, — это вопросъ, который придется отложить до того мѣста, въ которомъ мы

будемъ составлять выводы, относящіеся ко всѣмъ областямъ мозговыхъ полушарій.

То-же нужно сказать относительно значенія психическихъ осложненій. Пока можно только отмѣтить, что такія измѣненія душевной дѣятельности, которыя обращали бы на себя вниманіе наблюдателей, встрѣчаются не во всѣхъ случаяхъ поврежденій лобныхъ долей. Однако дѣлать изъ этого выводъ: отсутствіе лобныхъ долей или значительной части вещества ихъ не оказываетъ существеннаго вліянія на душевную дѣятельность человѣка,—врядъ ли можно съ полною увѣренностью. На войнѣ врачу той части, въ которой служитъ раненый, часто удается оказать только первую помощь раненому, который затѣмъ попадаетъ въ тыловыя лечебныя заведенія (вѣдь, рѣчь идетъ о ранахъ, затрогивающихъ мозгъ); врачи же тыловыхъ госпиталей, обыкновенно — далекихъ отъ мѣстопребыванія дѣйствующихъ частей войскъ, наблюдая симптомы, остающіеся у раненаго по минованіи перваго періода распространенныхъ разстройствъ, большею частью лишены возможности собрать сколько-нибудь точныя свѣдѣнія о характерѣ раненаго до ранения, о его умственныхъ способностяхъ, поведеніи, интересахъ, эмоціональной возбудимости и т. д. Нѣтъ, значитъ, данныхъ для сравненія. Иногда только товарищи по полку или самъ раненый дадутъ свѣдѣнія, пригодныя хоть сколько-нибудь для того, чтобы судить о вліяніи раненія мозга на душевную дѣятельность.

Мало того, можно ли быть увѣреннымъ, что во всѣхъ случаяхъ отсутствіе бросающихся въ глаза психическихъ аномалій означаетъ полную нормальность душевной дѣятельности? Думается, что нѣтъ. Поэтому наблюденія надъ ранеными въ этомъ отношеніи стоятъ, пожалуй, ниже не только экспериментовъ съ удаленіемъ или разрушеніемъ лобныхъ долей у животныхъ, за которыми изслѣдователь слѣдитъ и до и послѣ операціи, но даже и наблюденій случаевъ очаговыхъ заболѣваній лобныхъ долей, т. к. при наблюденіи этого рода заболѣваній по крайней мѣрѣ анамнезъ чаще удается собрать въ болѣе полномъ объемѣ и болѣе планомѣрно.

Кромѣ того, относительно раненій на войнѣ нужно сдѣлать слѣдующую оговорку: съ того момента, какъ больной, страдающій мозговою опухолью и т. п. обратился къ помощи врачей, если онъ даже попадаетъ изъ одного лечебнаго заведенія въ другое, или отъ одного врача къ другому все-таки чаще бываетъ возможно прослѣдить исторію развитія симптомовъ и судьбу больного, если же дѣло касается раненаго, онъ въ интересахъ эвакуаціи такъ быстро и часто неожиданно перемѣщается изъ одного лечебнаго заведенія въ другое, отстоящее часто отъ перваго очень далеко, и все это — въ такое горячее время, когда врачамъ трудно, часто—и вовсе невозможно слѣдить за перемѣщеніями раненаго, ушедшаго изъ-подъ ихъ наблюденія, и если случай или письма самого раненаго не помогутъ, дальнѣйшая судьба его такъ и остается невыясненною или, наоборотъ, трудно выяснить предшествующія стадіи наблюденій.

Что касается самихъ видовъ разстройствъ душевной дѣятельности, то большею частью они обрисовываются лишь въ очень общихъ чертахъ. Примѣненіе хорошо разработаннаго плана и точныхъ методовъ наблюденія и экспериментальнаго изслѣдованія къ изученію такихъ случаевъ было бы очень [illegible]льно.

[illegible] приведенныхъ выше примѣрахъ разстройства главнымъ [illegible]мъ выражались общимъ или частичнымъ пониженіемъ [illegible], мышленія, измѣненіемъ поведенія къ лучшему или къ [illegible]му, болѣзненною раздражительностью, или пониженіемъ [illegible]имости, возбужденными (вплоть до буйства), угнетенными [illegible]ніями (вплоть до sopor'a, апатіи, мутизма и т. п.), на[illegible]остью къ насмѣшкамъ, разстройствомъ вниманія, упадкомъ [illegible] пассивностью, автоматизмомъ или неспособностью под[illegible]ься чему-либо, кромѣ своихъ желаній и импульсивныхъ [illegible]деній, отсутствіемъ реактивной возбудимости и совер[illegible] безразличнымъ отношеніемъ ко всему окружающему, къ [illegible]еніямъ, касающимся даже близко личности самого боль[illegible]повышенною психическою утомляемостью.

[illegible]ченный въ отдѣльныхъ случаяхъ симптомъ—bulimia— [illegible]тся намъ для сравненія аналогичнаго случая изъ числа раненій мозга, наблюдавшихся мною.

Далѣе мы могли привести примѣры двигательной афазіи, при поврежденіяхъ лобной доли. При этомъ интересно точно выяснить, какое именно мѣсто лобной доли оказывается поврежденнымъ, если при жизни наблюдается афазія и какія мѣста лобной доли могутъ быть разрушены безъ того, чтобы это отразилось на рѣчи. Но я не располагаю запасомъ при-

мѣровъ, которые позволили ли бы точно выяснить это для раненій лобныхъ долей.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ раненій лобныхъ долей наблюдалась атаксія.

Наконецъ, въ довольно значительномъ числѣ случаевъ раненіе лобныхъ долей сопровождается двигательными симптомами: гемиплегіею, моноплегіями, Джексонов. односторонними судоргами, разстройствами движеній и положенія головы и глазъ. Располагая достаточнымъ числомъ случаевъ, въ которыхъ точное и всестороннее изслѣдованіе мозга позволяетъ установить границы области, подвергшейся разрушенію, мы могли бы рѣшить, насколько вліяетъ здѣсь пораженіе лобной доли и насколько разстройства зависятъ отъ измѣненій въ центрахъ или проводникахъ, находящихся по сосѣдству съ лобною долею. Зная же лишь топографію наружныхъ ранъ, трудно рѣшить это.

При знакомствѣ съ случаями раненія лобныхъ долей мы можемъ видѣть, что они распадаются по симптомамъ, выступающимъ наиболѣе рельефно, на нѣсколько группъ. Примѣры приведены. Пока остается замѣтить, что ихъ симптоматол въ общемъ совпадаетъ съ симптоматологіей очаговыхъ за лѣваній лобныхъ долей.

II. Височная доля.

Изучая симптоматологію случаевъ, въ которыхъ болѣ ненный очагъ находился въ веществѣ височной доли бол шого мозга или, находясь по сосѣдству съ нею, оказыва давленіе на составныя части этой доли и т. п., мы може отмѣтить въ отдѣльныхъ случаяхъ этого рода рядъ симпто мовъ, распадающихся по своему значенію на нѣсколько больш ихъ группъ: 1) мы видимъ цѣлую группу симптомовъ, указывающихъ вообще на пораженіе мозга, на измѣненіе давленія въ полости черепа, на нарушенное въ какомъ-либо отношеніи снабженіе частей мозга кровью, на измѣненіе обмѣна веществъ въ ткани мозга, на измѣненіе состава крови, омывающей мозгъ, на общее дѣйствіе механическихъ вліяній и т. д.; 2) вторая группа явленій зависитъ отъ самой природы болѣзненнаго процесса (напр., общее вліяніе воспалительнаго

очага на весь организмъ; 3) третья группа симптомовъ указываетъ на разстройства жизнедѣятельности ограниченныхъ частей мозга—какъ захваченныхъ непосредственно мѣстнымъ заболѣваніемъ, такъ и лежащихъ по сосѣдству съ очагомъ и испытывающимъ на себѣ вліяніе его.

Выдѣлить симптомы, принадлежащіе къ этой третьей группѣ и разобраться въ общей картинѣ ихъ такъ, чтобы явленія, зависящія отъ пораженія частей мозга, непосредственно подвергшихся заболѣванія не смѣшивались съ явленіями вторичными, стоящими въ связи съ измѣненіями сосѣднихъ частей, и составляетъ нашу задачу.

Совершенно точное разрѣшеніе ея во многихъ отношеніяхъ не достижимо; чистыя, строго ограниченныя пораженія небольшого участка мозга, не сопровождающіяся измѣненіями въ остальныхъ частей мозга и общимъ нарушеніемъ всей мозговой дѣятельности, встрѣчаются не очень часто; еще ограниченнѣе число всесторонне и точно изслѣдованныхъ случаевъ этого рода (я имѣю въ виду сопоставленіе подробнаго клиническаго изученія больного въ теченіе достаточно продолжительнаго періода времени съ точнымъ и всестороннимъ изслѣдованіемъ мозга и др. частей организма post mortem). Основываясь на случаяхъ, въ описаніи которыхъ существуютъ тѣ или иные неточности, или пробѣлы, мы приходимъ лишь къ приблизительно правдоподобнымъ выводамъ; основываясь же исключительно на образцовомъ матерьялѣ, мы должны такъ ограничить число наблюденій, ложащихся въ основу рѣшенія задачи, что рискуемъ опять-таки получить выводы болѣе или менѣе случайные, а не общаго характера.

Поэтому, приходится, на ряду съ немногими образцовыми случаями, не пренебрегать и изученіемъ массы другихъ, менѣе удобныхъ для анализа случаевъ, отдавая только себѣ при этомъ отчетъ въ степени точности, или, вѣрнѣе, неточности возможныхъ послѣ изученія ихъ выводовъ.

Клиника заболѣваній височныхъ долей большого мозга даетъ намъ въ отдѣльныхъ случаяхъ далеко не одинаковую картину. Нѣкоторые симптомы, чрезвычайно ярко выраженные въ одномъ случаѣ, могутъ совершенно отсутствовать, или, по крайней мѣрѣ, выступать лишь въ зачаточной и очень нестойкой формѣ въ другомъ случаѣ.

Можно думать, что уже отдѣльные участки коркового слоя

височной доли мозга имѣютъ совершенно различное значеніе: одни участки ея и съ анатомической и съ физіологической точки зрѣнія должны быть обозначены, какъ корковыя поля для собирающихся съ периферіи въ видѣ цѣпи нейроновъ проэкціонныхъ системъ, служащихъ для воспріятія тѣхъ или иныхъ ощущеній; другіе участки играютъ роль сочетательныхъ полей и служатъ для дальнѣйшей переработки и храненія образовъ и впечатлѣній. Мало того, и тѣ и другія корковыя поля въ разныхъ областяхъ височной доли обладаютъ, вѣроятно, разными функціями: не только отдѣльные виды ощущеній, напр. слуховыя и обонятельныа, воспринимаются при посредствѣ разныхъ отдѣловъ коры височной доли, но на основаніи произведенныхъ нѣкоторыми изслѣдователями опытовъ, можно даже думать о дифференцированныхъ корковыхъ центрахъ для слухового воспріятія тоновъ разной высоты. Точно также и процессы сочетанія впечатлѣній совершаются при участіи различныхъ группъ элементовъ височной доли: сочетаніе тоновыхъ воспріятій въ формѣ мелодіи сохраняется тамъ, гдѣ переработка слуховыхъ образовъ въ символическіе образы рѣчи утратилась и т. п.

Если въ отдѣльныхъ случаяхъ заболѣваній височной доли мозга выдѣлить только тѣ симптомы, которые съ большею или меньшею степенью вѣроятности могутъ быть поставлены въ зависимость непосредственно отъ мѣстнаго пораженія, т. е. отъ нарушенія дѣятельности элементовъ изучаемой области мозга, то можно найти среди нихъ цѣлый рядъ разстройствъ отъ нарушенія простѣйшихъ процессовъ ощущенія до измѣненія хода сложныхъ процессовъ мышленія. Элементы височной доли участвуютъ и въ воспріятіи, и въ храненіи запечатлѣвшихся воспріятій, и въ сочетаніи ихъ съ другими воспріятіями и въ еще болѣе сложныхъ высшихъ психическихъ актахъ.

Отмѣтимъ, прежде всего, нѣкоторыя наблюденія, въ которыхъ играетъ выдающуюся роль нарушеніе сложной психической дѣятельности, зависящее, вѣроятно, непосредственно отъ нарушенія дѣятельности задняго ассоціаціоннаго центра, въ составъ котораго входитъ часть коры височной доли.

Измѣненія психической дѣятельности при заболѣваніяхъ височной доли.

Рѣзкія измѣненія въ психической сферѣ наблюдаются лишь въ нѣкоторыхъ случахъ ограниченныхъ пораженій височной доли. Но тамъ, гдѣ существуетъ на лицо такой ясно выраженный признакъ разстройства дѣятельности височной доли, какъ стаціонарная словесная глухота, полное отсутствіе нарушенія хода душевной дѣятельности врядъ ли допустимо (Monakow). Monakow подтверждаетъ при этомъ значеніе выпаденія такихъ важныхъ для мышленія функцій, какъ пониманіе рѣчи, способность внутренняго пробужденія звуковыхъ образовъ и способность къ символической передачи мысли при помощи письма. Но врядъ ли это единственная причина разстройства хода исихическихъ процессовъ при заболѣваніяхъ височной доли. Независимо отъ того, что появленіе въ сознаніи символическихъ словесныхъ образовъ какихъ-либо представленій оказываетъ огромную поддержку для сочетанія и вообще цѣлесообразнаго движенія этихъ представленій, нельзя забывать, что самое представленіе какого-либо предмета основано на одновременномъ оживленіи цѣлаго конгломерата ассоціативно связанныхъ между собою простѣйшихъ образовъ, оставшихся послѣ прежнихъ чувственныхъ воспріятій; понятіе «птица» основано на одновременномъ появленіи въ сознаніи ожившихъ воспомнанія о внѣшнемъ обликѣ птицы, о ея щебетаніи и пѣніи, непосредственныхъ или посредственныхъ представленій о ея трепетаніи, теплотѣ ея тѣла и т. д. Быть можетъ, даже если бы мы усвоили себѣ понятіе о какомъ-либо животномъ, или предметѣ не съ помощью собственнаго наблюденія, а по разсказамъ другихъ, все-таки при составленіи понятія сознательно или безсознательно мы представляли бы подходящія слѣды однородныхъ впечатлѣній (воспоминаніе о бѣлой шерсти, видѣнной нами у разныхъ животныхъ, для нагляднаго представленія шерсти бѣлаго медвѣдя, нами не видѣннаго и т. д.). Для понятія важно только то, что воспоминательные слѣды соотвѣтствующаго цвѣта, очертанія предмета, размѣровъ и перемѣщеній его, звуковые, обонят., осязат. и др. образы, связанные съ нимъ, всплываютъ въ сознаніи, сопровождаясь представленіемъ о связи

ихъ между собою и часто даже все вмѣстѣ представляется намъ лишь въ видѣ цѣльнаго, не разлагающагося въ нашемъ сознаніи на отдѣльныя части образа. Такъ обстоитъ дѣло по отношенію къ предметнымъ понятіямъ. Что же касается отвлеченныхъ понятій, то нельзя упускать изъ вида, что исходнымъ пунктомъ ихъ являются на самомъ дѣлѣ тѣ-же предметныя понятія и только связь ихъ съ тѣми предметными образами, отъ которыхъ заимствованы воспоминательные слѣды, участвующіе въ образованіи отвлеченныхъ понятій, возникшихъ, какъ результатъ сложной переработки образовъ (аналитической и синтетической), не можетъ быть прослѣжена и оживлена въ воспоминаніяхъ. Даже существующія у насъ врожденныя, апріорныя, отвлеченныя понятія не непремѣнно должны быть исключены изъ этого: многое нами унаслѣдовано въ готовомъ видѣ отъ предковъ, но у нихъ, въ незапамятныя, совершенно неизвѣстныя намъ эпохи жизни человѣчества сформировались изъ болѣе простыхъ элементовъ; по взгляду эволюціонистовъ, происхожденіе врожденныхъ психическихъ элементовъ можно искать и еще глубже —на низшихъ ступеняхъ филогенетическаго развитія. Извѣстно также, что тамъ, гдѣ мы слѣдимъ за дѣятельностью быстро и наглядно совершающихся сложныхъ движеній умственныхъ образовъ,—именно тамъ, гдѣ мы наблюдаемъ дѣятельность творческаго воображенія и развитіе его, часто прямо бросается въ глаза оживленіе яркости, жизненной силы и подвижности отвлеченныхъ образовъ фантазіи, сдѣлавшихся уже какъ бы вялыми и разрѣженными, при помощи новыхъ чувственныхъ воспріятій.

Теперь представимъ себѣ, что цѣлый рядъ воспріятій какого-либо одного рода совершенно утрачивается, или оживленіе этого рода воспоминательныхъ слѣдовъ стало невозможнымъ. Ясно, что при такихъ условіяхъ всевозможныя понятія, въ образованіи которыхъ участвовали эти воспріятія и воспоминанія, неминуемо должно пострадать и при томъ во многихъ случаяхъ пострадать въ очень значительной степени. Замѣчаемъ ли мы сами этотъ дефектъ и можемъ ли подмѣтить сущность его, или онъ остается несознаваемымъ—другой вопросъ.

Если мы представимъ себѣ разные виды душевной дѣятельности, основанные на сочетательныхъ процессахъ (напр., творч. воображеніе, аналитич. и синтетическіе процессы, логическое мышленіе и т. д.), то сейчасъ же убѣдимся, что и на нихъ должно неминуемо отразиться выпаденіе одного какого-либо вида воспріятій или воспоминательныхъ слѣдовъ. Вѣдь, въ этихъ актахъ участвуетъ анализъ тѣхъ или иныхъ образовъ, значитъ временная диссоціація элеметновъ его, при которой отсутствіе какого-либо изъ этихъ элементовъ выступитъ особенно отчетливо. Въ дальнѣйшемъ синтезы образовъ или ихъ осколковъ—свободномъ (творчество), или логическомъ—участвуютъ ассоціаціи при помощи какого-либо общаго для нѣсколькихъ образовъ элемента. Разъ цѣлый огромный рядъ элементовъ, участвующихъ въ образованіи представленій, утраченъ или сталъ бездѣятельнымъ, не могутъ не пострадать отъ этого сочетательные процессы.

Остановимся на этихъ соображеніяхъ, въ достаточной степени уже показывающихъ, что не только утрата слуховыхъ образовъ словъ, но и пониженіе способности къ воспріятію слуховыхъ впечатлѣній или къ оживленію слѣдовъ ихъ не можетъ не отразиться на цѣломъ рядѣ психическихъ процессовъ.

При заболѣваніяхъ, затрагивающихъ элементы височной доли мозга наблюдается измѣненіе слуховыхъ воспріятій, или страдаетъ способность къ храненію или оживленію слѣдовъ ихъ, или выпадаетъ связь ихъ съ другими слѣдами воспріятій. Бросается ли это въ глаза окружающимъ и самому больному, или выясняется лишь при спеціальномъ изслѣдованіи, является ли растройство полнымъ, или лишь въ видѣ пониженія той или иной функціи—не въ этомъ суть, важно то, что эти измѣненія существуютъ при заболѣваніяхъ височной доли и послѣдствіемъ ихъ долженъ явиться большій или меньшій умственный дефектъ.

Wernicke, въ своей знаменитой работѣ объ афазіи («der aphasische Symptomencomplex», 1874), отмѣчая разницу между центромъ рѣчи и центромъ понятій и образовъ, указывалъ на то, что въ извѣстномъ отдѣлѣ I височной борозды нужно искать центръ слуховыхъ воспомонательныхъ образовъ, не рѣчевыхъ. Если этн центры понятій поражены въ обоихъ полушаріяхъ, послѣдствіемъ должно явиться «самое глубокое животное слабоуміе», при чемъ рѣчь можетъ сама по себѣ и не разстраиваться (только содержаніе ея обнаруживаетъ глу-

бокое слабоуміе); по выраженію Wernicke, «телеграфный аппаратъ въ порядкѣ, только полученная телеграмма лишена смысла».

Слабоуміе при пораженіяхъ височной доли отмѣчается въ довольно значительномъ числѣ наблюденій (Kahler и Pick, Flechsig, Jackson, Bastian); Munk, удаляя у собакъ кору въ серединѣ 2-й и 3-й височныхъ извилинъ, и затылочныхъ извилинъ, на ряду съ душевною глухотою и слѣпотою наблюдалъ слабоуміе).

На упадокъ мышленія при пораженіяхъ височной доли указываетъ многорѣчивость больныхъ, пониженіе способности интересоваться окружающимъ и своимъ профессіональнымъ занятіемъ, нерасположеніе къ умственному труду, равнодушное отношеніе больного къ своему страданію, разстройство способности оріентироваться и т. д. Monakow, отмѣчая эти разстройства при пораженіяхъ височной доли, высказываетъ мнѣніе, что они скорѣе зависятъ отъ общаго пораженія мозга (напр., отъ разстройствъ мозгового кровообращенія), чѣмъ отъ мѣстнаго нарушенія функціи, но это мѣстное вліяніе налагаетъ особый отпечатокъ на разстройства душевной дѣятельности.

Въ случаѣ, описанномъ д-ромъ L. Boumann'омъ, на ряду съ эпилептическими припадками наблюдались признаки медленно развивавшагося слабоумія (въ возр. около 30 лѣтъ); черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ начала заболѣванія эпилептическія явленія уменьшались и выступилъ на первый планъ симптомокомплексъ общемозговыхъ явленій (головныя боли, состояніе оглушенія, рвота, боль въ шейной области). У этого больного наблюдался психическій симптомъ, обращавшій на себя вниманіе и въ случаѣ Thoma: бросавшаяся въ глаза склонность къ преувеличенію въ жалобахъ. На вскрытіи была найдена саркома височной доли лѣваго полушарія; передній конецъ новообразованія находился на разстояніи 4,3 сант. отъ полюса лобной доли, задній конецъ—на разстояніи 5 сант. отъ задняго полюса; величина опухоли равна величинѣ большого яблока. Отмѣчу отсутствіе упоминанія объ афатическихъ разстройствахъ, а также объ общемозговыхъ явленіяхъ въ томъ періодѣ болѣзни, въ которомъ уже появились признаки слабоумія. Все это дѣлаетъ до нѣкоторой степени вѣроятною гипотезу о мѣстномъ происхожденіи психическихъ разстройствъ

въ данномъ случаѣ. Но существованіе эпилепсіи указывало на то, что всетаки сосѣднія съ височною долею части мозга испытывали на себѣ вліяніе опухоли (мои свѣдѣнія объ этомъ случаѣ ограничиваются передачею его въ рефератѣ, такъ какъ подлинная исторія его написана на голландскомъ языкѣ, съ которымъ я не знакомъ).

Интересно прослѣдить исторію одного изъ случаевъ, разбираемыхъ д-ромъ W. Macewen'омъ въ его трудѣ, посвященномъ инфекціоннымъ заболѣваніямъ мозга (случай 25-й): абсцессъ височной доли у 21-лѣтняго больного: (въ анамнезѣ—поврежденіе головы при паденіи).

Описывая психическое состояніе больного, авторъ отмѣчаетъ прежде всего сонливость; оставаясь одинъ, больной дремалъ и только по временамъ стоналъ отъ головной боли; если удавалось заставить его отвѣчать на вопросы, отвѣты были разумны и правильны, но приходилось долго ожидать, пока онъ сосредоточится на заданномъ вопросѣ; не успѣвъ окончить отвѣтъ, больной уже впадалъ снова въ состояніе дремоты. Отвѣты обыкновенно отличались лаконизмомъ, за исключеніемъ заявленій больного, касающихся головной боли и чувства холода. Амнезіи не было. Когда подносили питье, больной пилъ, но самъ никогда не заявлялъ о желаніи ѣсть или пить. Не мочился (моча, выпущенная катетеромъ не содержала бѣлка и сахара); упорный запоръ.

На основаніи мозговыхъ симптомовъ, быстраго развитія болѣзни у лица, страдавшаго хронич. оторреѣ, при быстромъ истощеніи тѣла, низкой температурѣ, neuritis opt. и т. д. поставлено распознованіе мозгового абсцесса и именно—предположенъ абсцессъ лѣваго мозгового полушарія (правосторонній парезъ лица и руки, измѣн. дна лѣв. глаза), оказывающ. вліяніе на среднюю часть центральныхъ извилинъ и въ то-же время на лѣвый глазодвигат. нервъ (параличъ мышцъ лѣваго глаза); при этомъ помѣстить такой большой абсцессъ въ области центральныхъ извилинъ нельзя было, такъ какъ тогда уже во всякомъ случаѣ былъ бы полный параличъ руки и лица, а не парезъ; приходилось предполож. вліяніе абсцесса сосѣдней области преимущественно на нижнюю часть центральн. извилинъ (параличъ начался съ лица). Отсутствіе разстройствъ чувствительности указывало на то, что carrefour sensitif пощаженъ. Ходъ распростран. параличей (не съ ноги, а съ лица) говорилъ противъ пораженія мозговой ножки. Діагностицированъ абсцессъ височной доли.

Сдѣлана трепанація. Послѣдствія операціи: просыпаясь говоритъ по собственному побужденію, относится къ своему положенію съ большимъ интересомъ, проситъ пить; головная боль совершенно исчезла. Больному кажется, что онъ пробудился отъ сна въ незнакомомъ ему мѣстѣ, и онъ спрашиваетъ, какъ попалъ сюда? Сила руки поднялась (динамометръ); подвижность глаза улучшилась; парезъ лица

улучшился; больной могъ самъ выпускать мочу, охотно пилъ молоко, хотѣлъ встать съ постели. Пульсъ поднялся до 78 въ мин., t.—норм.; заявл., что голоденъ. Выздоровленіе шло быстро и хорошо. Черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи больной былъ въ прекрасномъ состояніи и поднялся въ вѣсѣ.

Кромѣ отмѣченнаго уже въ дооперационномъ періодѣ замедленія психич. процессовъ и пониженія интереса къ окружающему, отсутствія желанія ѣсть, пить, мочиться и т. п., нужно подчеркнуть обнаружившееся послѣ операціи полное отсутствіе воспоминаній о цѣломъ періодѣ болѣзни, непосредственно предшествовавшемъ оперативному вмѣшательству: больной не могъ вспомнить, какъ онъ попалъ въ чужой домъ; послѣднее, что у него сохранилось въ памяти, это—что онъ лежитъ въ своей собственной постели, у себя дома и мучается отъ сильной головной боли. Какъ онъ попалъ въ больницу, что тамъ съ нимъ было, какъ онъ подвергся операціи,—обо всемъ этомъ совершенно никакихъ воспоминаній не сохранилось и даже при напоминаніяхъ больной могъ только повѣрить на слово окружающимъ его лицамъ. Macewen называетъ психическое состояніе, въ которомъ больной находился передъ операціей «сомнабулическимъ или сновиднымъ состояніемъ» и (somambulist state, «dream state») и сравниваетъ его съ «сновиднымъ состояніемъ», наблюдающимся при новообразованіяхъ височной доли. (Hughlings-Jackson).

Uchermann въ своемъ обзорѣ мозговыхъ осложненій ушныхъ болѣзней указываетъ и на признаки угнетенія психической дѣятельности и на противоположнаго характера симптомы, сопровождающіе образованіе мозгового нарыва. Къ числу симптомовъ первой категоріи можно отнести наблюдающуюся у этого рода больныхъ апатію и сонливость, коматозное состояніе, умственная вялость, — по выраженію англійскихъ авторовъ «slow cerebration» (медленный ходъ психическихъ процессовъ). Но всетаки отвѣты больного, если онъ вообще даетъ ихъ, по наблюденіямъ Uchermann'а, обыкновенно осмысленны. Примѣрами угнетенія психической дѣятельности могутъ служить нѣкоторые изъ описываемыхъ имъ случаевъ.

Больные иногда дѣлаются при этомъ ворчливыми, часто плачутъ. (См. истор. VII, X случаевъ).

Такъ въ 8-мъ случаѣ упоминается, что больной чувствовалъ себя утомленнымъ и измученнымъ и хотѣлъ спать день и ночь, давалъ неразборчивые отвѣты на предлагавшіеся ему вопросы, мало ѣлъ. Послѣ операціи выздоровѣлъ. Въ противоположность предыдущему больному (случ. Macewen'а) этотъ больной, выздоравливая послѣ операціи, могъ вспомнить всѣ подробности, касающіяся періода болѣзни. Признаки «slow cerebration» (психич. вялость) отмѣчены и въ 5-мъ случаѣ (на вскрытіи найденъ абсцессъ височной доли

и мозжечка), сонливость—у 6-го больного (днемъ и ночью) (правосторонній абсцессъ височной доли съ бѣлымъ размягченіемъ, захватывающимъ наружную сумку и заднюю часть чечевичнаго ядра).

При изученіи симптомовъ, которыми сопровождаются очаговыя пораженія мозга, нужно обратить вниманіе на слѣдующую особенность: утративъ извѣстную функцію, напр. способность къ кожнымъ и мышечнымъ ощущеніямъ въ извѣстной части тѣла, больной совершенно не замѣчаетъ своего недостатка; точно также, не воспринимая слуховыхъ ощущеній, онъ этого не замѣчаетъ (Prof. Anton); «совершенно утрачивается вниманіе къ пораженной области и у больного отсутствуетъ представленіе о существующемъ у него функціональномъ разстройствѣ; соотвѣтствующіе мысленные образы совершенно выпадаютъ; такіе больные глухи, слѣпы. не сознавая этого» («sind unbewusst blind, unbewusst taub»).

Такъ одинъ изъ больныхъ, описанныхъ у проф. Anton'а, могъ довольно хорошо разобраться въ окружающемъ и относиться къ нему критически; особенныхъ неправильностей въ его поведеніи не замѣчалось, но ходъ мыслей его оказывался укороченнымъ: больной не могъ долго держаться одной темы. Онъ былъ глухъ къ шуму, даже самому сильному, къ зову и т. п., хотя бы звуки раздавались у самаго его уха, но и не обнаруживалъ при этомъ старанія слушать и понять рѣчь врача и его вопросы. Вмѣстѣ съ тѣмъ у этого больного существовали разнообразныя слуховыя галлюцинаціи: онъ слышалъ звонъ колокола, жаловался, что ему прямо въ ухо кричатъ разныя лица, слышалъ страшныя пѣсни, угрозы; ему казалось, что враги слышатъ его рѣчь и отвѣчаютъ на нее и т. д. Съ больнымъ можно было объясняться жестами и письменно. Когда ему предлагались письменно вопросы относительно его глухоты, больной энергично и раздраженно опровергалъ это, говоря, что онъ вовсе не страдаетъ глухотою, слышитъ все прекрасно. При всякомъ приглашеніи (посредствомъ жестовъ) прислушаться, у больного появлялись сейчасъ же слуховыя галлюцинаціи.

На основаніи слуховыхъ симптомовъ раздраженія и выпаденіи слуховыхъ воспріятій и вмѣстѣ съ тѣмъ — чувственной афазіи проф. Anton предположилъ здѣсь пораженіе въ области височной доли, а на основаніи существовавшаго у больного бреда и, вмѣстѣ съ тѣмъ,—вышеупомянутаго несознаванія больнымъ своего функціональнаго разстройства онъ призналъ необходимость допустить пораженіе самыхъ центральныхъ составныхъ частей слухового воспринимающаго аппарата: «не только сырой матерьялъ слуховыхъ ощущеній погибъ въ этомъ случаѣ, но пострадали также мысли и выводы, основываю-

щіеся на этомъ матерьялѣ. Самъ больной, повидимому, утратилъ память о томъ, что онъ раньше могъ слышать и что прежде движенія губъ его собесѣдниковъ служили для рѣчевого обмѣна мыслей; при глухотѣ периферическаго происхожденія ничего подобнаго не приходится наблюдать».

Больная Hochrieser (3-й случай Anton'a) совершенно не реагировала на обращенныя къ ней слова и не обнаруживала способности понимать ихъ; она оставалась глуха также къ сильному хлопанью руками, крикамъ, свисту, шуму вблизи отъ того или другого уха; при испытаніи костной проводимости слуховыя ощущенія также не воспринимались. Ко всѣмъ этимъ опытамъ больная относилась совершенно равнодушно и не понимала ихъ смысла. Она узнавала окружающихъ лицъ и большею частью правильно называла показываемые ей предметы и не обнаруживала разстройства кожныхъ и внутреннихъ ощущеній. Больная никогда не жаловалась на отсутствіе слуховыхъ воспріятій и оставалась совершенно равнодушна къ своему недостатку. Неоднократно ей предлагался письменно вопросъ относительно ея глухоты; она равнодушно отвѣчала: «слышу хорошо». Что же касается своихъ ошибокъ двигат. рѣчи, то въ нихъ больная отдавала себѣ отчетъ и старалась поправить ихъ. Больная эта умерла отъ гнойнаго бронхита. Мозгъ подробно изслѣдованъ макроскопически и микроскопически. Найдено двустороннее тромботическое размягченіе первой и второй извилинъ височной доли, распространившееся и на затылочныя доли; измѣненія состояли въ исчезновеніи узловыхъ клѣтокъ въ этихъ областяхъ мозговой коры, перерывѣ пучковъ волоконъ, соединяющихъ эти извилины съ основными узлами мозга и съ мозговою ножкою, а также волоконъ, соединяющихъ оба полушарія (въ обл. мозолист. тѣла, tapetum и передней спайки), исчезновеніи сочетательныхъ волоконъ, соединяющихъ кору височныхъ извилинъ съ корою теменныхъ, лобныхъ извилинъ и другихъ извилинъ височной доли (но fasciculus uncinatus уцѣлѣлъ), частичное поврежденіе нижняго продольнаго пучка (fasciculus longitudinalis inferior), т. е. длиннаго сочетательнаго пути отъ затылочной къ височной корѣ. Кромѣ того, было найдено симметрическое размягченіе нижней теменной дольки съ разрушеніемъ идущихъ отъ нея короткихъ сочетательныхъ волоконъ, волоконъ къ зрительнымъ буграмъ, а также, отчасти, fascic. arcuat. и соотвѣтствующихъ волоконъ мозолистаго тѣла. Сопоставленіе данныхъ, найденныхъ при жизни и на вскрытіи установило существованіе въ этомъ случаѣ полной глухоты при сохранности обоихъ слуховыхъ нервовъ и ихъ ядеръ; больная относилась совершенно индифферентно къ глухотѣ и не замѣчала ее, чѣмъ отличалась сразу отъ тѣхъ людей, которые оглохли вслѣдствіе поврежденій периферическихъ слуховыхъ органовъ.

Сопоставляя свои случаи съ наблюденіями, описанными другими авторами, проф. Anton приходитъ къ выводу что,

двустороннее разрушеніе височной доли можетъ вызвать появленіе полной глухоты и что общая клиническая картина такихъ пораженій обширнѣе, чѣмъ простое сочетаніе чувственной афазіи и слуховыхъ разстройствъ, соотвѣтствующихъ поврежденіямъ лѣвой височной доли, съ слуховыми разстройствами, соотвѣтствующими пораженіямъ правой височной доли. У больной Hochrieser была «душевная глухота къ существовавшей у нея потерѣ слуха» («Sie war seelentaub für ihre Taubheit)». Въ этой психической особенности проф. Anton видитъ средство для дифференціальнаго распознаванія такой глухоты отъ глухоты периферическаго происхожденія. Съ точки зрѣнія анатоміи важно, что слуховой проэкціонный центръ (мѣсто окончанія проэкціоннаго слухового пути) расположенъ не въ медіальной сторонѣ полушарія, какъ первичные проэкціонные центры зрѣнія, но на выпуклой сторонѣ и здѣсь же сосредоточены въ большомъ количествѣ сочетательныя волокна, соединяющія височную кору съ другими областями мозга. Пораженія, локализирующіяся въ этомъ мѣстѣ, разрушаютъ не изолированно конечный этапъ слухового пути, но одновременно съ нимъ и массу сочетательныхъ волоконъ, а это связано съ нарушеніемъ болѣе сложныхъ психическихъ процессовъ. Поэтому въ такихъ случаяхъ наблюдается не только глухота, но и утрата интереса и вниманія къ слуховымъ возбужденіямъ; больной можетъ замѣтить происшедшую съ нимъ перемѣну не путемъ сравненія, того, что было прежде, и что стало теперь, а только путемъ сопоставленія себя съ другими здоровыми людьми.

Разъ у больного отсутствуетъ сознаніе своего недостатка, то, конечно, онъ теряетъ способность контролировать и исправлять свои психическіе недостатки (Fritz Hartmann, Gross); при этомъ получается выпаденіе функціи въ видѣ «истиннаго разстройства оріентировки» (Hartmann). Здѣсь страдаетъ не только актъ воспріятія извѣстнаго рода ощущеній, но и образованіе стойкихъ слѣдовъ воспоминаній, переработка воспріятій и способность оріентироваться; измѣняется отношеніе всей психической среды къ внѣшнему міру («Beziehung der Gesamtpsyche zur Aussenwelt») и къ суммѣ раздраженій, берущихъ начало въ разныхъ частяхъ тѣла («Reizkomplex des Gesamtkörpers»). По поводу незамѣчанія больнымъ разстройствъ дѣятельности коры Anton напоминаетъ,

что это относится къ нѣкоторымъ видамъ дѣятельности коры, напр. простому или сложному воспріятію слуховыхъ, зрительныхъ и т. п. ощущеній; выпаденіе же другихъ функцій коры не остается незамѣченнымъ для больного: напр., при двигательной афазіи и при корковыхъ мышечныхъ параличахъ больной сознаетъ существующее у него разстройство и обнаруживаетъ желаніе избавиться отъ него.

Дальнѣйшими примѣрами пониженія процессовъ мышленія при очаговыхъ пораженіяхъ височной доли могутъ служить слѣдующія наблюденія:

Случай Jackson'a и Stewart'a — опухоль височной доли: прогрессивное паденіе умственной дѣятельности, позже—припадки головной боли съ тошнотою, сновидное состояніе («dreamy state»); во второмъ періодѣ наблюдались припадки кратковременной потери сознанія; подъ конецъ существовалъ лѣвосторонній гемипарезъ безъ геміанэстезіи, притупленіе слуха на лѣвой сторонѣ, neuritis optica dextra, подъ конецъ жизни—болѣзненность правой височной области.

Въ случаѣ prof. K. Kuffner'a и д-ра J. Jansk'aго на ряду съ отсутствіемъ чувственной афазіи (больная хорошо понимала рѣчь, могла писать и узнавала предметы) наблюдалось «церебронатическое слабоуміе» (діагнозъ, установленный въ психіатрической клиникѣ); кромѣ того, преходящія разстройства рѣчи послѣ апоплектоидныхъ припадковъ (больная мало говорила; замѣчалась парафазія); изъ другихъ симптомовъ отмѣченъ лѣвосторонній гемипарезъ. На вскрытіи найдена геморрагическая киста въ области lobus. paracentr. dexter, полное размягченіе заднихъ двухъ третей всѣхъ трехъ извилинъ лѣвой височной доли съ разрушеніемъ какъ сѣраго, такъ и бѣлаго мозгового вещества. Такимъ образомъ, здѣсь результатомъ разрушенія словеснаго слухового центра явилось слабоуміе безъ измѣненія воспріятія рѣчи.

Rufs наблюдалъ у одной женщины развитіе психической слабости и прогрессивнаго слабоумія при метастатическомъ ракѣ правой височной доли и моста (adenocarcinoma cericis uteri; metastasis in ponte et lobo temparali dextro, именно въ обл. gyr. fusiform. et hippocampi, вдающійся въ нижній рогъ желудочка) больная совершенно потеряла способность ориентироваться въ пространствѣ, обнаруживала глубокое разстройство памяти, вниманія, дефекты мышленія и полную невозможность опредѣлить свое положеніе (кромѣ того, у нея была найдена вялая реакція зрачковъ, ptosis sin., затрудненія глотанія, недержаніе мочи, отеки, измѣненіе голоса, психомоторные признаки возбужденія. Въ первомъ періодѣ были головныя боли, потомъ исчезнувшія (hydrocephal. intern. вслѣдствіе сдавленія Сильв. водопровода, потомъ исчезнувш., когда размягченная опухоль распалась на двѣ).

Въ другихъ случаяхъ наблюдается, въ противоположность тѣмъ симптомамъ, о которыхъ до сихъ поръ шла рѣчь, признаки психическаго возбужденія; больные пытаются вскакивать съ постели, обнаруживаютъ признаки сильнаго безпокойства (Uchermann), трепета или даже ужаса (Nimier), психическія разстройства, указывающія на возбужденіе (случай (Borchard'a: травматическій абсцесъ височной доли).

Изучая психическія осложненія заболѣваній височныхъ долей нельзя не вспомнить, что уже въ анатомическомъ отношеніи кора наружной поверхности доли въ разныхъ мѣстахъ ея представляется не одинаковою. Ниже намъ придется говорить о локализаціи коркового поля слуха; это поле занимаетъ лишь часть наружной поверхности доли; остальная часть этой поверхности по строенію клѣточныхъ элементовъ отличается отъ звуковыхъ центровъ; въ эту часть коры вступаютъ не концевые нейроны слухового пути, а сочетательныя волокна изъ другихъ корковыхъ областей; волокна, проходящія здѣсь, покрываются міэлиномъ гораздо позже проэкціонныхъ центростремительныхъ волоконъ.

Изслѣдованія этого обширнаго сочетательнаго поля, заднаго ассоціаціоннаго центра (Flechsig) показываютъ, что въ функціональномъ отношеніи онъ отличается какъ отъ центровъ чувственныхъ воспріятій (слуховыхъ, зрительныхъ, осязательныхъ, кинэстезическихъ и др.), такъ и отъ другихъ двухъ сочетательныхъ полей (передняго ассоціаціоннаго центра, лежащаго въ области лобной доли и средняго ассоціаціоннаго центра, лежащаго въ области островка); задній ассоціаціонный центръ служитъ 1) для храненія слѣдовъ чувственныхъ впечатлѣній и для сочетанія ихъ въ цѣлые образы, 2) для дальнѣйшаго движенія слѣдовъ, переработки ихъ, истолкованія, связнаго мышленія, творчества. Во всякомъ случаѣ, при пораженіяхъ въ области этого центра страдаютъ тѣ стороны умственной дѣятельности, которыя относятся къ внѣшнимъ впечатлѣніямъ (личность же, характеръ, чувства страдаютъ главнымъ образомъ при пораженіяхъ передняго ассоціаціон-

наго центра). Подробнѣе придется остановиться на этомъ при разборѣ разстройствъ рѣчевого механизма, сопровождающихъ заболѣванія височной доли.

Приведенные примѣры показываютъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ психика больныхъ при мѣстныхъ пораженіяхъ височной доли оказывается глубоко разстроенною. Я привелъ эти примѣры главнымъ образомъ, какъ иллюстрацію къ мнѣніямъ разныхъ наблюдателей, разсматривавшихъ вопросъ объ отношеніи височной доли и ея заболѣваній къ душевной дѣятельности. Самыя мнѣнія ихъ и предполагаемыя ими теоріи имѣютъ въ данномъ случаѣ выдающееся значеніе. Дѣло въ томъ, что, повидимому, мѣстныя пораженія височной доли должны въ дѣйствительности оказывать чрезвычайно большое вліяніе на психическіе процессы и при томъ—въ опредѣленныхъ направленіяхъ. Но именно потому, что здѣсь 1) общій ходъ мышленія остается возможнымъ и только въ нѣкоторыхъ опредѣленныхъ отношеніяхъ мѣняетъ свой характеръ и 2) болѣе замѣтное для окружающихъ измѣненіе личности и самосознанія больного, сразу выставляющее его человѣкомъ душевно-ненормальнымъ, свойственно пораженіямъ передняго ассоціаціоннаго центра, а не задняго—измѣненія психики при страданіяхъ височной доли выясняются вполнѣ опредѣленно нерѣдко лишь при спеціально направленномъ на разрѣшеніе этого вопроса подробномъ и тщательномъ изученіи больного. Между тѣмъ, такое изученіе при заболѣваніяхъ этого рода—дѣло очень не легкое, особенно если мы желаемъ исключить уже не прямыя, а вторичныя вліянія на психику разстройствъ рѣчи. Пока дѣло ограничивается пораженіемъ одной височной доли разстройства могутъ скрываться благодаря замѣщающему вліянію другой височной доли (при чемъ всетаки получается недочетъ, но его обнаружить могло бы лишь точное измѣреніе психическихъ процессовъ; вѣроятно здѣсь огромныя услуги оказало бы объективное экспериментально-психологическое изученіе больного, но чтобы учесть недочетъ—въ данномъ случаѣ — количественный — нужно сравнивать не съ другими людьми, т. к. полученныя отклоненія могутъ не превышать размаховъ индивидуальныхъ особенностей, а съ состояніемъ психическихъ способностей больного до заболѣванія). Поэтому, если авторы сообщеній и упоминаютъ о разстройствахъ психики при односторонніхъ пораженіяхъ височной доли. то—тамъ, гдѣ уже самые очаги настолько объемисты или по своей природѣ настолько угрожаютъ всему ходу мозговой жизни (абсцессы, травмы, кровоизліянія, стоящія въ связи съ общими измѣненіями сосудистой системы и кровообращенія въ мозгу), что трудно рѣшить, зависятъ ли разстройства психики отъ общаго вліянія болѣзненнаго процесса на мозгъ, или непосредственно отъ вліянія измѣненія дѣятельности элементовъ височной доли? Несравненно болѣе отчетливо выступаютъ эти мѣстныя вліянія при пораженіяхъ обѣихъ височныхъ долей и именно даже при пораженіяхъ небольшого объема, не затемняющихся цѣликомъ психическими симптомами разстройствъ общемозговыхъ. Но вотъ какъ разъ при этого рода пораженіяхъ самое изслѣдованіе больного въ психическомъ отношеніи дѣлается крайне затруднительнымъ. При двусторонніхъ пораженіяхъ височной доли обыкновенно больной или совершенно глухъ, или глухъ къ значенію словъ, а иногда и къ значенію слышимыхъ звуковъ вообще. Мало того, рѣчевая передача мыслей у него также страдаетъ: наблюдается нарушеніе процесса воспоминанія словъ соотвѣтствующихъ мысли, или выпадаетъ задерживающее и контролирующее вліяніе центровъ височной доли на двигательную рѣчь и на письмо; поэтому при изслѣдованіи больного мы должны прибѣгать къ карандашу и бумагѣ или къ объясненію жестами; второй способъ лишь въ ограниченной степени можетъ замѣнить обыкновенную рѣчь, а первый у многихъ больныхъ даже и не примѣнимъ вслѣдствіе того, что они неграмотны. Отвѣты больного также не вполнѣ рѣшаютъ вопросъ о психическихъ недочетахъ, такъ какъ въ нихъ много ошибокъ не логическаго, а афазическаго происхожденія.

Итакъ, упомянутыя затрудненія, встрѣчающіяся при точномъ и подробномъ изслѣдованіи больныхъ, сложность этого изслѣдованія и необходимость сравнивать съ данными, относящимися къ періоду, предшествовавшему заболѣванію, а также осложненіе дѣла существованіемъ косвенныхъ, отдаленныхъ послѣдствій заболѣванія и общемозговыхъ симптомовъ, доходящихъ иногда до полнаго оглушенія и комы—все это вмѣстѣ служитъ огромнымъ препятствіемъ для того, чтобы воспользоваться въ данномъ случаѣ обширнымъ клиническимъ матерьяломъ, обнимающимъ описанные въ литературѣ случаи разныхъ пораженій височной доли.

Поэтому относительно психическихъ симптомовъ, развивающихся не какъ послѣдствіе общаго мозгового пораженія и не измѣненій афазическихъ, а какъ проявленіе измѣненной жизнедѣятельности элементовъ височной доли, можно сказать слѣдующее: на основаніи различныхъ соображеній мы должны предполагать существованіе такого рода измѣненій при заболѣваніяхъ височной доли; въ нѣкоторыхъ случаяхъ они и описываются, но обыкновенно существуютъ при этомъ обстоятельства, затемняющія дѣло; въ другихъ случаяхъ не упоминается о разстройствахъ душевной дѣятельности, но это указываетъ только на отсутствіе рѣзкихъ, сразу бросающихся въ глаза психическихъ разстройствъ. Если бы описаніе подобнаго рода случаевъ содержало свѣдѣнія о *подробномъ и точномъ объективномъ изслѣдованіи разныхъ сторонъ* душевной *дѣятельности*, мы могли бы отвѣтить на вопросъ объ отношеніи височныхъ долей къ психической жизни съ такою-же опредѣленностью, какъ относительно рѣчевыхъ и слуховыхъ функцій этихъ долей и т. п. Остается высказать пожеланіе, чтобы въ будущемъ не упускалось изъ виду описаніе этого рода изслѣдованій въ исторіяхъ болѣзни. Это очень важно для рѣшенія разбираемаго вопроса, выдающееся и разностороннее значеніе котораго врядъ ли нужно доказывать. Разными авторами намѣчается уже, въ какомъ направленіи можно искать здѣсь измѣненій.

Словесная глухота.

Однимъ изъ самыхъ характерныхъ признаковъ пораженій височной доли считается тотъ видъ чувственной афазіи, которому даютъ названіе словесной глухоты. Сущность этого симптома состоитъ въ томъ, что больной не можетъ вспомнить значеніе и смыслъ членораздѣльныхъ звуковъ фонетической рѣчи, которую слышитъ. (Freder. Bastian). Больные этого рода не глухи къ звукамъ вообще, и импульсы передаются отъ слухового воспринимающаго аппарата къ корѣ безъ всякихъ препятствій; во многихъ случаяхъ больные воспринимаютъ самые слабые слуховыя впечатлѣнія: они прекрасно различаютъ тиканье часовъ, паденіе булавки на столъ; они сейчасъ же обращаютъ вниманіе на шелестъ листьевъ, колеблемыхъ вѣтеркомъ, если

около нихъ свистнуть или зашумѣть, оборачиваются съ выраженіемъ лица, свидѣтельствующимъ о вполнѣ осмысленномъ стараніи ихъ отыскать источникъ шума. Они и рѣчь людскую какъ громкую, такъ и тихую слышатъ прекрасно, но слова для нихъ сливаются въ совершенно неразборчивый шумъ и не могутъ вызвать въ душѣ такого больного появленіе словесныхъ образовъ, связанныхъ съ опредѣленнымъ представленіемъ или мыслью (Bastian).

Возьмемъ примѣръ. Больная поступаетъ въ клинику по поводу упорныхъ сильнѣйшихъ головныхъ болей, къ которымъ недавно присоединилась потеря способности понимать рѣчь другихъ людей. Когда спрашиваютъ больную: «какъ Васъ зовутъ»? она поднимаетъ голову, но не даетъ отвѣта. При повтореніи вопроса она отвѣчаетъ: «что Вы говорите?»; послѣ повторенія вопроса въ третій разъ говоритъ: «не могу понять»; когда наконецъ вопросъ повторенъ еще одинъ разъ, она называетъ совершенно правильно свое имя и фамилію. То-же самое наблюдается, когда ее спрашиваютъ, давно ли она больна; на нѣкоторые вопросы отвѣчаетъ что-называется не въ попадъ (напр. на вопросъ, гдѣ она жила, больная отвѣчаетъ: «кажется, три съ половиною мѣсяца», т. е. предполагаетъ, что ее спрашиваютъ о продолжительности болѣзни; на вопросъ о томъ, чѣмъ она занимается дома, даетъ рецепты врача, лечившаго ее дома, и говоритъ: «бѣлый порошокъ», очевидно вспоминая принимавшійся ею хининъ). Очевидно, больная старается только отгадать смыслъ предлагаемыхъ вопросовъ и думая, что вѣрно угадала его, отвѣчаетъ въ соотвѣтствующемъ смыслѣ. Она иногда на каждый рѣшительно изъ вопросовъ, предлагаемыхъ ей, неизмѣнно отвѣчаетъ: «что Вы говорите я не могу понять; вылечите меня». Въ то-же время больная поворачиваетъ голову, при малѣйшемъ шумѣ, раздавшемся по близости отъ нея, прекрасно различаетъ тиканье часовъ; чувство осязанія, вкуса, обонянія, зрѣнія и двигательныя функціи вполнѣ сохранены. Больная повторяетъ вслухъ и письменно вопросы, предлагаемые ей, и прекрасно разбираетъ оптическимъ путемъ буквы. Въ теченіе слѣдующихъ дней разстройство продолжало усиливаться и черезъ 9 дней словесная глухота стала абсолютною; теперь уже она на всѣ рѣшительно вопросы отвѣчала: «я не понимаю» и вслѣдъ за тѣмъ начинала плакать. Вскорѣ послѣ этого больная умерла въ коматозномъ состояніи. На вскрытіи найдена саркома величиною съ волошскій орѣхъ въ области задняго отдѣла первой и второй височныхъ извилинъ лѣваго полушарія (въ остальныхъ частяхъ мозга не было измѣненій). («Magie Bouquinet» — случай, описанный C. Giraudeau).

Насколько мало страдаетъ общая слуховая впечатлительность въ нѣкоторыхъ случаяхъ словесной глухоты, показываетъ случай Schmidt'a: больной не реагировалъ на вопросы, и

въ то-же время прекрасно различалъ оттѣнки разныхъ колокольчиковъ, звукъ которыхъ былъ ему знакомъ.

Было уже упомянуто, что при неполной словесной глухотѣ иногда больной остается невоспріимчивымъ не безусловно ко всѣмъ фразамъ и словамъ; среди нихъ нѣтъ - нѣтъ да и попадется слово или фраза, которую больной пойметъ; кромѣ того, иногда больной, не понимая сразу какую-нибудь фразу, послѣ 3—4 повтореній пойметъ ее; наконецъ, наблюдается стремленіе понимать второй, третій и т. д. вопросъ въ смыслѣ перваго. Gilbert Ballet приводитъ такой примѣръ: больного спрашиваютъ: «здорова ли Ваша жена»?—онъ отвѣчаетъ: «она въ добромъ здоровьѣ»; когда же ему задаютъ послѣ этого вопросъ о томъ, существуютъ ли между нимъ и его женою хорошія отношенія, онъ опять повторяетъ первый отвѣтъ: «она въ добромъ здоровьѣ», т. е. во второмъ вопросѣ схватываетъ, повидимому, только слово «жена» и по нему подбираетъ (ошибочно) всю фразу, на которую и отвѣчаетъ. Но и это повтореніе одного изъ словъ первой фразы не обязательно необходимо для того, чтобы больной отвѣчалъ на послѣдующіе вопросы въ смыслѣ вопроса, предлагавшагося ему раньше. Больному во время сегодняшняго изслѣдованія предлагаютъ закрыть глаза, а на слѣдующій день высунуть языкъ; онъ то и другое выполняетъ совершенно правильно и быстро; но когда ему говорятъ «закройте глаза» и послѣ выполненія этого сейчасъ же предлагаютъ, высунуть языкъ, онъ вмѣсто этого снова закрываетъ глаза.

При болѣе или менѣе выраженной глухотѣ больные чувствуютъ себя, какъ бы среди народа, говорящаго на незнакомомъ имъ чужомъ языкѣ (Kussmaul); они слышатъ смѣшанное неясное бормотаніе, неопредѣленный шумъ, вмѣсто словъ (Bernard). Другимъ такіе больные кажутся или глухими, или душевнобольными, а въ прежнія времена, когда не выяснено еще было значеніе разбираемаго симптома, такъ смотрѣли на нихъ даже врачи. Среди различныхъ случаевъ словесной глухоты нужно различать однако разныя степени разстройствъ. Нѣкоторые больные оборачиваются на зовъ, какъ вообще на всякій звукъ, раздавшійся около нихъ, но не только не понимаютъ смысла словъ, но не понимаютъ, что съ ними говорятъ; другіе знаютъ, что слышимое ими—рѣчь и только не могутъ понять смысла ея (какъ если бы

говорилось на незнакомомъ имъ иностранномъ языкѣ); третьи больные могутъ даже повторить услышанныя слова, хотя смыслъ ихъ остается для нихъ непонятнымъ. Но здѣсь уже мы коснулись особыхъ формъ словесной глухоты, о которыхъ придется говорить нѣсколько позже. Когда больные обращаются за помощью къ врачу по поводу своего недостатка, они нерѣдко ищутъ средства избавиться, по ихъ мнѣнію, отъ ушной болѣзни (см. примѣры Bernhard'a, Rosenthal'я и др.).

Въ какомъ видѣ представляется больнымъ разговоръ окружающихъ лицъ, видно изъ слѣдующихъ примѣровъ: «отъ Васъ только и слышишь: ля, ли, ля! что это за языкъ! привыкли всѣ теперь говорить подобнымъ образомъ»; (больной Freund'a). Больной Ziehl'я говорилъ: «я слышу хорошо, все слышу, но вѣдь то что слышу — какая-то галиматья (Wirrwar), какія-то непонятныя волны звуковъ».

«Я отлично слышу, что со мною говорятъ, но говорятъ какъ бы на кутайскомъ языкѣ», сказалъ одинъ изъ больныхъ, упоминаемыхъ Jean'омъ Charcot.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ слово «словесная глухота» приходится понимать въ болѣе ограниченномъ смыслѣ, чѣмъ обыкновенно. Такъ, больной, описанный Ziehl'емъ, утратилъ способность понимать значеніе словъ и фразъ, но не отдѣльныхъ буквъ. На этомъ основаніи Ziehl говоритъ что центръ для воспріятія буквъ не дифференцированъ отъ центра воспріятія звуковъ вообще, центръ же для воспріятія словъ существуетъ самостоятельно. (Liepmann не соглашается съ этимъ и объясняетъ упомянутое наблюденіе просто тѣмъ, что при не слишкомъ сильной степени разстройствъ воспріятіе буквъ, являющееся въ сущности однороднымъ съ воспріятіемъ словъ, но болѣе легкимъ и простымъ, еще уцѣлѣваетъ тамъ, гдѣ болѣе сложное и трудное пониманіе словъ уже сдѣлалось невозможнымъ). Итакъ, съ симптоматологической точки зрѣнія больной Ziehl'я былъ глухъ къ словамъ, но не къ буквамъ. Въ другихъ случаяхъ наблюдаются болѣе легкія или, наоборотъ, болѣе тяжелыя степени разстройства: такъ напр., больной Liepmann'а не узналъ ни словъ, ни буквъ, и только можно было замѣтить, что гласныя и согласныя звучатъ для него неодинаково. Больной Henneberg'а, наоборотъ, могъ понять не только буквы, но и сочетанія ихъ, даже цѣлыя слова, такъ что при описаніи своего случая Henneberg

говорить не о словесной глухотѣ къ фразамъ и вообще къ связной рѣчи («Satz—oder Redetaubheit»). То-же наблюдалось у больного Liepmann'a въ періодѣ выздоровленія послѣ перваго припадка: онъ могъ въ это время схватывать часть словъ и отдѣльныя короткія слова, но не понималъ смысла цѣлыхъ фразъ.

До сихъ поръ шла рѣчь о томъ, какъ относится больной къ произносимымъ около него словамъ: слышитъ ли онъ ихъ, можетъ ли повторить и понимаетъ ли смыслъ. На самомъ дѣлѣ пораженія слухового центра рѣчи сопровождаются обыкновенно еще рядомъ симптомовъ по отношенію къ двигательной рѣчи, чтенію, письму. Но объ отношеніи словесной глухоты къ другимъ рѣчевымъ процессамъ мнѣ предстоитъ еще говорить. Теперь я только упомяну о нихъ по поводу отдѣльныхъ формъ рѣчевыхъ разстройствъ, наблюдающихся при пораженіяхъ височной доли.

Monakow предлагаетъ такую программу изслѣдованія больныхъ для опредѣленія формы афазическихъ разстройствъ: 1) нужно выяснить общее состояніе душевной дѣятельности изслѣдуемаго (Sensorium, вниманіе, память, способность примѣчать — «Merkfähigkeit») и 2) элементарныя функціи воспринимающихъ аппаратовъ (особенно состояніе зрѣнія и слуха), способность къ «отождествленію» объектовъ при помощи органовъ чувствъ, способность ориентироваться въ пространствѣ (опредѣленіе—нѣтъ ли психическихъ параличей). 3) Способность къ воспріятію словъ и пониманію ихъ, въ частности—способность ясно представить себѣ качества предмета (его цвѣтъ и т. д.), если передъ изслѣдуемымъ произнесено его названіе). 4) Способность пользоваться конечностями для того, чтобы дѣйствовать ими (употребленіе ихъ въ обыденной жизни), и для символическихъ выразительныхъ движеній (изслѣдованіе на асемію, асимболію, апраксію). 5) Способность къ голосовому выраженію мыслей или душевнаго состоянія: самопроизвольная рѣчь, форма фразъ, дикція и т. д.); повтореніе слышанныхъ словъ и фразъ, называніе по виду, ощупыванію, по звуку, запаху, вкусу; произношеніе выученнаго наизусть до болѣзни (пѣсень, молитвъ и т. д.); чтеніе вслухъ; устный счетъ; напѣваніе мелодій съ текстомъ или безъ текста, насвистываніе ихъ и игра на музыкальныхъ инструментахъ. 6) Способность объясняться письменно: способность писать самопроизвольно,

напр. написать свое имя; способность написать названіе предметовъ, при разныхъ способахъ воспріятія (для каждаго рода воспріятій въ отдѣльности); письмо подъ диктовку; способность писать цифры, ноты и другіе символическіе знаки и дѣлать письменныя вычисленія; копированіе, срисовываніе. 7) Чтеніе печатнаго или писаннаго текста; чтеніе буквъ и словъ про себя (независимо отъ пониманія смысла читаемаго); пониманіе смысла читаемыхъ словъ и предложеній, а также—цифръ, нотъ и другихъ символическихъ знаковъ. 8) Пониманіе сигналовъ, мелодій, музыкальныхъ произведеній и т. п. 9) Произношеніе, тонъ, тембръ рѣчи, сила голоса.

При этомъ изслѣдованіи нужно считаться съ степенью образованія и воспитанія изслѣдуемаго и его природными способностями.

Не пріурочивая a priori опредѣленныя формы афазическихъ разстройствъ къ тому или иному анатомическому «центру», попробуемъ прослѣдить отношеніе отдѣльныхъ формъ къ заболѣваніямъ височной доли вообще, въ частности—къ пораженіямъ лѣвой, правой и къ одновременному пораженію обѣихъ височныхъ извилинъ, отмѣчая, гдѣ это возможно болѣе детальную локализацію при тѣхъ или иныхъ разстройствахъ.

Замѣтимъ еще, что наблюдающееся иногда при словесной глухотѣ разстройство чтенія можно понимать такъ: когда мы смотримъ на изображеніе буквы и хотимъ «прочесть» ее, мы ассоціируемъ это изображеніе съ соотвѣтствующимъ слуховымъ образомъ данной буквы и, вызвавъ его, уже можемъ произнести ее вслухъ, т. е. прочитать. Разъ соотвѣтствующіе центры слуховыхъ буквенныхъ образовъ исчезли, чтеніе буквъ дѣлается невозможнымъ, несмотря на то, что область зрительныхъ воспріятій не затронута. Но если мы хотимъ понять значеніе читаемаго слова, то необходимо лишь по ассоціаціи вызвать представленіе соотвѣтствующаго ему предмета или понятія. При этомъ можно обойтись и безъ слухового центра рѣчи, особенно если этому благопріятствуютъ индивидуальныя особенности больного. Такимъ образомъ, при словесной глухотѣ можетъ оказаться разстроеннымъ чтеніе отдѣльныхъ буквъ при сохраненной способности понимать значеніе напечатанныхъ словъ (т. е. безъ словесной слѣпоты).

Подкорковая глухота.

Въ 1884 г. Lichtheim предложилъ выдѣлить изъ общаго числа случаевъ слуховой чувственной афазіи такіе случаи, въ которыхъ разстройства сводятся къ исчезновенію способности понимать слова, повторять услышанныя слова и писать подъ диктовку, способность же читать и писать остается при этомъ пощаженною. Такіе случаи получили названіе подкорковой глухоты къ словамъ, а позже стали также называться «чистою словесною глухотою» (Déjérine), т. к. въ нихъ внутренняя рѣчь не разстроена.

По представленію Lichtheim'a, здѣсь имѣется перерывъ пути отъ слухового периферическаго аппарата къ слуховымъ центрамъ рѣчи, отражающійся, при этомъ, не на проведеніи всякихъ слуховыхъ впечатлѣній, а только рѣчевыхъ. Самые центры слухового воспріятія рѣчи остаются нетронутыми. Такъ какъ по схемѣ Lichtheim'a и Wernicke, слуховой центръ рѣчи участвуетъ не только въ проведеніи слухового воспріятія рѣчи, но и зрительнаго, то при поврежденіи слухового центра рѣчи больной не можетъ 1) понять услышанное слово и повторить его, 2) прочесть напечатанное слово вслухъ или про себя; при подкорковой же афазіи, т. е. при сохранности рѣчевого центра, больной можетъ читать, чѣмъ, слѣдовательно, и отличается отъ обыкновенныхъ афазиковъ (слуховыхъ). Вмѣстѣ съ тѣмъ больные воспринимаютъ слово, какъ сочетаніе звуковъ.

Добавимъ, что разстройства при этомъ достигаютъ гораздо большей степени, чѣмъ при обыкновенной словесной глухотѣ: больной не можетъ узнать ни одного слова, даже своего имени. Кромѣ того, онъ самъ относится къ своему недостатку сознательно, т. к. способность къ внутренней рѣчи сохранена и, значитъ, не существуетъ отсутствія живыхъ воспоминаній о томъ, что есть на свѣтѣ сочетанія звуковъ, имѣющія значеніе слова: образы ихъ не стерлись у больного, а только не могутъ быть вызваны при помощи чужой рѣчи. Надо еще замѣтить, что благодаря этому при корковой афазіи больной воображ., что услышалъ вопросъ и отвѣчаетъ на него (при чемъ и обнаружив., что онъ не понялъ вопроса); при подкорк. же афазіи больной сознаетъ, что вопросъ имъ не понятъ.

Такимъ образомъ съ теоретической точки зрѣнія вполнѣ правдоподобно существованіе особой формы подкорковой словесной глухоты, характеризующейся вполнѣ опредѣленною клиническою картиною, и допускающей гипотезу опредѣленной же анатомической картины, именно—пораженій, прерывающихъ гдѣ либо путь отъ слухового периферическаго аппарата къ центрамъ рѣчевого слуха (въ томъ числѣ—проэкціонныхъ волоконъ бѣлаго вещества полушарій), или же отъ центра обыкновеннаго слуха къ центру рѣчи (значитъ, въ самой корѣ или въ подкорковыхъ слояхъ).

Но, вѣдь, это апріорныя, теоретичическія соображенія. Необходимо сопоставить теперь ихъ съ тѣмъ, что оказывается на самомъ дѣлѣ при изученіи больныхъ этого рода.

Такъ какъ основная цѣль первой части моей работы—бѣглая характеристика функцій отдѣльныхъ долей мозговыхъ полушарій у человѣка, то, конечно, и изъ случаевъ подкорковой афазіи интересны для меня преимущественно тѣ, въ которыхъ локализація поврежденій можетъ быть установлена съ достаточною точностью. Но этого мало: самое клиническое изслѣдованіе далеко не во всѣхъ случаяхъ описано съ такими подробностями, чтобы можно было установить совершенно точно эту именно форму разстройствъ. Съ давнихъ временъ при описаніи формъ афазіи указывалось на то, что непониманіе рѣчи считается признакомъ афазіи въ томъ случаѣ, если оно не зависитъ отъ душевнаго разстройства или же—отъ глухоты. На самомъ же дѣлѣ діагнозъ афазіи ставится нерѣдко тамъ, гдѣ не исключены психическія или слуховыя вліянія и только сравнительно недавно стали останавливаться на тщательномъ изученіи больныхъ въ этомъ послѣднемъ отношеніи. Конечно, и прежде не называли афатикомъ совершенно глухого больного. Но для того, чтобы лишиться способности понимать человѣческую рѣчь, не надо стать совершенно глухимъ; мы можемъ еще прекрасно слышать слабый стукъ и шумъ въ сосѣдней комнатѣ и не различаемъ словъ людей, говорящихъ тамъ громко.

Тѣмъ болѣе вліяетъ на пониманіе рѣчи пониженіе способности къ воспріятію звуковъ опредѣленной высоты; а такіе частичные дефекты слуха могутъ оставаться и не замѣченными тамъ, гдѣ не произведено точное и тщательное изслѣдованіе слуха; то же относится къ простому пониженію

слуха, хотя бы и охватывающему всѣ октавы. Итакъ, отсутствіе подробнаго изслѣдованія уха и слуховыхъ ощущеній, а также психическихъ способностей больного при жизни и не достаточно полное изслѣдованіе всего мозга и периферическаго слухового аппарата post mortem ставитъ насъ въ большое затрудненіе при оцѣнкѣ многихъ случаевъ, описанныхъ, какъ примѣры подкорковой («чистой») словесной глухоты.

Теперь нѣсколько словъ по поводу терминологіи. Разсматриваемой здѣсь формѣ афазіи первоначально было дано названіе «изолированная словесная глухота» (Lichtheim); Kussmaul и Wernicke назвали ее подкорковою чувственною афазіей, а Liepmann — «чистою глухотою къ рѣчи» (reine Sprachtaubheit, Surdité verbale pure, или aphasie sensorielle pure, по Déjerine'y,—«pure», потому что мѣсто собственно рѣчевой зоны остается нощаженнымъ и внутренняя рѣчь не разстраивается. Съ этой же точки зрѣнія Grasset говоритъ о «surdité verbale sous polygonale». По терминологіи Ballet это не подкорковая, а надкорковая афазія, такъ какъ прервано сообщеніе корковыхъ уже центровъ общаго слуха съ центрами воспріятія словъ; Arnaud, подчеркивая особенность симптоматологическую, называетъ такую афазію «surdité verbale brute» (слова кажутся смѣшаннымъ шумомъ, не имѣющимъ значенія).

Остановимся бѣгло на нѣкоторыхъ подробностяхъ, касающихся *симптоматологіи подкорковой словесной глухоты.*

Больной слышитъ звуки голоса, но не воспринимаетъ ихъ, какъ понятное слово. Что же именно онъ слышитъ, т. е. въ какомъ видѣ ему представляется слышимое? Больной Lichtheim'a слышалъ что-то похожее на звукъ «isch», «nach» и т. п. Все, что говорилось больному Liepmann'a, воспринималось имъ въ видѣ «polt, pololo, tottolo», а больнымъ Bonvicini — «momomo» и т. п. Паціентъ Wernicke сердился, что слышитъ отъ другихъ только какое-то «la-la-la». Отъ больной Henneberg'a не удавалось добиться точнаго отвѣта на счетъ того, что она слышитъ; повидимому, она схватывала нѣкоторые отдѣльные звуки и по нимъ возстановляла слово (вѣрное или фантастическое). Въ случаѣ Ziehl'я воспринимаемое казалось какими-то непонятными волнами звуковъ.

Во всякомъ случаѣ больные сохраняютъ способность отличить непонимаемое ими слово отъ какого-либо иного сочетанія звуковъ («больной глухъ къ словамъ, но не къ рѣчи», говоритъ Ziehl): онъ узнаетъ отдѣльныя буквы (преимущественно гласныя), схватываетъ тонъ, ритмъ и тембръ рѣчи («chanson du langage»).

Повторяя слово, больной вмѣсто него произноситъ безсмысленный наборъ звуковъ. Но можно иногда замѣтить, что онъ схватилъ отдѣльные элементы услышаннаго слова, ритмъ, длину его.

Замѣчая свой недостатокъ, больной иногда отказывается продолжать опытъ повторенія словъ. «То, что я слышу, вѣдь какая-то галиматья (Wirrwarr)», «какія-то непонятныя волны звуковъ»,—жалуются больные.

Примѣры пораженій одной или обѣихъ височныхъ долей, сопровождавшихся словесною глухотою.

Пораженія лѣвой височной доли, сопровождавшіяся подкорковой чувственной афазіей, найдены на вскрытіи въ случаѣ Liepmann'a и въ другихъ случаяхъ, на которыхъ я пока не буду останавливаться.

По отношенію къ правой височной долѣ выдающійся интересъ представляетъ удаленіе у человѣка всей доли, произведенное L. Edinger'омъ и описанное имъ подъ заглавіемъ «исторія одного больного, у котораго была при операціи удалена вся височная доля».

Больной умеръ черезъ $2^1/_2$ мѣсяца послѣ операціи, произведенной по поводу большой меланосаркомы, занимавшей plexus choroideus и выросшей въ бѣлое вещество правой височной доли. Послѣ операціи не наблюдалось никакихъ рѣчевыхъ разстройствъ и не пострадалъ музыкальный слухъ; черезъ 8 дней послѣ операціи слова, произносимыя шопотомъ, различались на разстояніи 4 метровъ, несмотря на толстую повязку головы.

Пораженія обѣихъ височныхъ долей были найдены въ случаяхъ Pick'a, Déjerine'a и Sérieux, Veraguth'a, Strohmayer'a и др.; анатомическіе и клиническіе подробности, касающихся найденнаго въ этихъ случаяхъ, приведены въ другихъ мѣстахъ.

Небольшія пораженія коры обѣихъ височныхъ извилинъ не сопровождаются потерею пониманія словъ (случай Veraguth'a). Когда процессъ болѣе рѣзко выраженъ, пониманіе словъ дѣлается невозможнымъ, но способность повторять ихъ

сохраняется (Déjerine—Sérieux, Pick, Bischoff); лишь при еще высшей степени пораженія, по Wernicke, должна получиться подкорковая словесная глухота (+душевная глухота). На самомъ дѣлѣ обыкновенно значительное пораженіе коры обѣихъ височныхъ извилинъ сопровождается обыкновенною корковою словесною глухотою.

По Bastian'у «чистая словесная глухота» наблюдается послѣ разрушенія обоихъ слуховыхъ центровъ словъ, но только у тѣхъ лицъ, которыя при рѣчи, чтеніи и письмѣ привыкли довольствоваться дѣятельностью зрительныхъ и двигательныхъ рѣчевыхъ центровъ. У нихъ зрительный центръ словъ становится на мѣсто слухового и импульсы передаются прямо съ зрительныхъ центровъ на центръ Broca.

Съ индивидуальными особенностями иннервацiи рѣчи считались уже Charcot, Ballet и др., въ настоящее же время имъ придается очень важное значеніе.

Выдающееся значеніе въ исторіи подкорковой словесной глухоты имѣетъ случай «Gorstelle», описанный въ 1898 г. H. Liepmann'омъ. Онъ замѣчателенъ тѣмъ, что представлялъ впервые анатомическое подтвержденіе теоріи Lichtheim'а: здѣсь былъ дѣйствительно подкорковой очагъ и при томъ лишь въ одномъ полушаріи, а картина болѣзни строго соотвѣтствовала характернымъ чертамъ Лихтгеймовской и Верникевской подкорковой афазіи.

57- лѣтній плотникъ перенесъ апоплексію, съ послѣдующей правосторонней гемиплегіею и афазіей; больной ничего не понималъ изъ того, что говорилось около него, но сохранилъ способность читать, писать и слышать все (не понимая при этомъ значенія слышимыхъ словъ). Изслѣдованіе уха дало отрицательный результатъ. Постепенно афазія исчезла, но черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ перваго случая повторилась апоплексія, оставившая послѣ себя правосторонній параличъ мышцъ рта, инневрируемыхъ лицевымъ нервомъ. Теперь получилась полная и окончательная потеря пониманія рѣчи, несмотря на то, что воспріятіе тоновъ было лишь нѣсколько понижено; не было отсутствія какого бы то ни было тона. На основаніи изолированнаго существованія признаковъ чистой подкорковой словесной глухоты (непониманіе словъ и невозможность повторить или написать услышанныя слова) L. предположилъ здѣсь размягченіе или кровоизліяніе въ бѣломъ веществѣ лѣвой височной доли.

Вскрытіе обнаружило слѣдующее: вся правая височная доля, правый слуховой нервъ и корковое вещество лѣвой височной доли не тронуты. Свѣжее кровоизліяніе въ бѣломъ веществѣ лѣвой височной доли.

Въ 1902- году появилось описаніе гистологическаго изслѣдованія случая Gorstelle, произведеннаго H. Liepmann'омъ и E. Storch'омъ. Повторяя при этомъ описаніе макроскопическаго изслѣдованія мозга, авторы отмѣчаютъ слѣдующее: извилины сильно уплощены въ обоихъ полушаріяхъ, особенно — въ лѣвомъ; борозды сглажены. Въ лѣвомъ полушаріи очень большой свѣжій очагъ кровоизліянія и размягченія, начинающійся на 2 сант. кзади отъ лобнаго полюса и оканчивающійся недоходя около $7^1/_2$ сант. до затылочнаго полюса. Зрительный бугоръ и полосатое тѣло совершенно оторваны отъ коры. Область наружнаго и внутренняго колѣнчатыхъ тѣлъ сильно повреждена. Почти все бѣлое вещество (лучистый вѣнецъ) височной доли разрушены. Нижній и задній рога бокового желудочка очень растянуты и наполнены кровяными сгустками; кровь проникла и въ правый желудочекъ. Въ правомъ полушаріи кромѣ свѣжихъ мелкихъ кровоизліяній не найдено ничего патологическаго. Мозговое вещество вездѣ очень отечно.

Въ мосту и въ ножкахъ мозга и мозжечка много свѣжихъ кровоизліяній. Такимъ образомъ старыя измѣненія найдены только въ видѣ упомянутаго уже геморрагическаго очага въ бѣломъ веществѣ лѣвой височной доли.

Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило отсутствіе измѣненій въ слуховыхъ нервахъ (окраска по Weigert'у и Pal'ю) и въ лабиринтѣ. Колоссальное разрушеніе мозгового вещества и свѣжее кровоизліяніе въ области вышеупомянутаго очага въ височной долѣ, мною свѣжихъ ограниченныхъ кровоизліяній въ мозговой ножкѣ и мосту. Въ мозговой корѣ нѣтъ нигдѣ кровоизліяній; толщина коры вездѣ нормальна; на основаніи микроскопическаго изслѣдованія (именно на основаніи содержанія волоконъ) можно заключить о сохранности коры; можно различить нормальное раздѣленіе коры на слои. Въ правомъ полушаріи свѣжія мелкія кровоизліянія (до величины горошины) въ бѣломъ веществѣ, въ мозолистомъ тѣлѣ и около задняго конца чечевичнаго ядра. На послѣдовательныхъ срѣзахъ: перерожденіе tapetum temprr. праваго полушарія: слой tapetum свѣтлѣе другихъ слоевъ волоконъ, идущихъ вдоль нижняго рога, и содержитъ мало волоконъ, хотя и окрашивающихся хорошо; нисходящее перерожденіе tapetum т. е. волоконъ. идущихъ изъ другого полушарія. Нѣкоторыя важныя въ этомъ случаѣ части мозга не могли быть изслѣдованы вслѣдствіе порчи при препаровкѣ (напр. мозолистое тѣло, область колѣнчатыхъ тѣлъ).

Случай д-ра Wilh. Strohmayer'а: у 36-лѣтняго врача сталъ замѣчаться упадокъ памяти, быстрая умственная утомляемость, приливы къ головѣ, боли въ конечностяхъ; за $^1/_2$ года до поступленія въ клинику — первый эпилептическій припадокъ; позже наблюдались припадки съ судорогами и безъ судорогъ, но съ скоропреходящею афазіей и сильными болями въ области праваго уха, съ психическими симптомами (буйство, потеря способности ріентироваться въ окружающемъ); послѣ 3-го случая припадки не повторялись, но замѣчались признаки упадка памяти, общая усталость и раздражи-

тельность, жженіе въ правой половинѣ головы и правой рукѣ, боли и шумъ въ правомъ ухѣ. Въ анамнезѣ—сифилитическое зараженіе (при акушерской операціи). При изслѣдованіи нервной системы найдены слѣдующія отклоненія отъ нормы: усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ на обѣихъ сторонахъ. Жалобы на сильныя боли въ правомъ ухѣ и правой половинѣ головы. Больной производитъ такое впечатлѣніе, какъ будто всякій шумъ и всякое слово причиняетъ боль. Онъ не понимаетъ словъ, сказанныхъ обыкновеннымъ голосомъ, если же ему говорятъ что-нибудь тихо и медленно, онъ понимаетъ услышанное. Изслѣдованіе праваго и лѣваго уха дало отрицательный результатъ. Больной можетъ разслышать каждымъ ухомъ самый слабый шумъ, музыкальные звуки, тиканье часовъ и топотъ даже на далекомъ разстояніи, но не можетъ схватить смыслъ услышанныхъ словъ; степень разстройства представлялась измѣнчивою. На всѣ вопросы, предлагавшіеся ему письменно больной отвѣчалъ совершенно правильно и исполнялъ все, предписывавшееся ему такимъ путемъ (иногда можно было объясняться съ больнымъ безъ этого). Въ дальнѣйшемъ стали наблюдаться подергиванія въ области правой руки.

Во время афазическихъ періодовъ установлена слѣдующая картина разстройствъ: сохраненіе способности самостоятельно говорить (только когда разстройства достигали высшей степени, наблюдалась парафазія); сохраненіе способности самостоятельно писать, понимать написанное и списывать текстъ, потеря способности понимать рѣчь, повторять слышимое и писать подъ диктовку. Изслѣдованіе велось, напр., слѣдующимъ образомъ. Показывается рядъ предметовъ (часы, ножикъ, спичка, зеркало, кошелекъ, шляпа и т. д.) — больной называетъ ихъ совершенно правильно; если называть ихъ поименно, больной путаетъ называемые предметы; при опытѣ съ повтореніемъ услышанныхъ буквъ и словъ оказывается слѣдующее: отдѣльныя гласныя буквы, шумы (brr.. st., ш-ш) и очень короткіе слова (Tisch, Hut) больной можетъ повторить, болѣе длинныя — нѣтъ. Больной можетъ писать и ведетъ дневникъ своей болѣзни для своей жены. Опыты обнаруживаютъ очень быструю утомляемость больного къ концу мѣсяца. Чувственная афазія исчезла; больной снова могъ говорить бѣгло и много и сталъ понимать все; по поводу пережитаго онъ теперь могъ объяснить, что постоянно во время ухудшенія своего состоянія слышалъ справа голосъ своей жены, но не могъ понять смыслъ этого субъективнаго слухового ощущенія.

Теперь психическое состояніе больного можно было охарактеризовать какъ эйфорическое слабоуміе, изрѣдка осложнявшееся скоропреходящимъ угнетеніемъ и плаксивостью. Въ слѣдующемъ мѣсяцѣ снова появилось чувство жженія въ правой рукѣ и слуховыя ощущенія въ правомъ ухѣ (біеніе: ti-ti-ti); нѣкоторыя слова онъ внезапно переставалъ понимать и говорилъ при этомъ: «теперь я Васъ не понимаю», но черезъ нѣсколько секундъ повторялъ раньше сказанную фразу, добавляя: «я сразу не понялъ Васъ». Въ теченіе

слѣдующихъ четырехъ дней дѣло дошло снова до полной утраты способности понимать рѣчь. Кромѣ того наблюдался атетозъ правой руки, боли и жженіе въ ней (объективно похолодѣніе и блѣдность ея); больному представлялись судорожныя сокращенія мышцъ правой руки, и онъ держалъ ее лѣвою.—Подъ конецъ больной потерялъ способность говорить (не доканчивалъ фразы), хуже сталъ понимать написанное, дѣлалъ ошибки при письмѣ; появились припадки съ потерею сознанія, сонливость и черезъ нѣсколько дней больной умеръ in statu paralytico. На основаніи клинической картины Strohmayer поставилъ здѣсь діагнозъ: атипическая dementia paralytica, осложненная «подкорковою» чувственною афазіею (Wernicke-Lichtheim), игравшею роль очагового симптома; симптомъ этотъ зависѣлъ, по мнѣнію автора, отъ сифилитическаго размягченія или гуммы въ бѣломъ веществѣ лѣвой височной доли.

На вскрытіи найдено: склерозъ аорты, измѣненія эндокардія и плейры, размягченіе величиною съ чечевичное зерно въ переднемедіальномъ отдѣлѣ лѣваго зрительнаго бугра, сгустокъ крови (величиною съ 2-марковую монету) въ мягкихъ оболочкахъ надъ правою височною долею между второю и третьею височными извилинами; въ корѣ первой извилины лѣвой височной доли мѣстами грязноватая сѣрокрасная окраска мозгового вещества; послѣдовательные срѣзы обѣихъ височныхъ долей не обнаружили, кромѣ этого, никакихъ патологическихъ измѣненій. Не найдено ихъ и въ развѣтвленіяхъ arter. fossae Sylvii.

Микроскопическое изслѣдованіе: въ мѣстахъ, гдѣ отмѣчено измѣненіе мозговыхъ оболочекъ,—хроническое фиброзное воспаленіе мягкой и паутинной оболочекъ: кровоизліянія съ мѣстнымъ разрушеніемъ самыхъ поверхностныхъ слоевъ коры второй и третьей височныхъ извилинъ. Разлитыя хроническія воспалительныя измѣненія обѣихъ височныхъ долей, наиболѣе выраженныя въ корковомъ слоѣ, въ бѣломъ же веществѣ выражавшіяся только разрастаніемъ сосудовъ и утолщеніемъ ихъ стѣнокъ.

Подробно описанъ пражскимъ проф. Arnold'омъ Pick'омъ слѣдующій случай подкорковой чувственной афазіи.

У 68-лѣтней Ann'ы Pelc за 3 года уже до поступленія въ клинику появились отеки и одышки; за 2 недѣли до поступленія былъ случай потери сознанія, длившейся около $^1/_4$ часа; когда очнулась, у нея не оказалось параличныхъ симптомовъ, за исключеніемъ оттягиванія лѣвой половины лица; окружающимъ бросилась въ глаза глухота больной, которая до того хорошо слышала и говорила, а также писала и читала по чешски и по нѣмецки; теперь больная не отвѣчала ни на одинъ вопросъ и вмѣстѣ съ тѣмъ казалось, что правый глазъ ослѣпъ. Въ больницѣ, куда она была тотчасъ помѣщена, найденъ отекъ ногъ, міокардитъ; одышка, парезъ нижняго праваго facialis, отсутствіе разстройствъ чувствительности, hemianopsia homonyma lateralis dextra. Дно глаза было нормально, барабанныя перепонки на обѣихъ сторонахъ мутны, выпячены. Больная относи-

лась къ чужимъ словамъ, какъ глухая, вначалѣ вовсе не говорила; и позже ея слова были ограничены, больше они вырывались при аффективныхъ состояніяхъ: «Ахъ, Боже мой», «Матерь Божья»; неправильно произносила она другія аффективныя восклицанія: «уйди прочь», «оставь меня въ покоѣ», «я не хочу» и др. На слѣдующій день она подавала руку врачу и произносила нѣкоторыя слова (по чешски), тупо смотрѣла въ одну точку; бормотала какія-то непонятныя слова. Она не реагировала ни на какія слуховыя впечатлѣнія; изображенное на картинкахъ называла правильно, но недоговаривая словъ: напр. видя изображеніе рыцаря, говорила «hez pan», вмѣсто «hezky pan», т. е. красивый господинъ, но читала слова неправильно; показанную ей фразу «jak se jmenujete»? (какъ Васъ зовутъ?»), читаетъ: «jak jsou svata («какъ Вы святы?»), вмѣсто АВЕК читала АВЕС. Если она была занята разсматриваніемъ какого нибудь предмета, никакія старанія привлечь ее вниманіе къ чему-либо другому не удавались. При произвольной рѣчи иногда замѣчалась парафазія, аграмматизмъ: напр. «Toni prijit», т. е. «Тони (ея внука) прійти», «Toni zitra» («Тони завтра»). При громкомъ зовѣ оборачивалась, а затѣмъ сколько разъ не повторять зовъ, больше не реагировала на него. Это относится и къ другимъ звукамъ; напр. звуки гармоники два раза привлекали ея вниманіе, затѣмъ—нѣтъ. Не реагировала на сильное хлопанье въ ладоши. Не всякій показанный предметъ она могла назвать (напр. ключъ не называла). Больная или отказывалась читать, или читала съ ошибками; такъ слова «Wic Leissen Sie?» (какъ Васъ зовутъ) читала: «Wie Sie hani», въ другой разъ: «Wie Lesse Vesse L. Siken». Свое имя по буквамъ: «Pe-Anna. Это мое». «Tonik» (имя ея внука): «Ist das I oder P. kann nicht verstehcz» (на этотъ разъ больная, противъ обыкновенія, отвѣчала на нѣмецкомъ языкѣ). Свое имя «Pelcova» читала: Pere-Le-o-jako-o.

Постепенно физическое состояніе больной ухудшалось (отеки подкожн. клѣтч. брюшины, плейры, околосердечной сумки, ціано 37) и больная умерла—приблизительно черезъ 50 дней послѣ поступленія въ клинику.

По отношенію къ наблюдавшейся здѣсь клинической картинѣ проф. Pick самъ отмѣчаетъ, между прочимъ, слѣдующую важную подробность: больная, сохранивъ если не въ полной мѣрѣ, то во всякомъ случаѣ въ значительной степени слухъ, относилась чрезвычайно невнимательно ко всякаго рода звукамъ, раздававшимся около нея и если обращала вниманіе, то только на первый звукъ, на повторные же не реагировала. Это—не случайная особенность: то же самое наблюдалось въ случаяхъ Lichtheim'a, въ другомъ случаѣ самого Pick'a, только въ настоящемъ случаѣ онъ выступалъ особенно ярко.

На вскрытіи найдено: morbus Brighti chronica; endocarditis et endarteriitis chronica, hypertrophia et lipomatosis cordis; hyperaemia mehanica et hydrops univers., gangraena circumscripta cutis pedis; thrombosis auricularum; infarctus haemorrhagica pulmonis dex; infarct. anaem.—lienis; pneumonia lobularis dex; infiltratio haemorrh. uteri; tuberculos. gland. peribronh.; cholelithiasis; dysenteria.

Мозгъ: atrophia cerebri; encephalomalacia lobi temporalis lateris utriusque.; частичное одностороннее перерожденіе пирамидн. пучковъ и незначительн. старческ. измѣненія въ спинн. мозгу. Pick такъ описываетъ измѣненія, найденныя въ полушаріяхъ мозга: объемъ мозговыхъ извилинъ всюду нѣсколько уменьшенъ и борозды благодаря этому нѣсколько расширены; на выпуклой поверхности обоихъ полушарій уже при наружномъ осмотрѣ замѣтно существованіе очаговаго размягченія височныхъ долей; очагъ размягченія въ лѣвомъ полушаріи заходитъ въ область затылочной доли, въ обоихъ очагахъ—правой и лѣвой замѣчается углубленіе поверхности полушарія ниже уровня окружающихъ частей, менѣе плотная консистенція и желтоватая окраска мозгового вещества». На рисункахъ контуры очаговъ обозначены приблизительно такъ: въ одномъ полушаріи передняя граница начинается приблизительно соотвѣтственно мѣсту раздѣленія передней и средней $^1/_3$ сильвіевой борозды; начиная съ этого мѣста очагъ захватываетъ нижнюю $^1/_2$ первой височной извилины (кзади эта извилина снова свободна), всю ширину второй височной извилины, и самый верхній отдѣлъ третьей. Кзади очагъ захватываетъ часть gyr. angularis и непосредственно прилегающей къ ней области височной доли. Въ другомъ полушаріи очагъ начинается ближе къ переднему концу височной доли, кзади только доходитъ до gyr. angul., внизу захват. верхн. отдѣлъ 3-й височной извилины, а вверху почти доходитъ до верхняго края первой височной извилины.

Сопоставляя этотъ случай съ двумя другими своими наблюденіями и съ исторіями случаевъ, описанныхъ другими авторами, напр. Lichtheim'омъ, Adler'омъ, Bernhard'омъ, Edgren'омъ Р. приходитъ къ тому выводу, что обыкновенно анатомическое изслѣдованіе или же изученіе хода развитія болѣзни (послѣдовательныя апоплексіи, отражающіяся сначала на одной сторонѣ, затѣмъ — на другой и т. п.) даетъ основаніе искать причину такъ называемыхъ подкорковыхъ чувственныхъ афазій не въ подкорковомъ одностороннемъ очагѣ, а въ двустороннемъ пораженіи коры височныхъ долей праваго и лѣваго полушарій (возможность случаевъ съ подкорковыми двусторонними очагами, по Pick'у, не исключается, но въ тѣхъ случаяхъ, на которые онъ указываетъ, была захвачена кора).

Примѣры неполной словесной глухоты.

У больной «Bouquinet» (случай, описанный Giraudeau) была не глухота къ словамъ, но лишь пониженіе воспріятій: иногда она понимала услышанное слово, хотя лишь послѣ многократнаго повторенія его. Если она схватывала смыслъ какого-либо вопроса, она отвѣчала на слѣдующіе вопросы такъ, какъ будто бы повторялся первый вопросъ. Анатомическія данныя совершенно не соотвѣтствовали представленію объ изолированомъ подкорковомъ пораженіи: была найдена гліосаркома, захватывавшая первую и вторую височныя извилины, сросшаяся съ мозговыми оболочками и легко вылущавшаяся изъ бѣлаго вещества мозгового полушарія.

Въ случаѣ Sérieux дѣло началось съ того, что больная, прекрасно различая шумъ, съ трудомъ стала понимать рѣчь; она заставляла повторять себѣ слова, но и при этомъ ей не всегда удавалось схватить смыслъ ихъ. Постепенно разстройства усиливались и черезъ 3 года больная не понимала совершенно словъ, хотя старалась разслышать ихъ и различала ихъ, какъ шумъ. Больная жалуется на свои разстройства, не отвѣчаетъ на предлагаемые ей вопросы и продолжаетъ, не обращая на нихъ вниманіе, свой разсказъ. Память и мышленіе въ достаточной степени сохранены. Повидимому, она сохранила способность понимать только самые обыденные вопросы: «здравствуйте», «какъ Ваше здоровье?» «покажите языкъ», Она угадываетъ смыслъ фразы, если въ ней попадется слово, схватываемое ею, хотя и это не всегда удается: на вопросъ «En quelle année sommes nous?» она отвѣчаетъ: «somme?... quelle somme?»; «donnez—moi la main»:—main?.. main? (не можетъ понять); «la mémoire est-elle bonne?»—armoire?... je n'aiy pas d'armoire... и т. д. Сама больная говоритъ про себя: «я не глуха, но не понимаю, что Вы мнѣ говорите». На ряду съ разстройствомъ пониманія рѣчи здѣсь существовала амузія (не могла узнать звукъ скрипки, мотивъ вальса и разныя веселыя пѣсенки принимала за церковную музыку). Больная могла повторить не всякое услышанное ею слово, писала подъ диктовку все хуже и хуже (подъ конецъ сплошную чепуху), читала же хорошо (лучше, чѣмъ говорила самопроизв.), отвѣчала правильно на вопросы, предложенные ей письменно и исполняла письменныя предписанія. Больная сама замѣчала это и когда заставляли ее повторить какое-нибудь трудное для нея слово, она говорила: «я повторю его только если прочитаю—это моя особенность». Позже наступила полная афазія съ амнезіей и упадкомъ умственной дѣятельности: появилась жаргонафазія, утратилась способность понимать писанные слова, письмо сдѣлалось непонятнымъ (даже подпись); наступила постепенно почти полная глухота, и постепенно развился упадокъ умственныхъ способностей. На 8-й годъ болѣзни больная умерла.

Вскрытіе обнаружило атрофію височныхъ долей обоихъ полушарій (каждая доля была уменьшена въ объемѣ до половины); ясно выражена была microgyria. Извилины височныхъ долей сохранили свою форму, но истончены и имѣютъ видъ пластинокъ. Первая височная извилина атрофирована сильнѣе, чѣмъ вторая, а вторая—въ болѣе значительной степени, чѣмъ третья. Вмѣстѣ съ тѣмъ степень атрофіи уменьшается по направленію спереди назадъ, гдѣ она достигаетъ основанія угловой извилины, которая не захвачена атрофическимъ процессомъ. На ряду съ верхними височными извилинами измѣнена gyr. supramarginalis. Остальныя части мозга были пощажены.

Случай Dejerine'a и Sérieux заслуживаетъ большого вниманія, такъ какъ въ немъ вскрытіе дополнено гистологическимъ изслѣдованіемъ срѣзовъ мозга—отъ 8 до 900 для каждаго полушарія, уплотнѣніе въ Мюллеровской жидкости, окраска по Pal'ю Weigert'y Rosin'y и карминная. Въ корѣ височной доли были измѣнены исключительно клѣточки: polioencephalitis chronica; степень измѣненій уменьшалась по мѣрѣ удаленія отъ наружнаго слоя коры; тангенціальныя волокна исчезли, молекулярный слой не содержалъ нервныхъ клѣтокъ, число же гліозныхъ клѣтокъ и ядеръ было, наоборотъ, увеличено. Малыя пирамидныя клѣточки почти совершенно исчезли благодаря атрофіи; большія пирамидныя клѣточки уменьшены въ количествѣ. Стѣнки сосудовъ и pia утолщены. Число радіарныхъ волоконъ и короткихъ сочетательныхъ волоконъ, проходящихъ на днѣ бороздъ, уменьшено. Весь проекціонный путь, соединяющій кору височныхъ долей съ периферіей (проэкціонныя волокна въ бѣломъ веществѣ полушарій и внѣшній пучокъ мозговой ножки), т. е. пучокъ Türck'a, содержитъ меньшее число волоконъ, чѣмъ обыкновенно.

Здѣсь, какъ и въ случаѣ Pick'a, было двустороннее пораженіе коры.

Поражены были болѣе всего, и, вѣроятно, ранѣе всего передніе отдѣлы извилинъ наружной стороны височныхъ долей, и при томъ—обѣихъ, т. е. центръ тонового слуха. Меньше и позже отразилось это на заднемъ отдѣлѣ височныхъ извилинъ, т. е. на слуховомъ центрѣ рѣчи (въ теченіе болѣзни отмѣченъ переходъ подкорковой афазіи съ теченіемъ времени въ корковую афазію, сопровождавшуюся разстройствомъ процессовъ внутренней рѣчи; тогда появилась жаргонафазія, параграфія и т. д.

Нерѣдко описанія случаевъ подкорков. словесной глухоты не соотвѣтствуютъ точному понятію объ этой формѣ афазіи, или, по крайней мѣрѣ, заставляютъ думать о сложныхъ, смѣшанныхъ разстройствахъ.

Возьмемъ, напр., одинъ изъ случаевъ Pick'a, приводимыхъ какъ примѣры подкорковой словесной глухоты. Исторія болѣзни обнаруживаетъ существованіе у больного на ряду съ тремя классическими симптомами подкорковой афазіи и другихъ симптомовъ, ей не свойственныхъ. Такъ напр., больная читала слова и фразы съ большими ошибками и подъ конецъ замѣняла свое имя, показанное ей на бумагѣ, безсмысленнымъ наборомъ звуковъ, сходнымъ съ даннымъ ей словомъ только по первымъ двумъ буквамъ (P. и l.). При чтеніи, произвольной рѣчи, называніи показываемыхъ предметовъ обнаруживались рѣчевыя разстройства амнестическія (какъ называется такой простой предметъ какъ ключъ,—больная не могла сказать) и двигательныя (недоговариваніе словъ, по временамъ—парафазія, аграмматизмъ и др.). Я уже не говорю о возможности, или невозможности исключить здѣсь вліяніе психическихъ разстройствъ («больная тупо смотрѣла въ одну точку, бормотала про себя какія-то неясныя слова, обнаруживала рѣзкое пониженія вниманія и т. д.»).

Словесная глухота, какъ послѣдствіе пониженія слуха, зависящаго отъ периферическихъ или центральныхъ измѣненій.

Lichtheim'овское толкованіе симптомокомплекса «подкорковой словесной глухоты» предполагаетъ, повидимому, существованіе особаго проводящаго пути для слуховыхъ воспріятій рѣчи, на ряду съ путями, проводящими всякія другія слуховыя ощущенія. На самомъ дѣлѣ существованіе такихъ

путей, которые служили бы для проведенія исключительно рѣчевыхъ сочетаній звуковъ, не доказано, да и не правдоподобно.

Остается предположить или существованіе двухъ центровъ: центра слуховыхъ воспріятій и сочетательнаго центра и объяснять происхожденіе подкорковой афазіи перерывомъ волоконъ, соединяющихъ эти два центра, или же, что, конечно, гораздо правдоподобнѣе, смотрѣть на подкорковую афазію не какъ на разстройство функціи, стоящей совершенно особнякомъ отъ общаго слуха, но какъ на болѣе слабую степень слухового разстройства. (Тамъ, гдѣ исключаются психологическія причины, напр. невозможность сосредоточиться на воспріятіи рѣчи).

Какъ извѣстно, изслѣдованія цѣлаго ряда авторовъ выяснили, какую большую роль играютъ слуховыя разстройства въ происхожденіи афазіи.

Bleuler, высказываясь въ пользу зависимости симптомокомплекса подкорковой чувственной афазіи отъ пониженія слуха (периферическаго или центральнаго происхожденія—все равно), указалъ на слѣдующее обстоятельство: при чисто физическомъ препятствіи для яснаго слуха можно получить изолированную глухоту къ словамъ. Рабочая комната Bleuler'a отдѣлялась отъ сосѣдней комнаты тонкою кирпичною стѣнкою съ дверью. Всякій даже сравнительно слабый шумъ (дыханіе, шуршаніе одежды, переворачиваніе бумаги и т. п.) различается черезъ стѣну безъ всякаго труда. Рѣчь также слышна и можно различить голоса и интонацію голоса разговаривающихъ и аффективную окраску рѣчи. Но чтобы понять какое-нибудь слово, нужно, чтобы оно было произнесено гораздо громче и отчетливѣе, чѣмъ если бы разговоръ происходилъ въ той комнатѣ, гдѣ находится слушающій, цѣлую же фразу никогда не удается понять. Нельзя даже различить (если разговариваютъ незнакомыя лица), говорятъ ли на нѣмецкомъ или на какомъ-либо иностранномъ языкѣ. То-же замѣчалось и при повтореніи опыта другими лицами, въ томъ числѣ—лицами, обладающими хорошимъ музыкальнымъ слухомъ. Что рѣчь при равныхъ условіяхъ страдаетъ болѣе общаго слуха,—не удивительно: перерывы при другихъ слуховыхъ воспріятіяхъ, ненормальная длительность отдѣльныхъ элементовъ ихъ и т. д. не такъ мѣшаетъ воспринять ихъ, какъ подобные же

дефекты при воспріятіи словъ: шумъ несмотря на перерывы или выпаденіе отдѣльныхъ тоновъ остается шумомъ, слово же при выпаденіи или смѣшеніи отдѣльныхъ элементовъ его дѣлается непонятнымъ.

Еще въ 1891 году Freud обратилъ вниманіе на то, что въ извѣстныхъ въ то время случаяхъ подкорковой чувственной афазіи не исключено вліяніе слуховыхъ разстройствъ, хотя и нѣтъ полной глухоты. Такъ Lichtheim въ описаніи своего случая упоминаетъ, что у больного существовала «небольшая степень глухоты» и приведенныя данныя относительно изслѣдованія слуха отличаются неполнотою; у больного Wernicke существовалъ дефектъ воспріятія верхнихъ тоновъ, у больного Adler'a — несомнѣнное пониженіе слуха. Принимая же во вниманіе, что въ случаяхъ Lichtheim'a и Adler'a афазія появилась послѣ повторныхъ апоплектическихъ приступовъ, причину которыхъ имѣлось основаніе искать въ пораженіи сначала одного, потомъ другого полушарія, Freud угадалъ то, что потомъ стало подтверждаться въ цѣломъ рядѣ вскрытій: связь подкорковой формы афазическихъ разстройствъ съ двусторонними пораженіями мозга. А двусторонніе пораженія височныхъ долей сопровождаются, какъ извѣстно, пониженіемъ общаго слуха, такъ какъ при нихъ не можетъ уже оказывать вліянія двусторонняя иннервація каждаго уха. Только Freud причину этого нарушенія функціи корковыхъ центровъ слуха предположилъ въ периферическихъ вліяніяхъ: онъ высказался въ томъ смыслѣ, что подкорковая чувственная афазія происходитъ не отъ простого перерыва пути, какъ должно выходить по Лихтгеймовской схемѣ, но отъ неполныхъ двусторонніихъ пораженій слухового поля, можетъ быть, подъ вліяніемъ периферическихъ слуховыхъ разстройствъ (какъ это было у Arnaud) (курсивъ подлинника).

Въ 1898 году Pick доказалъ анатомически, что причиною подкорковой словесной глухоты можетъ быть двустороннее пораженіе мозговой коры. Разбирая свои случаи Pick, между прочимъ, говоритъ слѣдующее: «при подкорковой чувственной афазіи, зависящей отъ пораженія большого мозга, играетъ роль пониженіе слуха (Hörvermögens), стоящее въ связи или съ уменьшеніемъ числа центростремительныхъ проводниковъ, или элементовъ, служащихъ для воспріятія слуховыхъ ощущеній».

Такъ-же взглянулъ на дѣло и Liepmann, объяснившій подобно самому Pic'у, его случаи; напр., въ случаяхъ «Pelc» и «Mysca» Liepmann видитъ центральную глухоту или очень близкую къ ней степень пониженія слуха.

Постепенно, подъ вліяніемъ мнѣній, высказанныхъ этими авторами, а также Wernicke и другими создалось ученіе о двоякомъ происхожденіи симптомокомплекса «чистой или подкорковой формы словесной глухоты»; стали различать 1) случаи словесной глухоты дѣйствительно независимые отъ слуховыхъ разстройствъ (соотвѣтствующіе схемѣ Lichtheim'a—Wernicke) и 2) случаи, гдѣ словесная глухота, сохраняя по отношенію къ рѣчевымъ разстройствамъ основныя черты подкорковой афазіи, связана однако съ измѣненіями общаго слуха: «слуховая или чувственно-слуховая словесная глухота» («acustische und sensorisch-acustische Sprachtaubheit»), по Ziehl'ю или «ложная словесная глухота» («Pseudosprachtaubheit»), по Liepmann'y. Относительно послѣдней G. Bonvicini говоритъ такъ: «слуховыя разстройства, зависятъ или они отъ периферическихъ или отъ центральныхъ причинъ (двусторонія заболѣванія средняго уха или лабиринта, заболѣванія обоихъ слуховыхъ нервовъ и проводящихъ путей, направляющихся къ мозговой корѣ, двусторонніе пораженія самой коры), могутъ вызвать появленіе словесной глухоты, въ томъ случаѣ, если сопровождаются выпаденіемъ тѣхъ слуховыхъ ощущеній, которыя служатъ непосредственно для воспріятія рѣчи». Во всѣхъ подобнаго рода случаяхъ дѣло касается ложной рѣчевой глухоты (Pseudosprachtaubheit въ смыслѣ Liepmann'a, слуховая, resp. чувственно-слуховая глухота, по Ziehl'ю); эта ложная глухота къ рѣчи не имѣетъ ничего общаго съ чистой словесною глухотою Wernicke-Lichtheim'a».

C. S. Freud въ 1895 г. описалъ случай чистой словесной глухоты, въ которомъ имѣлось лабиринтное разстройство слуха (шумъ въ ушахъ, разстройства равновѣсія, головокруженіе, неувѣренная походка, наклонность говорить черезчуръ громко) и въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ не появлялись признаки пораженія мозговой коры.

Такого же происхожденія была, по мнѣнію Freund'a, словесная глухота въ случаѣ Wernicke (Hentschel).

Въ случаѣ Déjerine'a и Thomas играло роль двустороннее пораженіе лабиринта и истерія.

Интересный въ историческомъ отношеніи случай Lichtheim'a, начинающій собою рядъ примѣровъ, описывавшихся подъ именемъ подкорковой афазіи, не былъ провѣренъ вскрытіемъ.

Нужно обратить вниманіе и на профессію больного, оказывающую не маловажное вліяніе на форму афазіи, поскольку вообще здѣсь играютъ роль психологическія вліянія. Это былъ 55-лѣтній редакторъ Loosli, у котораго и раньше существовала временная парафазія послѣ апоплексіи, не препятствовавшая однако исполненію редакторскаго дѣла. Явившись къ Lichtheim'y, Loosli производилъ впечатлѣніе обыкновенной глухоты (периферическаго происхожденія): онъ не обращалъ вниманія не только на рѣчь окружающихъ людей, но и на шумъ; не могъ различить мелодіи. Слѣдовательно, этотъ больной только въ смыслѣ рѣчевыхъ разстройствъ отличался отъ больныхъ, страдающихъ корковою, транскортикальною и т. п. формами афазіи. Всякій больной, страдающій обыкновенною или душевною глухотою, могъ бы съ такимъ же правомъ подойти подъ рубрику подкорковой афазіи. Но даже и самая сохранность способности къ чтенію, характеризующая подкорковую афазію, въ данномъ случаѣ могла зависѣть отъ профессіональныхъ особенностей: у человѣка, занимавшагося много лѣтъ преимущественно журнальною работою, способность къ чтенію могла стать независимою отъ слуховыхъ образовъ (Freud). Нужно еще замѣтить, что Loosli не обнаруживалъ старанія разслышать вопросъ и понять его.

Случай проф. A. Pick'a далъ возможность провѣрить теоретическія соображенія изслѣдованіемъ post mortem.

Въ клинику поступилъ 24-лѣтній поденщикъ Anton, перенесшій десять лѣтъ тому назадъ небольшой апоплектическій припадокъ, послѣ котораго оставалась въ теченіе нѣкотораго времени легкая лѣвосторонняя гемиплегія и афазія; четыре года тому назадъ — новый апоплектич. приступъ, послѣ котораго—незначительныя разстройства рѣчи; третій апоплектическій приступъ случился 3 мѣсяца тому назадъ; послѣ него стали наблюдаться состоянія возбужденія, во время которыхъ больной грозилъ убить окружающихъ и поджечь домъ.

Войдя въ клинику, больной самъ предупреждаетъ вопросъ и говоритъ: «Откуда я? изъ №»; на предлагаемые ему послѣ этого вопросы отвѣчаетъ совершенно невпопадъ фразами, составленными правильно, но не имѣющими связи съ заданнымъ вопросомъ. Больной говоритъ совершенно правильно, вѣрно называетъ показываемые ему предметы, пишетъ медленно, но правильно, бѣгло и хорошо читаетъ, не можетъ повторять услышанныя слова и писать подъ диктовку. Прекрасно понимаетъ то, что пишетъ или читаетъ. Больной не только не обращаетъ вниманія на рѣчь окружающихъ лицъ, но и на раздающійся около него шумъ; но если удается привлечь его вниманіе къ звукамъ, то выясняется, что онъ не воспринимаетъ тихихъ окликовъ, разговора, звона колокольчика, но на громкій окликъ, хлопанье въ ладоши, звонъ колокола откликается, хотя для этого иногда необходимо многократное повтореніе звука; иногда, если громко крикнуть, онъ вздрагиваетъ и говоритъ съ неудовольствіемъ: «не кричите такъ!»; часто онъ говоритъ: «я слышу хорошо, только не понимаю, что говорятъ; мнѣ кажется, какъ будто пролетѣла муха». Будь здѣсь полное отсутствіе слуховыхъ и психическихъ разстройствъ, это былъ примѣръ чистой подкорковой афазіи. Но уже упомянуто о пониженіи воспріимчивости Anton'a къ разнымъ слуховымъ раздраженіямъ (напр. звону колокольчика), и, кромѣ того, въ данномъ случаѣ наблюдались признаки психическихъ аномалій (упомянутыя уже выше угрозы по отнош. къ окружающимъ; дѣтское поведеніе, невозможность сколько-нибудь длительной фиксаціи вниманія, наклонность къ слезамъ; большую часть времени проводитъ въ молитвѣ, при чемъ никакой шумъ не отвлекаетъ его отъ этого).

Пропускаю описаніе измѣненій, найденныхъ во внутр. органахъ.

Послѣ нѣсколькихъ припадковъ легочнаго инфаркта больной умеръ.

Вскрытіе обнаружило размягченіе первой и большого участка второй височной извилины, всего островка и маленькихъ участковъ въ нижнемъ концѣ предцентральной извилины и нижней лобной извилины праваго полушарія; небольшое расширеніе праваго бокового желудочка (содерж. желтоватую сыворотку). Фронтальные срѣзы по Pitres'y, обнаружили желтое размягченіе сѣраго и бѣлаго вещества упомянутыхъ извилинъ, claustrum, наружной сумки, наружнаго членика чечевиднаго ядра. Въ лѣвомъ полушаріи существовало такое же размягченіе задней половины первой височной извилины и gyr. supramarginalis, но не заходящее здѣсь такъ глубоко, какъ въ правомъ полушаріи, и не захватывающее внѣшнюю сумку и большіе узлы. Кромѣ того, въ согласіи съ клиническими симптомами, здѣсь были найдены: morbus Brighti chron. cicatricans, myomalacia et hypertrophia cordis, thrombosis ven. jugular., v. femor. dex., embolia art. pulmon., infarctus haemorrhag. pulmonum, infarctus anaem. et haemorrh. renum, hyperaemia mech. et hydrops univ.

Такимъ образомъ, здѣсь было двустороннее размягченіе поверхностныхъ слоевъ I—II височныхъ извилинъ, захватывавшее какъ подкорковое вещество, такъ и кору (данныхъ микроскопич. изслѣдованія нѣтъ).

Такимъ образомъ уже при изученіи первыхъ случаевъ подкорковой словесной глухоты явилась мысль о возможности вліянія центральнаго или периферическаго пониженія слуха на афазію. Чтобы выяснить, при какихъ обстоятельствахъ можно говорить о первичной афазіи (самостоятельной, не зависящей отъ пониженія слуха) и при какихъ рѣчевыя разстройства являются лишь неизбѣжнымъ послѣдствіемъ пониженія слуха,—нужно было найти точный критеріумъ, показывающій какая минимальная степень слуха нужна для того, чтобы воспринималась еще рѣчь?

Этотъ критеріумъ установленъ изслѣдованіями Bezold'a, который предложилъ методъ пригодный для того чтобы разобраться въ отдѣльныхъ случаяхъ словесной глухоты.

Не только слова, но даже отдѣльныя буквы (особенно согласныя) не пригодны для совершенно точнаго изслѣдованія слуха, т. к. при пользованіи ими вмѣшиваются сочетательные психическіе процессы, измѣняющіе значеніе данныхъ въ двухъ отдѣльныхъ случаяхъ. Камертоны же являются для этого очень пригодными. Изслѣдованіе слуха по отношенію къ разнымъ тонамъ показываетъ, что 1) при глухотѣ обыкновенно теряется воспріятіе не всѣхъ рѣшительно тоновъ, но нѣкоторые уцѣлѣваютъ; 2) для пониманія рѣчи необходима сохранность совершенно опредѣленныхъ тоновъ; значитъ, если при общей глухотѣ эти тоны почему-либо не выпали, больной можетъ хорошо слышать слова; и наоборотъ, если выпали только эти тоны, глухота остается замаскированною сохранностью другихъ, а между тѣмъ рѣчевыя воспріятія уже невозможны. Поэтому, для того чтобы выяснить участіе слуховыхъ разстройствъ въ происхожденіи афазіи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, необходимо было опредѣлить слухъ по отношенію ко всему непрерывному ряду тоновъ, обнимающему нѣсколько октавъ. При этомъ выяснилось, что для воспріятія гласныхъ буквъ и словъ необходима сохранность тѣхъ тоновъ, которые содержатся между b 1—перечеркнутой до d 2—перечеркнутой октавы: b′—d″ (изслѣдованіе глухонѣмыхъ: Bezold). Благодаря этому способу Bezold могъ раздѣлить глухонѣмыхъ на двѣ группы: одни не слышатъ рѣчь, потому что они совершенно глухи, или хотя и слышатъ нѣкоторые тоны, но не тѣ, которые нужны для воспріятія рѣчи; другіе сохранили способность слышать тоны необходимые для рѣчевыхъ воспріятій:

у нихъ Bezold предположилъ мозговое происхожденіе разстройствъ, или чувственную афазію.

Съ тѣхъ поръ, какъ найденъ былъ методъ, позволяющій отдѣлить самостоятельныя афазіи отъ вторичныхъ или ложныхъ, началось изученіе отдѣльныхъ случаевъ съ этой точки зрѣнія. Особенно важна въ этомъ отношеніи работа C. S. Freud'a, обратившаго вниманіе на необходимость полнаго изслѣдованія слуха съ помощью метода Бецольда. Но прежде чѣмъ перейти къ полученнымъ при этомъ результатамъ, нужно отмѣтить еще одно чрезвычайно важное обстоятельство: упомянутыя изслѣдованія выяснили, какіе именно тоны должны быть сохранены для того, чтобы воспринималась рѣчь. Но этого еще недостаточно: нужно знать, какая степень слуха (въ предѣлахъ этого ряда тоновъ) нужна для сохраненія рѣчи?

Послѣ ряда изслѣдованій Bezold'y и проф. Edelmann'y удалось выяснить и эту сторону дѣла.

Изслѣдованіе на Бецольдовскую сексту, между прочимъ, было примѣнено къ случаю «Heutschel», описанному Wernicke въ качествѣ примѣра подкорковой чувственной афазіи. Случай этотъ былъ изслѣдованъ также Freund'омъ и Liepmann'омъ, изъ которыхъ первый пришелъ къ заключенію, что у больного существовала не афазія, а лабиринтная глухота, а второй подтвердилъ діагнозъ Wernicke, такъ какъ нашелъ, что хотя въ общемъ здѣсь дѣйствительно существовало разстройство слуха, но оно касалось какъ разъ только тоновъ, лежащихъ выше ряда G^2—Gis^3, необходимаго для рѣчи. Въ этомъ отношеніи, стало быть, случай разобранъ лучше, чѣмъ раньше. Но окончательно случай остался все-таки невыясненнымъ, потому что не была изслѣдована въ достаточной мѣрѣ длительность воспріятія тоновъ.

Относительно самой техники метода Bezold'a и Edelmann'a нужно замѣтить слѣдующее: берется рядъ камертоновъ съ наибольшею продолжительностью колебаній, органныхъ трубокъ, или измѣненныхъ Edelmann'омъ гальтоновыхъ свистковъ.

Первоначально Bezold пользовался для количественнаго опредѣленія слуха въ своихъ изслѣдованіяхъ сравненіемъ продолжительности камертоннаго звука для уха на больной и на здоровой сторонѣ. Обозначая n нормальную продолжительность для даннаго камертона, t—промежутокъ времени, которымъ отличается слуховое ощущеніе на той и на другой сторонѣ

(то и другое—въ секундахъ), онъ вычислялъ процентное отношеніе по формулѣ $x = \frac{n-t}{n} \cdot 100$; если x = не ниже 0,4 нормальныхъ цифръ, то онъ говорилъ о сравнительно порядочной сохранности слуха (въ смыслѣ длительности ощущеній).

По Gradenigo, у глухонѣмыхъ степень слуха, необходимая для пониманія рѣчи, должна = длительности ощущеній $^{10}/_{100}$, если больной долженъ еще изучать рѣчь, и $^{5}/_{100}$ для знакомой рѣчи.

Въ дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ своихъ Bezold пользовался камертонами Edelmann'a (не отягощенными надсадкою и потому звучащими дольше) и примѣнилъ гораздо болѣе точный методъ измѣренія наименьшихъ размаховъ камертона; провѣривъ свои прежнія изслѣдованія, онъ убѣдился въ ихъ неправильности. Ошибка зависѣла отъ слишкомъ малой продолжительности колебаній камертоновъ, примѣнявшихся имъ въ прежнихъ изслѣдованіяхъ. Онъ нашелъ теперь, что въ дѣйствительности острота слуха для изслѣдуемаго уха зависитъ главнымъ образомъ не отъ продолжительности періода времени, въ продолженіе котораго ухо слышитъ еще замирающій звукъ камертона, но отъ наименьшей амплитуды колебаній камертона на границѣ воспринимаемаго еще и уже не слышимаго больше звука. Онъ говоритъ такъ: «Сила тона пропорціональна размѣрамъ колебаній и тонкость слуха по отношенію къ опредѣленному тону обратно пропорціональна той величинѣ, выражающей размахи камертона, издающаго этотъ тонъ, которая соотвѣтствуетъ какъ разъ порогу слуховыхъ ощущеній для изслѣдуемаго уха. Въ то время, какъ измѣряемая длительность звука замирающаго камертона падаетъ въ ариѳметической прогрессіи, амплитуда колебаній падаетъ, какъ извѣстно,—въ прогрессіи геометрической».

По такому способу (особые камертоны съ кусочками цинка, прикрѣпленными къ нимъ) Bezold произвелъ новыя изслѣдованія и на основаніи ихъ составилъ параллельную таблицу размаховъ камертона и соотвѣтствующей имъ остроты слуха.

Насколько мѣняется оцѣнка отдѣльныхъ случаевъ подъ вліяніемъ провѣрки ихъ новыми методами, показываетъ случай «Marie R.» (Bezold'a), который по Liepmann'у, слѣдуетъ считать однимъ изъ немногихъ примѣровъ классической словесной глухоты. Изслѣдовавъ этотъ случай въ 1893 году,

нашелъ для тоновъ, лежащихъ между a′ и a″ справа 0,9, слѣва — 0,8 — 0,9; провѣривъ же изслѣдованіе съ помощью новыхъ камертоновъ, въ 1899 году, когда больная могла уже почти совершенно хорошо понимать рѣчь, измѣреніе размаховъ камертона (Elongationswerthe) дало справа для c″ 73, для g″ 65%, слѣва 76 и 68%, что соотвѣтствовало въ этихъ наиболѣе важныхъ для пониманія рѣчи предѣлахъ остротѣ слуха = 6% и 13%.

Такимъ образомъ теперь Bezold убѣдился въ томъ, что этотъ случай не можетъ быть причисленъ къ несомнѣннымъ случаямъ подкорковой чувственной афазіи.

Wernicke высказался по поводу соотношеній между воспріятіемъ общихъ слуховыхъ ощущеній и рѣчи такъ: изъ 12 октавъ (на самомъ дѣлѣ — больше), обнимающихъ область ощущеній доступную нашему слуху, для пониманія рѣчи необходимы около 2 октавъ. Можно думать, что лишь $^{1}/_{4}$ или $^{1}/_{5}$ проэкціонныхъ слуховыхъ волоконъ оканчивается въ области центральнаго поля рѣчевыхъ воспріятій (занимающаго сравнительно небольшую часть поверхности височной доли, именно заднюю $^{1}/_{2}$ или $^{1}/_{3}$ первой височной извилины); общее же поле слуховыхъ ощущеній, принимающее въ себя окончаніе всѣхъ слуховыхъ волоконъ занимаетъ гораздо большее пространство—бо́льшую часть коры височной доли.

Ларіоновъ, сопоставляя данныя своихъ опытовъ съ случаями пораженій височныхъ долей, осложненныхъ амузіей, афазіей и т. п., набрасываетъ такую схему: по всей вѣроятности, центральная корковая область для слуховыхъ воспріятій охватываетъ заднюю часть островка и переднюю часть двухъ верхнихъ извилинъ латеральной поверхности височныхъ долей. При этомъ можно предположить различное участіе отдѣльныхъ мѣстъ этого поля въ воспріятіи тоновъ разной высоты: именно, извилины островка принимаютъ участіе въ воспріятіи высокихъ тоновъ, I височная извилина — въ воспріятіи среднихъ, а II—въ воспріятіи низкихъ тоновъ. Центръ воспріятія словъ находится въ заднемъ отдѣлѣ I височной извилины, т. е. той извилины, въ области которой локализируется и воспріятіе среднихъ тоновъ, въ томъ числѣ Bezold'овой сексты: $b^1 — g^2$ (1 = 2-чертной октавы).

Что касается душевной глухоты (нарушенія способности

понимать значеніе слышимыхъ звуковъ), то въ однихъ случаяхъ подкорковой афазіи имѣются указанія на нее, въ другихъ она отсутствовала. Такъ, напр., больной Liepmann'a не могъ узнать голоса животныхъ, разные шумы. Напротивъ того, Ziehl и Henneberg въ описаніи своихъ случаевъ указываютъ на сохраненную способность понимать значеніе звуковъ (но голоса животныхъ иногда не узнавались больнымъ Henneberg'a).

Однимъ изъ выдающихся случаевъ по подробнѣйшему изслѣдованію слуха является случай, описанный G. Bonvicini:

У 63-лѣтняго комми-вояжера А., до того времени пользовавшагося полнымъ здоровьемъ и никогда не страдавшаго ушными болѣзнями, послѣ удара остались не на долго рѣчевыя разстройства въ формѣ чувственной афазіи; разстройства изчезли въ слѣдующемъ порядкѣ: сначала исчезло разстройство пониманія рѣчи, затѣмъ — парафазія, аграмматизмъ и способность подыскивать слова, и наконецъ больной настолько поправился, что сдѣлался снова болѣе или менѣе способнымъ къ работѣ. Послѣ второго удара, сопровождавшагося лѣвостороннею гемилегіей, снова возвратились рѣчевыя разстройства: утрата способности пониманія рѣчи, парафазія, аграмматизмъ, затрудненія при подыскиваніи словъ; вскорѣ они снова исчезли, но не вполнѣ; осталась словесная глухота въ качествѣ постояннаго симптома. Отъ амнезіи и парафазіи не осталось и слѣдовъ (подробныя изслѣдованія по отношенію къ именамъ существительнымъ, числительнымъ и прилагательнымъ).

Самостоятельная рѣчь осталась совершенно нормальною, даже при самыхъ трудныхъ и сложныхъ фразахъ. Произношеніе словъ оставалось яснымъ, нормальнаго тона, не усилен., безъ слѣдовъ задержки. Больной правильно повторялъ слово, прочитавъ его, или смотря на движенія губъ собесѣдника. При опытахъ, имѣвшихъ цѣлью выяснить способность больного воспринимать и повторять услышанныя слова, можно было замѣтить, что больной схватываетъ смыслъ нѣкоторыхъ словъ по тону, какимъ они произнесены, или по длинѣ ихъ, или съ помощью воспріятія нѣкоторыхъ гласныхъ буквъ, содержащихся въ данномъ словѣ.

Наряду съ потерею рѣчи существовало также и разстройство музыкальнаго воспріятія (причемъ однако сохранилась способность замѣчать ритмъ и узнавать музыкальные инструменты или голосъ по тембру). Ясно также выраженъ былъ симптомъ пониженія вниманія къ звуковымъ ощущеніямъ. Наряду съ афазіей существовали признаки мозгового пораженія въ видѣ гемилегіи, преходящаго разстройства зрительной оріентировки, пониженія зрительной памяти, парамнезіи, разстройства способности оріентироваться въ пространствѣ и во времени и др.

Изслѣдованіе уха, электровозбудимости слухового нерва, изученіе способности къ координаціи и чувства равновѣсія дало результаты, не отличающіеся отъ того, что обыкновенно наблюдается у людей соотвѣтствующаго возраста.

Спеціальное изслѣдованіе на полный рядъ тоновъ разной силы далъ такіе результаты, какіе получаются у хорошо слышащихъ пожилыхъ людей: нормальный объемъ слуха при очень незначительномъ равномѣрномъ пониженіи длительности слуховыхъ ощущеній, которое по Бецольдовскимъ таблицамъ соотвѣтствуетъ довольно значительной силѣ слуха.

При подобномъ состояніи слуха и слухового аппарата люди обыкновенно не обнаруживаютъ никакихъ затрудненій въ пониманіи рѣчи. Поэтому, согласно съ Liepmann'омъ, въ такихъ случаяхъ необходимо признать дѣйствительно афазію и, такъ какъ самостоятельная рѣчь, способность писать и читать не были затронуты, то нужно отнести разстройства къ подкорковой чувственной афазіи. (Больной остался живъ, такъ что анатомически діагнозъ не провѣренъ).

Слуховыя разстройства.

Когда человѣкъ слышитъ звуки окружающаго міра, онъ можетъ воспринимать ихъ просто, какъ звуки, обладающіе тѣмъ или инымъ тономъ, силою, ритмомъ, тембромъ и т. д., но не давая имъ опредѣленнаго истолкованія, или онъ истолковываетъ ихъ, т. е. связываетъ съ совокупностью другихъ слѣдовъ ощущеній, свойственныхъ извѣстному предмету (напр., слыша жужжаніе пчелы, представляетъ себѣ пчелу, слыша визгъ пилы связываетъ его именно съ пилою, а паровозный свистокъ съ паровозомъ («l'audition des objets ou des choses»); или, наконецъ, звуки воспринимаются въ опредѣленномъ символическомъ значеніи: пониманіе человѣческой рѣчи.

При разстроенной дѣятельности мозга можетъ утратиться только послѣдняя фунція: получится чувственная афазія, словесная глухота; или утрачивается упомянутая способность истолковывать значеніе звуковъ и связывать ихъ съ соотвѣтствующимъ предметомъ: получится психическая глухота (Munk); или, наконецъ, больной совершенно утрачиваетъ способность къ слуховымъ воспріятіямъ, несмотря на сохранность слухового органа и низшихъ слуховыхъ центровъ и проводниковъ: корковая глухота (Munk).

Вѣроятно, у человѣка нужно предположить существованіе центра тоновыхъ ощущеній (тоновой и музыкальный центръ) въ передней половинѣ 1-й височной извилины (для среднихъ октавъ), 2-й височной извилины (для низкихъ октавъ) и въ заднихъ извилинахъ островка (для высокихъ октавъ) (Ларіоновъ). Независимо отъ этого, сзади отъ тонового центра въ 1-й височной извилинѣ имѣется центръ слухового воспріятія словъ (Wernicke); разрушеніе его вызываетъ словесную глухоту). Наконецъ, воспоминанія словесныхъ образовъ локализируются, вѣроятно, въ заднемъ сочетательномъ центрѣ Flechsig'a.

Въ исторіи развитія ученія о корковой локализаціи слуховыхъ центровъ нужно отмѣтить прежде всего установленіе того факта, подвергавшагося первоначально сомнѣнію, что слуховыя воспріятія совершаются при участіи полушарій большого мозга (опыты Flourens'a, Longet и др.); противоположный взглядъ, поддерживавшійся другими авторами: удаленіе мозговыхъ полушарій ведетъ къ утратѣ способности понять и оцѣнить слуховыя воспріятія и воспользоваться ими для образованія представленій, самая же воспринимающая функція не утрачивается. Далѣе слѣдуетъ установленіе локализаціи центровъ слуха именно въ височной области. Опыты Ferrier, Munk'a и др. показали, что разрушеніе поверхности височныхъ извилинъ вызываетъ глухоту противоположнаго уха, если разрушеніе одностороннее, и двустороннюю глухоту, если повреждены обѣ височныя доли.

По Luciani и Tamburini, одностороннее разрушеніе височныхъ извилинъ ведетъ къ пониженію слуха—рѣзкому на противопожной, и незначительному—на одноименной сторонѣ. Впослѣдствіе слухъ можетъ возстановляться благодаря замѣщенію другими отдѣлами мозга. Корковая иннервація слуха и неполный перекрестъ подтверждается сопоставленіемъ большого числа экспериментальныхъ работъ въ обзорѣ Luciani и Seppilli («локализація функцій коры большого мозга»). У обезьянъ разрушеніе обѣихъ верхнихъ извилинъ ведетъ къ стойкой глухотѣ (Ferrier).

Взглядъ авторовъ, отрицающихъ локализацію слухового центра въ корѣ височоной доли, можетъ зависѣть отъ неполноты удаленія коры и неполноты изслѣдов. слуха (Horsley, Schäfer, Brown и др.)

У Goltz'a могло происходить замѣщеніе дѣятельности однихъ центровъ дѣятельностью другихъ: онъ удалялъ вещество мозговыхъ полушарій по частямъ, въ нѣсколько пріемовъ.

Изслѣдованія В. Е. Ларіонова подтвердили мнѣніе Munk'a о дробной локализаціи центровъ для отдѣльныхъ тоновъ въ корѣ височной доли. Непосредственно послѣ удаленія хотя бы даже маленькихъ участковъ коры одной изъ трехъ височныхъ извилинъ у собакъ получается полная глухота противоположнаго уха («вѣроятно, вслѣдствіе прилива крови ко всѣмъ тоновымъ центрамъ этого уха») и ослабленіе слуха въ соотвѣтствующемъ ухѣ (неполный перекрестъ слуховыхъ путей). Но черезъ нѣсколько дней глухота ослабѣваетъ и остается только дефектъ для воспріятія нѣкоторыхъ опредѣленныхъ тоновъ—преимущественно—на противоположной сторонѣ. Когда разрушалась четвертая извилина (gyrus angularis), выпадали высокіе тоны, примѣрно, начиная съ c^2; при разрушеніи задняго отдѣла 3-й извилины выпадали тоны среднихъ октавъ, приблизительно отъ e до c^2. Удаленіе коры задне-нижняго конца 2-й извилины вызывало выпаденіе низкихъ тоновъ: отъ e до A^1 и далѣе. Удаленіе поперечною полосою коры всѣхъ трехъ извилинъ вело къ выпаденію тоновъ всѣхъ шести октавъ, но съ сохраненіемъ промежуточныхъ тоновъ. Получается такая схема: центры для разныхъ тоновъ, если итти отъ низкихъ къ высокимъ октавамъ, располагаются въ такомъ направленіи: отъ нижнезадняго отдѣла 2-й извилины сверху внизъ, затѣмъ, огибая задній конецъ второй борозды, направляются къ 3-й извилинѣ снизу вверхъ и, дойдя до верхушки ея, поворачиваютъ книзу и переходятъ подъ 3-ю бороздою въ заднюю половину угловой извилины (gyr. angularis). Такимъ образомъ, по Ларіонову, въ височной долѣ имѣется тоновая скала, соотвѣтствующая тоновой скалѣ улитки. Она же служитъ и для воспріятія шумовъ.

Въ концѣ концовъ малыя разрушенія коры височной области часто приводятъ къ почти полной глухотѣ вслѣдствіе перерожденія сочетательныхъ, комиссуральныхъ и проэкціонныхъ волоконъ. Раздраженіе коры височныхъ извилинъ вызываетъ движенія ушей, глазъ и головы, корковый слуховой рефлексъ.

Проф. Бехтеревъ, подводя итогъ существующимъ из-

слѣдованіямъ по локализаціи слуховыхъ центровъ, приходитъ къ выводу, что одностороннее разрушеніе коры височной доли вызываетъ небольшое ослабленіе слуха на сторонѣ поврежденія и рѣзкое пониженіе его на противоположной сторонѣ, двустороннее разрушеніе вызываетъ стойкую глухоту, но количественный слухъ можетъ возстановляться современемъ до извѣстной степени. Только качественный слухъ и превращеніе слуховыхъ ощущеній въ представленія нуждается непремѣнно въ цѣлости коры височныхъ долей, которая и служитъ центромъ для этихъ двухъ психофизіологическихъ функцій.

Опыты проф. Бехтерева и произведенныя въ его лабораторіи изслѣдованія Ларіонова подтвердили мнѣнія авторовъ признающія существованіе въ заднемъ отдѣлѣ височныхъ извилинъ центра слуховыхъ воспріятій, обособленнаго отъ расположеннаго отдѣла отъ него центра храненія звуковыхъ отпечатковъ или слуховыхъ представленій, разрушеніе котораго давало бы отмѣченную Мипк'омъ душевную глухоту.

Опытъ Monakow'a показываютъ, что разрушеніе первой височной извилины сопровождается перерожденіемъ внутренняго колѣнчатаго тѣла, т. е. подкоркового центра слуха.

Изслѣдованіе патологическихъ случаевъ показываетъ, что и у людей можно предположить существованіе въ корѣ височной доли слуховыхъ центровъ для противоположнаго уха. При этомъ нужно замѣтить, что, по всей вѣроятности, къ воспріятію тоновъ и вообще звуковъ ближайшее отношеніе имѣетъ часть коры кпереди отъ слуховыхъ центровъ рѣчи, расположенныхъ въ заднемъ отдѣлѣ латеральной поверхности височной доли.

При врожденной глухотѣ первая височная извилина оказывается атрофированною (Fletscher, Beach и Hugenin и др.).

При односторонніхъ пораженіяхъ височной доли наблюдается пониженіе слуха преимущественно на противоположной сторонѣ.

Примѣры:

Случай Durante: пораженіе почти всей височной доли; временная двусторонняя глухота, стойкое пониженіе слуха на противоположной сторонѣ.

Случай Kaufman'a: закупорка ствола сильвіевой артеріи съ измѣненіями въ правомъ полушаріи—въ томъ числѣ—въ

области верхней височной извилины и идущихъ отсюда волоконъ бѣлаго вещества; лѣвосторонняя гемиплегія, полная глухота на лѣвое ухо.

Сходное наблюдалось въ случаяхъ Kussmaul'я, Hutin'a и др., Renvers'a, Alt'a и др.

«На основаніи изученія случаевъ, провѣренныхъ вскрытіемъ, мы можемъ заключить, что стойкая корковая глухота встрѣчается только при двустороннихъ пораженіяхъ височныхъ долей, и именно—средней ихъ части. Мы добавили—средней ихъ части, такъ какъ теперь уже можно считать вполнѣ установленнымъ, что задній отдѣлъ лѣвой височной доли у правшей, а вѣроятно и соотвѣтствующая область противоположнаго полушарія у лѣвшей не участвуетъ въ воспріятіи собственно звуковъ; пораженія этой области ведутъ къ появленію признаковъ чувственной афазіи», говоритъ Déjérine.

Корковая глухота развивается, какъ результатъ послѣдовательнаго сложенія правосторонней и лѣвосторонней глухоты: напр., послѣ апоплектическаго удара остается правосторонняя глухота и гемиплегія, указывающія на пораженіе лѣваго полушарія; впослѣдствіи разстройства выравниваются, но послѣ новаго удара, сопровождающагося лѣвостороннею гемиплегіею, наступаетъ полная (двусторонняя) глухота (Wernicke и Friedländer, Kussmaul и Kaufmann и др.)

Стойкій характеръ свойственъ только двусторонней глухотѣ; при односторонней разстройство постепенно исчезаетъ, вѣроятно, благодаря тому, что другое полушаріе (слухъ для каждаго уха иннервируется обоими полушаріями) заступаетъ мѣсто пострадавшаго. Такъ бываетъ при пораженіи коры или какого-либо отдѣла пути отъ височной коры до внутренняго колѣнчатаго тѣла (подчечевичный сегментъ и т. д.) При пораженіяхъ же ниже corp. geniс. int. и задняго двухолмія—именно въ переднебоковыхъ областяхъ моста и односторонняя глухота будетъ имѣть стойкій характеръ.

Примѣрами появленія корковой глухоты послѣ патологическаго измѣненія или разрушеніл коры обѣихъ височныхъ долей могутъ служить слѣдующіе случаи:

Shaw—атрофія коры угловой и верхней височной извилинъ на обѣихъ сторонахъ, сохранность всѣхъ черепныхъ нервовъ, кромѣ зрительныхъ: временная слабость руки, афазія, стойкая глухота, слѣпота, эпилепсія.

Wernicke и Friedländer: гуммозное размягченіе обѣихъ

височныхъ долей, захватывающее верхнюю извилину. Временная гемиплегія. Спутанность. глухота.

Pick: пораженіе обѣихъ височныхъ долей, захват. верхнюю извил.; правосторонній гемипарезъ, дизартрія, парафазія, глухота.

Mills: двустороннее пораженіе обѣихъ верхнихъ височныхъ извилинъ; полная глухота.

Milis, Broadbert, Бехтеревъ и др.: двусторонняя атрофія обѣихъ височныхъ извилинъ—глухонѣмота.

Fletcher Beach. Huguenin нашли также атрофію перв. височн. извил. при врожденной глухотѣ.

Двусторонняя глухота развивается въ нѣкоторыхъ случаяхъ такъ: вслѣдъ за первымъ апоплектическ. приступомъ появляется гемиплегія, парафазія, односторонняя глухота; съ теченіемъ времени гемиплегія и парафазія исчезаютъ, глухота—также. Новый приступъ ведетъ къ появленію гемиплегіи на сторонѣ противоположной той, которая была поражена въ первомъ случаѣ: теперь глухота дѣлается двустороннею и стойкою (Wernice и Friedländer, Kussmaul и Kaufmann). Въ другихъ случаяхъ вначалѣ существуетъ словесная глухота, позже переходящая постепенно или послѣ новаго приступа въ полную двустороннюю глухоту (Mills, Pick, Banks, Déjérine et Sérieux),

Размѣры работы не позволяютъ мнѣ цитировать рядъ другихъ случаевъ, въ которыхъ пораженія одной изъ височныхъ долей сопровождались глухотою главнымъ образомъ противоположнаго уха, а пораженія обѣихъ височныхъ долей—двустороннею глухотою. Кромѣ этихъ отрицательныхъ признаковъ, указывающихъ на близкое отношеніе коры височной доли къ воспріятію слуховыхъ ощущеній, есть и положительные признаки. У человѣка нельзя слѣдить, какъ у животныхъ, за движеніемъ ушей при раздраженіи височной коры, но за то есть субъективный признакъ: появленіе слуховыхъ ощущеній при раздраженіи височныхъ долей. Иногда очаговыя заболѣванія, раздражающія височную область, вызываютъ появленіе слуховыхъ галлюцинацій. Примѣромъ можетъ служить случай Lieb-scher'a (цистицерки въ полости черепа).

Такой же смыслъ имѣетъ, вѣроятно, слуховая аура, предшествующая судорожнымъ припадкамъ въ тѣхъ случаяхъ, когда пораженіе захватываетъ височную долю (Gowers, Westphal, Bennet, Ch. Gray, Wilson и др.)

Амузія.

По мѣрѣ развитія ученія о формахъ афазій, возникъ вопросъ и объ отношеніи музыкальнаго слуха къ мозговымъ центрамъ. Уже въ 1886 Ballet въ своей книгѣ, посвященной различнымъ видамъ афазій («Le langague interieur») указалъ на то, что хотя музыкальные и рѣчевые образы находятся въ близкомъ родствѣ между собою, однако они не тождественны. Нерѣдко встрѣчаются идіоты, не способные воспринимать въ сколько-нибудь достаточной мѣрѣ образы словъ, и въ то-же время обнаруживающіе извѣстную степень развитія музыкальнаго слуха. У многихъ дѣтей тоновые образы образуются раньше словесныхъ образовъ, многіе поютъ, не умѣя еще говорить. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ обращаетъ на себя вниманіе удивительное развитіе музыкальнаго слуха: такъ Preyer наблюдалъ 9—мѣсячнаго ребенка, вѣрно повторявшаго ноты, взятыя на роялѣ.

Ребенокъ Stumpf'a могъ пропѣть вѣрно гамму въ 14—мѣсячномъ возрастѣ. Сынъ композитора Dvorak'a въ 12—мѣсячномъ возрастѣ пѣлъ съ своею кормилицею маршъ изъ Fatinitz'ы, а въ $1^1/_2$ годовомъ возрастѣ пѣлъ подъ аккомпаниментъ отца его мелодіи. Подобное же наблюдалось Preyer'омъ (дѣти 8—9 мѣсяцевъ), Ларіоновымъ (дѣвочка $1^1/_2$ л., не умѣвшая говорить, прекрасно пѣла мотивъ пѣсни «Стрѣлокъ»).

Образованіе музыкальныхъ образовъ происходитъ раньше, чѣмъ словесныхъ: музыка занимаетъ среднее мѣсто между эмоціональною и искусственною рѣчью. Такъ какъ мы знаемъ, что раньше пріобрѣтенное удерживается памятью прочнѣе, то можно предположить, что при извѣстной степени патологическихъ измѣненій дѣло можетъ ограничиться недѣятельностью только наименѣе прочныхъ образовъ, слѣдовъ памяти — рѣчевыхъ; вслѣдъ за ними исчезаютъ при большей степени разстройствъ и музыкальные образы, при наиболѣе же полномъ пораженіи—и рѣчевые, музыкальные и эмоціональные образы.

На практикѣ приходится наблюдать иное: встрѣчаются разстройства музыкальныхъ способностей при сохранности рѣчевыхъ. Knoblauch, посвятившій въ 1888 г. спеціальную работу вопросамъ объ осложненіи пораженій большого мозга разстройствами музыкальныхъ способностей, предложилъ для нихъ

особое названіе — амузія, а Wallaschek въ своемъ сочиненіи о значеніи афазіи для музыкальныхъ способностей въ 1891 г. предложилъ схему, обрисовывающую различныя формы амузіи; къ числу ихъ относится и тоновая глухота.

Brazier (1892 г.) различаетъ въ своей работѣ о музыкальныхъ разстройствахъ при афазіи: полную или сложную и простую амузію; простая амузія распадается на центростремительную, или амузію воспріятія и на центробѣжную, или амузію выраженія. Къ первой относятся слуховая и зрительная формы (тоновая глухота и нотная слѣпота), ко второй — голосовая двигательная амузія (потеря способности пѣть) и инструментальная амузія. Наконецъ, патологическія разстройства могутъ затрагивать только воспріятіе или воспроизведеніе мелодій, гармоническихъ сочетаній, тембра, ритма.

Казуистикѣ и изученію амузій посвящены появившіеся въ теченіе слѣдующихъ лѣтъ работы Oppenheim'a, Frankl-Hochwart'a, Blocq'a.

Есть случаи поразительной врожденной недостаточности музыкальнаго слуха, до нѣкоторой степени аналогичные врожденному дальтонизму. Такъ Grant-Allen описалъ случай, въ которомъ больная могла различить двѣ ноты только въ томъ случаѣ, если интервалъ между ними былъ не менѣе октавы.

Для того, чтобы правильнѣе оцѣнить значеніе разстройствъ музыкальнаго слуха при заболѣваніяхъ мозга, необходимо считаться съ индивидуальными особенностями больного. Вспоминая мелодію или сочетаніе звуковъ одни пользуются преймущественно слуховою памятью (большинство), другіе двигательною. Примѣромъ послѣдняго типа людей можетъ служить Stricker, сообщившій нѣкоторыя подробности, касающіяся этого вопроса. Люди, у которыхъ преобладаетъ моторная память, припоминаютъ и запоминаютъ мелодію, сознательно или безсознательно пользуясь движеніями мышцъ гортани, губъ, tens. tympani и т. п. Они лишатся способности вспоминать и узнавать сочетанія звуковъ, если будетъ у нихъ разрушена двигательная область мозговой коры.

C. H. Würzen въ 1904 г. описалъ нѣсколько случаевъ амузіи, характерующихъ разные виды ея. (Первый его случай является примѣромъ двигательной амузіи. Во второмъ было разстроено чувство ритма, темпа, такта, и вмѣстѣ съ тѣмъ больной потерялъ способность отличать вѣрные тоны отъ фальшивыхъ (дѣло касается

балетнаго танцовщика, съ психопатическимъ отягощеніемъ и сифилитическою инфекціею).

Третій больной не могъ повторить слышанныхъ тоновъ или пѣсенъ; онъ не могъ опредѣлить, играетъ ли оркестръ; рояльная музыка часто казалась ему непріятною; только къ тихимъ и благозвучнымъ тонамъ гармоніума онъ относился хорошо. У него была значительно понижена способность усваивать тактъ, мелодію; при танцахъ онъ легко терялъ тактъ и не могъ протанцовать мазурку, признаковъ мозгового страданія и вырожденія здѣсь не было; было утолщеніе барабанныхъ перепонокъ.

У четвертой больной совершенно отсутствовала память мелодій; музыка производила на нее впечатлѣніе непріятнаго шума, чувство ритма почти совершенно не развилось.

Въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ разстройство музыкальныхъ способностей было настолько велико, что авторъ называетъ больныхъ «идіотами въ музыкальномъ отношеніи», но въ нихъ существовали и признаки со стороны уха, утолщеніе барабанныхъ перепонокъ.

Въ случаѣ Pick'a способность пониманія музыки исчезла, способность играть на флейтѣ сохранилась. Пораженіе правыхъ верхнихъ височныхъ извилинъ, праваго островка, правыхъ центральныхъ извилинъ, задняго конца верхней извилины лѣвой височной доли и gyrus supramarginal. sin.

Случай Liepmann'a: частичная чувственная амузія: потеря способности понимать мелодію, сохраненіе способности различать музыкальные инструменты. Передніе отдѣлы височныхъ извилинъ сохранены.

Въ случаѣ Henneberg'a подкорковая словесная глухота (неполная) соединялась съ пониженіемъ способности понимать мелодіи (амузія).

То-же—въ случаяхъ Ziehl'я, Kast'a и друг.

Случай слуховой амузіи, описанный Bernard'омъ: на вскрытіи найдено разрушеніе средней и задней части третьей лобной извилины, всего островка, всей первой височной извилины, небольшой части нижней теменной доли, части основныхъ ганглій—все это въ лѣвомъ полушаріи. Прижизненныя явленія: двигательная афазія и словесная глухота, существовавшія лишь временно, амузія постоянная.

Во многихъ случаяхъ авторы оставляютъ безъ вниманія музыкальныя способности больныхъ. Тѣ случаи, въ которыхъ эта сторона дѣла отмѣчена, распадаются на 3 основныхъ группы:

I. Случаи афазіи безъ амузіи.

Oppenheim (Ueber das Verhalten der musikal. Ausdrucksbewegungen u. d. musikal. Verständnisses bei Aphatischen, s. 355). Emilie K-e—больная не понимала простыхъ вопросовъ, но сохранила способность понимать и вспоминать мелодіи.

Его-же случай на стр. 350-й (Carl Wagner): не могъ сказать

что-ниб., кромѣ безсмысленнаго сочетанія слоговъ, не понималъ рѣчи (вообще слышалъ хорошо), не могъ повторять слова и читать, но могъ пропѣть услышанныя сочетанія тоновъ и мелодіи, хотя и съ ошибками, вспомнить несложные напѣвы.

Его-же случай, описанный на стр. 353 (Wilgelmine G—r): больная не могла говорить самостоятельно и повторять или понимать услышанныя слова, но принимала участіе въ общемъ пѣніи другихъ больныхъ, могла вспомнить мелодіи (но не текстъ) извѣстныхъ ей пѣсенъ.

Больная, описанныя на стр. 362-й (K—n): афемія, аграфія, словесная глухота и слѣпота; услышавъ пѣніе, больная говорила: «это мнѣ пріятно слышать»; она могла сама пѣть, но съ текстомъ на выдуманномъ языкѣ.

Больная Wernicke (Der aphas. Symptomencomplex, 1874 г. s. 39) не могла понять ничего изъ того, что ей говорилось, но повторила вѣрно услышанную отъ другой больной тирольскую пѣсню (только безъ текста).

II. Случаи амузіи безъ афазіи.

Случай Brazier: оперный пѣвецъ B—é, сохранивъ способность понимать рѣчь, временно утратилъ воспоминанія музыкальныя.

То-же самое было съ піанистомъ P—t, упоминающимся у Brazier.

Больному, описанному на стр. 359-й, музыка представлялась неопредѣленнымъ шумомъ; больной жилъ по близости отъ казармы; подъ открытыми окнами его квартиры проходили войска и оркестръ игралъ Марсельезу, но больной слышалъ при этомъ лишь неясный шумъ, стукъ мѣди, въ которомъ нельзя было уловить мелодіи; точно такое-же впечатлѣніе у него получилось отъ игры на роялѣ. Пониманіе рѣчи было сохранено.

Въ случаѣ Edgren'a (Oscsar Rh—t) наблюдались преходящія словесныя глухота и парафазія на ряду съ стойкою тоновою глухотой. На вскрытіи найдено разрушеніе переднихъ двухъ третей первой височной извилины и передней половины 2-й извилины лѣваго полушарія.

Больной самъ обратилъ вниманіе на то, что не слышитъ музыки въ увеселительныхъ заведеніяхъ, т. е. слышалъ собственно ее, но въ видѣ шума, безъ мелодій. Онъ не могъ отличить польки отъ вальса, не могъ пропѣть вѣрно пѣсенку; оркестръ казался ему шумомъ.

Вскрытіе: pachymeningitis. Старые очаги размягченія на поверхности мозгов. полушарія, въ томъ числѣ въ передней части верхдн. и срен. височн. извилинъ лѣваго полушарія, и у задняго конца сильв. борозды справа.

Случаи, въ которыхъ наблюдалась афазія одновременно съ амузіей.

Случай Oppenheim'a, описанный на стр. 372-й (Christian K—n). Больной не понималъ слышимыхъ словъ, не могъ понять

и повторить мелодіи, между тѣмъ какъ прежде могъ пѣть. У него были размягчены лобныя, объ центральныя извилины и часть височной доли.

Больной Kahler'a и Pick'a не понималъ словъ, не узналъ общеизвѣстныхъ церковныхъ и народныхъ пѣсенъ и т. д.

Больной Bernhart'a не могъ понять, что ему говорили, не могъ узнать мотивы народныхъ гимновъ: «Heil Dir im Siegeskranz» и «Wacht am Rhein».

Больной, описанный Sérieux, также наряду съ утратою способности пониманія рѣчи не узналъ самыхъ обыкновенныхъ мелодій, игравшихся на инструментахъ. Онъ принималъ «Au claire de la lune» за похоронный маршъ, Марсельезу и весел. пѣсни и религіозный напѣвъ.

Больной Lichtheim'a также не понималъ ни рѣчь, ни слышанныя мелодіи.

Monakow высказалъ предположеніе, что слуховое поле правой височной доли служитъ главнымъ образомъ для воспріятія тоновъ, а слуховое поле лѣвой височной доли — для воспріятія слышимой рѣчи.

По Nimier, представлялось бы интереснымъ провѣрить эту гипотезу при наблюденіяхъ раненыхъ.

На основаніи существующихъ наблюденій можно думать, что центръ тоновыхъ воспріятій локализируется кпереди отъ центра воспріятій словъ, именно—въ передней части первой извилины лѣвой височной доли. Центръ пониманія музыки находится въ другомъ мѣстѣ—вѣроятно, въ заднемъ отдѣлѣ второй и третьей височныхъ извилинъ, въ области задняго ассоціаціоннаго центра (Probst), (для рѣчи также принимаются расположенные обособленно центры воспріятія и пониманія словъ и воспоминательныхъ слѣдовъ словесныхъ образовъ, (Bateman).

Случаи раненій правой височной доли:

I. Раненія заднихъ отдѣловъ ея:

1) ограничивающіяся главнымъ образомъ мѣстными поврежденіями:

Примѣры.

Случай Голубева «Яковъ К.». Правосторонняя глухота; пошатываніе при ходьбѣ.

Случай Холина «Никита Г.». Правосторонняя глухота. Лѣво-

сторонняя моноплегія (рука); то и другое съ теченіемъ времени улучшилось.

2) съ поврежденіемъ сосѣднихъ одлаcтей мозга:

Примѣры.

Случай Дзирне «Парамонъ К.». Послѣдоват. разстройствъ не отмѣчено.

Случай Руковича «Викентій Л.». Боль въ головѣ. Правостороннее притупленіе слуха.

Случай Голубева «Осипъ Ж.». Слабость лѣвыхъ конечностей и афазія.

Возможныя осложненія:

Въ случаѣ Прибыткова «Иванъ М.»: раненіе лѣвой передней центральной борозды въ верхней ея части и всѣхъ частей мозга, лежащихъ на пути отъ праваго теменного бугра къ упомянутой области лѣваго полушарія. Правостороннее пониженіе слуха. Головная боль. Временная hemiplegia duplex, болѣе упорно держащ. на лѣвой сторонѣ.

Въ случаѣ Руковича «Петръ Н.»: раненіе прав. лобной доли и на пути отъ нея къ правой сосцевидной области. «Слухъ нормаленъ». Головокруженіе при ходьбѣ, наклонность къ паденію, параличъ прав. лицевого нерва.

Въ случаѣ Делятицкаго «Захаръ К.»: раненіе частей мозга, лежащихъ кверху отъ височной доли; нарывъ, найденный при операціи. Временная моноплегія и афазія.

Въ случаѣ, описанномъ имъ же: «Афанасій М.»: раненіе правой лобной доли и частей мозга между нею и височною долею. Нагноеніе менингитъ. Параличъ лѣвой руки, тяжелыя общемозговыя явленія, смерть.

Въ его-же случаѣ «Гарифъ Ш.»: пуля прошла отъ правой височной къ лѣвой лобной области. Нагноеніе, прорывъ гноя въ желудочкѣ и къ основанію мозга.

Случай Голубева «Казиміръ Р.»: пулевой каналъ направл. отъ середины лба къ правой височной области. Ослабленіе памяти, головокруженіе.

Въ случаѣ «Иванъ Т.» входное отверстіе находилось кпереди отъ височной области; получилась глухота, въ случаѣ «Никита Г.» — тоже.

У «Онисима Г.» пуля на пути отъ правой ушной раковины къ области носа, повидимому, поранила черепные нервы: зрительный (слѣпота на правый глазъ), глазодвигательный, слуховой и тройничный.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ мы не видимъ обычныхъ признаковъ поврежденія коры височной доли: пониженіе слуха преимущественно на противоположной сторонѣ, словесная глухота, амузія, потеря способности слуховыхъ воспоминаній.

Глухота отмѣчена въ нѣкоторыхъ случаяхъ, но — на сторонѣ поврежденія, слѣдовательно, вѣроятнѣе всего — периферическая (поврежденіе слуховыхъ органовъ и слухового нерва). Правда, остается неизвѣстнымъ, какія данныя получились бы въ этихъ случаяхъ при подробномъ, спеціальномъ изслѣдованіи всѣхъ функцій съ самаго начала, когда еще замѣщеніе не могло уничтожить слѣдовъ происшедшей мѣстной травмы мозговой коры.

Но такое изслѣдованіе въ начальномъ періодѣ было затруднено обстановкою, при которой лечились раненые; вѣдь, они попадали въ полевые госпиталя, совершенно не приспособленные для подробнаго спеціальнаго изслѣдованія функцій, нервной системы и органовъ чувствъ. Если же у раненыхъ нельзя было найти очаговыхъ симптомовъ и въ клиникахъ госпиталяхъ и больницахъ, находящихся вдали отъ театра войны, то нельзя забывать, что здѣсь уже приходилось имѣть дѣло съ такими стадіями послѣтравматич. періода жизни раненаго, въ которыхъ, какъ извѣстно, разстройства, слѣдующія за односторонними поврежденіями височныхъ долей, выравниваются въ значительной степени. Нужно замѣтить, что и анатомическій діагнозъ сдѣланъ лишь приблизительно, на основаніи свѣдѣній о топографіи наружныхъ ранъ.

Перейдемъ къ случаямъ, въ которыхъ можно предположить *поврежденіе лѣвой височной доли.*

Въ случаѣ Дзирне (офицеръ Минскаго полка). Свѣдѣній о послѣдовательныхъ разстройствахъ нѣтъ.

Случай Голубева «Семенъ Н.». Осталась лѣвосторонняя глухота.

Приблизительно такая же топографія въ случаѣ «Василій С.»; больной въ теченіе нѣсколькихъ недѣль не могъ говорить, потомъ остались только небольшія затрудненія рѣчи, ослабленіе памяти, слабость ногъ.

Въ случаѣ «Егоръ Я.» параличей не было и не осталось объективныхъ симптомовъ, указывающихъ на очаговое поврежденіе мозга.

Въ случаѣ Глаголева «Егоръ Б». раны находились у верхняго края лѣвой ушной раковины и на 6 сант. кзади отъ перваго отверстія. Больной выздоровѣлъ.

Въ случаяхъ Прибыткова «Александръ Ш.» и Голубева «Берко З.» можно было предположить, кромѣ поврежденія височной доли, и поврежденіе теменныхъ или центральныхъ извилинъ; что касается симптомовъ, то въ первомъ изъ этихъ случаевъ отмѣчена словесная глухота и головокруженіе, во второмъ — афазія, головокруженіе, diplopia, косоглазіе, ptosis.

Въ случаяхъ Голубева «Евстафій М.», «Августъ Ф.», «Степанъ Г.», «Егоръ К.», Делятицкаго «Склеша», «Иванъ А.», «Миронъ Д.», Руковича «Войцехъ К.»—на ряду съ поврежденіемъ височной доли можно думать о поврежденіи также частей мозга, лежащихъ кпереди отъ нея.

Симптоматологія этихъ случаевъ: 1) афазія, современемъ уменьшившаяся въ значительной степени; 2) параличъ лѣваго лицевого нерва, шумъ и звонъ въ ухѣ; 3) лѣворонняя глухота; 4) ослабленіе памяти, головокруженіе; 5) афазія; 6) правосторонняя гемиплегія, лѣворонняя слѣпота, головныя боли; 7) временная моноплегія и 8) правосторонняя слѣпота.

Такимъ образомъ и при лѣвостороннихъ поврежденіяхъ только въ нѣкоторыхъ случаяхъ отмѣчена глухота, безъ преобладанія на сторонѣ противоположной травмѣ. Въ одномъ случаѣ отмѣчена словесная глухота. Къ этимъ случаямъ приложимы тѣ оговорки, которыя были сдѣланы по поводу правостороннихъ поврежденій.

Въ разбиравшихся до сихъ поръ случаяхъ мы, представляя себѣ положеніе входнаго и выходнаго отверстія, можемъ съ нѣкоторою степенью вѣроятности предположить, какія мѣста мозга должна была повредить на своемъ пути пуля. Мы лишены этой возможности тамъ, гдѣ найдено только входное отверстіе: пуля осталась внутри полости черепа. Какъ она шла, намъ въ точности неизвѣстно.

Можно предположить, что въ случаяхъ Прибыткова «Василій С.», «К.», «Афанасій П.» и въ случаѣ Голубева «Федотъ Г.»—пуля прежде всего повредила кору лѣвой височной доли; что она повредила на своемъ пути дальше,—по даннымъ осмотра головы нельзя вывести.

Въ двухъ изъ этихъ случаевъ найдена гемиплегія; въ одномъ изъ нихъ правосторонній параличъ сопровождался правостороннимъ пониженіемъ слуха и зрѣнія, утратою памяти и рѣчи.

Нужно еще вспомнить, что встрѣчается не мало такихъ случаевъ: одно отверстіе соотвѣтствуетъ лобной области, другое—затылочной. Можно предположить, что на своемъ пути пуля прорѣзала и вещество височной доли, лежащей непосредственно передъ затылочною. Примѣры: случай Дзирне «Ефимъ К.», «Дмитрій Е.», Иванъ А.»; Голубева: «Василій К.», «Казиміръ К.», «Гавріилъ Х.», «Степанъ Б.», «Израиль Ф.». Въ этихъ случаяхъ была повреждена задняя часть мозга на лѣвой сторонѣ.

Въ случаяхъ: Дзирне — Семенъ Л., Голубева — Иванъ К. и др. поврежденію подверглась задняя часть праваго полушарія.

Ни въ тѣхъ, ни въ другихъ случаяхъ мы не видимъ указаній на характерные симптомы односторонняго поврежденія височной доли.

Остается разсмотрѣть *двустороннія поврежденія височныхъ долей* (при которыхъ мы вправѣ ожидать наиболѣе ясно выраженные и стройкіе симптомы).

Въ случаѣ Делятицкаго «Тихонъ Н.» пуля прошла черезъ черепную полость въ поперечномъ направленіи. Входное отверстіе найдено на уровнѣ верхушки правой ушной раковины на $1^1/_2$ сант. кпереди отъ нея, выходное — на $1^1/_2$ сант. выше верхушки лѣвой ушной раковины и на 3 поперечныхъ пальца кпереди отъ нея.

Къ концу 5-й недѣли наблюдались только головныя боли и афазія.

Затылочная доля.

Однимъ изъ симптомовъ, наиболѣе характерныхъ для заболѣваній или поврежденій одной изъ затылочныхъ долей является разстройство зрѣнія въ видѣ **одноименной геміанопсіи.** Въ правой затылочной долѣ сосредоточивается интервація правыхъ половинъ сѣтчатокъ обоихъ глазъ, а лѣвая затылочная доля заключаетъ въ себѣ центры и проводящіе пути для лѣвыхъ половинъ обоихъ сѣтчатокъ. Поэтому разрушеніе правой затылочной доли сопровождается нечувствительностью къ лучамъ свѣта, падающимъ на правую половину сѣтчатки каждаго глаза, т. е. выпаденіемъ лѣвой половины поля зрѣнія для каждаго глаза.

Было время, когда самое существованіе такого вида разстройствъ не было извѣстно. Наблюденія Gräfe (1860 г.) и другихъ выяснили, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ страданія мозга могутъ сопровождаться такого рода разстройствомъ зрѣнія. Дальнѣйшія наблюденія (см., напр., сопоставленіе таковыхъ въ топической діагностикѣ мозговыхъ болѣзней H. Nothnagel'я, появившейся въ 1879 году) показали, что внезапное по-

явленіе одноименной геміанопсіи при отсутствіи измѣненій глазного дна указываетъ съ большою степенью вѣроятности на пораженіе затылочной доли.

Было время, когда иннервація обоихъ глазъ (именно—одноименныхъ половинъ сѣтчатокъ) одною затылочною долею не считалась безъусловно установленною и Charcot допускалъ осложненіе пораженій затылочной доли слѣпотою противоположнаго глаза, при чемъ приходилось или отрицать частичный характеръ перекреста зрительныхъ волоконъ у человѣка въ хіазмѣ, или строить болѣе сложныя гипотезы, допуская, напримѣръ, вторичный перекрестъ оставшихся неперекрещенными волоконъ на пути отъ хіазмы къ мозговой корѣ.

Теперь врядъ ли можно считать нужнымъ перечисленіе случаевъ, указывающихъ на то, что заболѣванія и поврежденія той или иной затылочной доли сопровождаются чаще всего геміанопсіей. Геміанопсія встрѣчается и при заболѣваніяхъ другихъ долей, но въ этихъ случаяхъ она имѣетъ скоропреходящій характеръ, а при заболѣваніяхъ затылочной доли является стойкою.

Въ отличіе отъ пораженія зрительныхъ канатиковъ, при которыхъ также наблюдается одноименная гаміанопсія, при пораженіяхъ затылочной доли, 1) обыкновенно отсутствуетъ геміопическая реакція зрачковъ, 2) пограничная линія между чувствительною и нечувствительною областями сѣтчатокъ очень рѣдко совпадаетъ точно съ вертикальною линіею, проходящею черезъ область желтаго пятна; обыкновенно сохраняется чувствительность на большемъ протяженіи, чѣмъ $^1/_2$ сѣтчатки: имѣется дополнительная часть поля зрѣнія («übercshüssiges Gesichtsfeld» — по выраженію Wilbrand'a), неодинаковой ширины въ обоихъ глазахъ. Иногда вверху и внизу пограничная линія совпадаетъ приблизительно съ вертикальною чертою, проходящею черезъ фиксаціонную точку, но вблизи отъ этой точки огибаетъ ее, оставляя область, граничащую съ фиксаціонною точкою нетронутою. Иногда верхній и нижній конецъ линіи еще больше отходятъ отъ мѣста геометрическаго раздѣленія двухъ половинъ. Иногда пограничная линія имѣетъ совершенно неправильный видъ. Какъ бы то ни было, обыкновенно получается «неполная геміанопсія», т. е. бываетъ затемнѣна не вся $^1/_2$ поля зрѣнія.

Геміанопсія отражается на способности фиксировать взглядъ, на движеніяхъ глазъ, на глазомѣрѣ и т. д. Больной можетъ не сознавать ее, а иногда и окружающія лица не подозрѣваютъ существованія ея у больного. Не всегда отсутствіе упоминанія о геміанопсіи въ исторіяхъ болѣзней означаетъ полное отсутствіе ея у больного на самомъ дѣлѣ.

Приведу нѣсколько случаевъ въ качествѣ примѣровъ осложненія заболѣваній затылочныхъ долей одноименною геміанопсіею:

Случай Woolsey'я: гліома, сопровождавшаяся общими симптомами мозговой опухоли и лѣвостороннею геміанопсіей; при операціи найдена опухоль въ области правой затылочной доли. Случай Richardson'a и Walton'a: общемозговые симптомы, афазическія разстройства, упадокъ питанія, правосторонняя геміанопсія. На вскрытіи найдена гліома въ задней части теменной и передней части затылочной доли лѣваго полушарія. Изъ 101 случаевъ, собранныхъ Woolsey'емъ, въ 3 была опухоль затылочной доли, во всѣхъ 3 случаяхъ сопровождавшаяся одноименною геміанопсіей. По Bruns'у, одноименная геміанопсія сама по себѣ, или въ связи съ признаками раздраженія зрительной сферы, галлюцинаціями и душевною слѣпотою характерна для пораженій затылочной доли.

Случаи изъ числа описанныхъ Byrom Bramwell'емъ въ 1899 г.: 1) общемозговые симптомы, эпилептическіе припадки съ появленіемъ краснаго пламени передъ правымъ глазомъ; черезъ нѣсколько дней послѣ каждаго припадка больной терялъ способность видѣть то, что находилось справа отъ него; периметрическое изслѣдованіе обнаружило правостороннюю геміанопсію для бѣлаго и краснаго цвѣтовъ и ограниченіе лѣвой $^1/_2$ зрѣнія. На вскрытіи найдены измѣненія въ передней части наружной поверхности лѣвой затылочной доли (приращеніе оболочекъ, склерозъ, атрофическія и воспалит. измѣн., гумма). 2) случай № 10: въ сложной картинѣ симптомовъ огромной гуммы лѣваго полушарія, захватывавшей лобную, височную и затылочную доли, участвовали и признаки пораженія этой послѣдней, именно—геміанопсія и душевная слѣпота. У больного, описаннаго Mc. Kennan'омъ, на ряду съ общими симптомами пораженія мозга наблюдались на лѣвой сторонѣ тѣла гемипарезъ, судороги, геміанопсія. Постепенно развилась словесная слѣпота, упадокъ зрѣнія, тупость мышленія (mental sluggishness), разстройства памяти. Удалена поверхностная киста правой затылочной доли. Послѣ операціи парезы и геміанопсія уменьшились.

Въ случаѣ Birdvall'я и R. Meier'a болѣзнь началась общемозговыми и двигательными явленіями, къ которымъ затѣмъ присоединилась геміанопсія. При операціи найдена огромная слѣпота правой затылочной доли (тотчасъ послѣ операціи больной погибъ; вскрытіе).

Правосторонняя гемиплегія съ геміанэстезіею, геміанопсіею, словесною слѣпотою, амнестич. афазіею и общемозговыми явленіями наблюдались также у больного, описаннаго Dercum'омъ и Keen'омъ. Оперативнымъ путемъ удалена огромная саркома, находившаяся около falx cerebri; она долго не давала ясныхъ топическихъ симптомовъ, пока не захватила корковые центры.

Точно также въ случаѣ Michell'я Clarke и Lansdown'а (огромная саркома) въ началѣ существовали лишь общіе симптомы мозговой опухоли и упадокъ зрѣнія. Впослѣдствіи (уже послѣ оперативнаго удаленія опухоли) появилась ясно выраженная правосторонняя геміанопсія и др. топическіе симптомы.

Въ случаѣ Dercum'а опухоль затылочной доли сопровождалась геміанопсіей, но существованіе геміопической реакціи зрачковъ указывало, вѣроятно, на отдаленное дѣйствіе опухоли (низшіе центры зрѣнія, напр. зрительный бугоръ не были затронуты).

Въ случаѣ Janeway'я нарывъ бѣлаго вещества правой затылочной доли (близко къ корѣ, осумкованный) сопровождался лѣвосторонними гемипарезомъ, геміанэстезіей, лѣвост. геміанопсіею и общемозг. симптомами. Правосторонняя одноименная геміанопсія наблюдалась въ случаѣ Wernicke и Hahn'а (нарывъ затылочной доли). Оба случая провѣрены вскрытіемъ.

Геміанопсія являлась единственнымъ симптомомъ мозгового пораженія въ I случаѣ Jonkowsk'аго; на вскрытіи найдено размягченіе въ правой затылочной долѣ, захватывавшее fiss. calcarina, lobus. lingualis et fusiform. и переходящее на латеральную поверхность доли. Поверхностное размягченіе медіальной поверхности лѣвой затылочной доли съ закупоркою корковой вѣтви задней мозговой артеріи сопровождалось также правостороннею геміанопсіею и алексіею.

То же самое — въ случаѣ Brissaud: эмболія art. calcarinae, размягченіе cuneusи lob. lingual. лѣвой затыл. доли; правосторонняя, геміанопсія, алексія.

Правостор. геміанопсія, какъ симптомъ пораженія лѣваго cuneus, наблюдалась въ случаѣ Grou-Zoy'я.

Въ 1899 г. по поводу случая пораженія затылочной доли съ геміанопсіею, демонстрированнаго П. І. Розенбахомъ, нѣкоторыми изъ лицъ, присутствовавшихъ въ С.-Петерб. общ. психіатровъ, были приведены аналогичныя наблюденія (Бируля-Бялыницкій, проф. Мержеевскій).

Подкорковый нарывъ лѣвой затылочной доли сопровождался одноименною правостороннею геміанопсіею у больного, наблюдавш. Braun'омъ.

Чрезвычайно подробно и тщательно изслѣдованы случаи ограниченныхъ пораженій затылочныхъ долей, описанные въ диссертаціи N. Vialet и въ работахъ Henschen'а. Къ нимъ намъ придется еще вернуться въ дальнѣйшемъ.

Такъ какъ я имѣлъ въ виду привести только примѣры

случаевъ патологич. измѣн. затылочныхъ долей, осложнявшихся геміанопсіей, то позволю себѣ ограничиться приведенными случаями и перейти къ поврежденіямъ той же области мозга.

Среди случаевъ раненій затылочныхъ долей можно указать рядъ примѣровъ, въ которыхъ отмѣчена одноименная геміанопсія. Таковы, напр., случаи Haman'а и Bradburne'а (пулевое раненіе; входное отверстіе въ теменной области, выходное—въ затылочной; правостор. гемиплегія и геміанопсія), проф. Bonhöffer'а (переломъ черепа упавшимъ кирпичомъ съ поврежденіемъ лѣвой затылочной доли; геміанопсія, врит. галлюцинаціи, alexia, психич. слѣпота, гемипарезъ, амнезія, общемозговые симптомы, афазія. Здѣсь травма сопровождалась нарывомъ и обширнымъ размягченіемъ затылочной доли). Случаи Makins'а LXV и LXVII: 1) пулевая рана на 5 сант. выше inion; раненый почти совершенно ослѣпъ; общемозговые симптомы; найдено внѣдреніе осколковъ кости и кусочковъ свинца въ мозгъ; часть мозгового вещества затылочной доли превращена въ кашицу. Больной послѣ операціи оправился; остались затрудненія при чтеніи, пониженіе запоминат. способности, пониженіе зрѣнія, типичная правосторонняя геміанопсія. 2) входное отверстіе подъ правымъ затылочнымъ угломъ, выходное въ предѣлахъ лѣвой центральной области. По миновеніи безсознательнаго состоянія найдена потеря зрѣнія, постепенно исчезнувшая; глазное дно и зрачки норм. Осталась глухота, исчезновеніе лѣвой и нижней части поля зрѣнія, незначительные параличные симптомы.

Ограничиваясь пока приведеніемъ небольшого числа примѣровъ, перейду къ дальнѣйшимъ подробностямъ. Тотъ фактъ, что для пораженій и поврежденій затылочныхъ долей характерно разстройство зрѣнія въ формѣ одноименной геміанопсіи (выпаденія половины поля зрѣнія, противоположной той долѣ, которая повреждена), врядъ ли нужно доказывать въ настоящее время. Другой вопросъ—болѣе точное опредѣленіе частей затылочной доли, имѣющихъ ближайшее отношеніе къ этому симптому. Прежде всего,—вопросъ о значеніи медіальной и латеральной поверхностей доли.

Относительно медіальной поверхности затылочной доли мало разногласій: близкое соотношеніе ея съ чувствительностью соотвѣтствующихъ половинъ сѣтчатокъ обоихъ глазъ слишкомъ обращаетъ на себя вниманіе въ разнообразныхъ случаяхъ. Другое дѣло—латеральная поверхность доли. Такіе авторитетные въ данномъ вопросѣ изслѣдователи, какъ Henschen, Vialet рѣшительно отвергаютъ возможность непосредственнаго вліянія пораженій наружной поверхности доли на геміанопическія разстройства. Конечно, геміанопсія встрѣчается и

при заболѣваніяхъ, локализирующихся въ области выпуклой поверхности затылочной доли, но здѣсь, по всей вѣроятности, играетъ роль не пораженіе мозговой коры латеральной поверхности доли, а поврежденіе зрительныхъ проэкціонныхъ волоконъ бѣлаго вощества. На значеніе поврежденія бѣлаго вещества въ данномъ случаѣ особенно указываетъ въ послѣднее время Monakow, на ошибочное толкованіе случаевъ при пренебреженіи этимъ—Vialet.

Vialet, подводя итогъ своему тщательному и подробному изученію вопроса объ расположеніи центровъ зрѣнія въ затылочной долѣ, опредѣляетъ область, пораженіе которой ведетъ къ появленію геміанопсіи:

«Поврежденія cuneus'a, lob. lingualis et fusiform. и затылочнаго полюса могутъ взятыя въ отдѣльности вызвать геміанопсію. Слѣдовательно, центръ зрѣнія нельзя ограничивать такимъ небольшимъ пространствомъ, какъ это дѣлаетъ Henschen. По нашему мнѣнію, *корковый центръ зрѣнія занимаетъ всю внутреннюю поверхность доли; онъ ограниченъ спереди внутреннею перпендикулярною бороздою, сверху— верхнимъ краемъ полушарія, снизу — нижнимъ краемъ 3-й затылочной извилины, сзади — затылочнымъ полюсамъ*». V. обращаетъ при этомъ вниманіе на присутствіе въ этой области полоски Vicq d Azyr'a и на важность рано и сильно развивающейся fiss. calcarina.

По Henschen'y и др. геміанопсія наблюдается при пораженіяхъ въ предѣлахъ области клина и языковидной извилины, т. е. краевъ fiss. calcarina.

Если, уже нѣкоторыя стороны вопроса объ отношеніи разныхъ частей затылочной доли къ геміанопсіи характеризуются разными авторами различно, то еще болѣе разногласій мы встрѣчаемъ по вопросу о болѣе дробномъ значеніи отдѣльныхъ мѣстъ зрительнаго поля. Вотъ, напр., два спорныхъ вопроса:

1) *О проэкціи сѣтчатки въ центральной зрительной области*: соотвѣтствуютъ ли отдѣльныя мѣста коркового поля отдѣльнымъ мѣстамъ сѣтчатки, или волокна отъ отдѣльныхъ мѣстъ сѣтчатки, прерываясь въ низшихъ зрительныхъ центрахъ, не могутъ уже довести ощущеніе отъ извѣстной точки сѣтчатки до строго соотвѣтствующей ей точки мозговой поверхности? По Henschen'y пораженія въ области верхняго (дорзальнаго) этажа проэкціонныхъ зрительныхъ волоконъ ведутъ къ выпаденія ощущеній, соотвѣтствующихъ верхнимъ одноименнымъ квадрантамъ сѣтчатокъ, а пораженія въ области нижняго (вентральнаго) этажа связаны съ потерею ощущеній отъ нижнихъ квадрантовъ сѣтчатокъ; наконецъ, средній этажъ волоконъ (въ области дна fiss. calcar.) ведетъ къ выпаденію горизонтальнаго средняго секстанта.

Monakow полагаетъ, что точное соотвѣтствіе опредѣленныхъ мѣстъ сѣтчатки и коры не доказано. При изслѣдованіяхъ большую роль играетъ направленіе вниманія больного, степень утомленія и т. д. Не малую роль играютъ здѣсь функціональныя вліянія, diaschisis по отношенію къ подкорковымъ центрамъ и т. д. Ограниченныя пораженія коркового поля даютъ обыкновенно общую геміанопсію; встрѣчается и выпаденіе отдѣльныхъ частей поля зрѣнія (до секстанта), но въ разныхъ случаяхъ извѣстное мѣсто коры соотвѣтствуетъ разнымъ мѣстамъ сѣтчатки.

Vialet также высказывается противъ опредѣленной проэкціи отдѣльныхъ мѣстъ сѣтчатки въ извѣстныхъ областяхъ коры. Критикуя немногіе случаи, въ которыхъ, такая проэкція, повидимому, подтверждалась анатомически (связь выпаденія секторовъ поля зрѣнія съ найденными на вскрытіи ограниченными измѣненіями зрительной сферы), V. находитъ нѣкоторые изъ нихъ совершенно недостаточно изслѣдованными въ анатомическомъ отношеніи (случаи Hun'a, Doyn'a), или не точно формулированными съ симптоматологической точки зрѣнія (у Henschen'a скорѣе просто ограниченіе поля болѣе выраженное въ верхней его части).

2) Другой вопросъ, касающійся отдѣльныхъ мѣстъ зрительнаго коркового поля былъ затронутъ Wilbrand'омъ, Sachs'омъ и др.: они предположили, что у затылочнаго полюса лежитъ область для свѣтовыхъ ощущеній, далѣе кпереди — область пространственныхъ воспріятій, а еще далѣе кпереди (позади затылочно-теменной борозды)—центръ цвѣтоощущенія. Объ этой гипотезѣ я могу только упомянуть.

Возвратимси къ частичнымъ дефектамъ поля зрѣнія.

Знакомясь съ описаніями подобнаго рода случаевъ, мы получаемъ такое впечатлѣніе, что *выпаденіе отдѣльныхъ квадрантовъ или секторовъ одноименныхъ половинъ поля зрѣнія* дѣйствительно соотвѣтствуетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ пораженіямъ затылочной доли и иногда по мѣрѣ распростра-

ненія пораженія превращается въ отсутствіе всей $^1/_2$ поля (hemianopsia homonyma), но найти въ этомъ точки опоры для точной локализаціи отдѣльныхъ участковъ не удается.

Приведу нѣсколько примѣровъ отмѣченнаго вида разстройствъ.

Случаи поврежденій затылочныхъ долей съ выпаденіемъ отдѣльныхъ участковъ поля зрѣнія.

Случай Heuschen'a: револьверная пуля прошла черезъ лѣвую глазную впадину и вышла черезъ правую половину затылочной области. Лѣвосторонняя гемиплегія, геміанэстезія, аносмія. Поле зрѣнія было ограничено первоначально въ области нижняго лѣваго квадранта. Черезъ нѣсколько дней дефектъ настолько увеличился, что получилась уже полная лѣвосторонняя геміанопсія (выпаденіе всей половины поля зрѣнія).

Случай Bull'a: паденіе съ высоты 30 футовъ; ушибъ спины и головы. Рана затылочной части черепа съ вдавленіемъ кости. Рана начиналась тотчасъ ниже наружнаго затылочнаго бугра и шла кверху и слегка влѣво на $3^1/_2''$. Оскольчатый вдавл. переломъ кости съ поврежденіемъ лѣвой затылочной доли.

Коллапсъ, сильное кровотеченіе. Послѣ удаленія осколковъ и подъема вдавленной части кости сознаніе прояснилось; наблюдалось повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, головныя боли, головокруженіе, разстройства мочеиспусканія. Постепенно разстройства эти уменьшились; черезъ четыре мѣсяца найдено отсутствіе правыхъ нижнихъ квадрантовъ поля зрѣнія, геміопическая реакція зрачка; офтальмоскопія дала отрицательный результатъ. Въ дальнѣйшемъ границы поля зрѣнія расширились.

66-й случай Makins'a. Входное отверстіе на уровнѣ задневерхняго угла правой теменной кости. При операціи найдено много осколковъ, размозженіе мозгового вещества, вдавленный переломъ кости; повидимому, поранены cuneus и praecuneus на обѣихъ сторонахъ, а также часть первой затылочной извилины и верхней теменной дольки справа. Къ ранѣ присоединилось нагноеніе. Послѣ двукратной операціи больной началъ поправляться, но у него обнаружено ограниченіе поля зрѣнія и чувствительность къ свѣту въ правомъ глазу. Современемъ у раненаго бывали только по временамъ головныя боли и приступы общей слабости. Центральное зрѣніе (при коррекціи сильной гиперметропіи) представляло нормальную остроту, но поле зрѣнія крайне съужено и справа и слѣва, для праваго глаза «спирально»; для лѣваго глаза—отсутствовалъ весь нижній сегментъ. Больной видѣлъ лобъ находящагося передъ нимъ человѣка, но не нижнюю часть лица; отъ него ускользали всѣ предметы, находившіеся не прямо передъ нимъ, а справа и слѣва.

Примѣры выпаденія отдѣльныхъ квадрантовъ поля зрѣнія.

Случай Hun'a: размягченіе нижней части клина; выпаденіе нижнихъ лѣвыхъ квадрантовъ поля зрѣнія.

Случай Doyen'a: пораженіе симметрическихъ участковъ обѣихъ затылочныхъ долей.

Случай Cramer'a: пораженіе въ области лѣвой затылочной доли: выпаденіе правыхъ нижнихъ квадрантовъ.

Нижняя геміанопсія послѣ раненія затылочной области наблюдалась въ случаѣ Прибыткова «Василій П.». Раненіе ружейною пулею. Входное отверстіе у прав. угла нижней челюсти, выходное—на 1,25—2,0 сант. правѣе срединной линіи на 3 сант. выше затылочнаго бугра. Безсознательное состояніе, параличъ правой руки, почти полная слѣпота, афазія.

Оперативнымъ путемъ удалены костные осколки.

Осталась шаткая походка (если больной идетъ съ закрытыми глазами, онъ уклоняется вправо), парезъ правой руки, анэстезія въ области развѣтвленія второй вѣтви праваго тройничнаго нерва, дрожаніе при разговорѣ, почти полная правосторонняя глухота.

Относительно зрительныхъ ощущеній сказано слѣдующее: вначалѣ была почти полная слѣпота, позже—нижняя геміанопсія; при рѣзкихъ поворотахъ головы появлялось временное затемненіе зрѣнія.

Примѣромъ постепеннаго превращенія квадрантнаго выпаденія поля зрѣнія въ половинное можетъ служить

наблюденіе проф. Thiem'a: осумкованный выпотной менингитъ въ области лѣвой затылочной доли. Сильныя головныя боли, головокруженіе, шумъ въ ушахъ, neuroretinitis, повышеніе температуры. Оба правые нижніе квадранта поля зрѣнія отсутствовали. Позже исчезли и верхніе квадранты, появились признаки застойнаго соска. Послѣ операціи зрительныя разстройства и застойный сосокъ исчезли.

Выпаденіе обѣихъ половинъ поля зрѣнія. Кортикальная слѣпота.

Мы видѣли, что выпаденіе одноименныхъ половинъ поля зрѣнія наблюдается главнымъ образомъ при пораженіяхъ или поврежденіяхъ медіальной стороны затылочной доли. Естественно, что патологическое образованіе можетъ при этомъ перейти за среднюю линію, и травма захватитъ медіальную поверхность другого полушарія. При этомъ получится выпаденіе уцѣлѣвшихъ до того времени половинъ поля зрѣнія, ощущенія со всей поверхности сѣтчатокъ обоихъ глазъ перестанутъ восприниматься: получится hemianopsia duplex и корковая слѣпота.

Въ дѣйствительности двустороннія поврежденія и заболѣванія затылочныхъ долей и сопровождаются нерѣдко такого рода разстройствами.

Примѣры:

Заболѣванія затылочныхъ долей осложнялись двусторонней геміанопсіей въ слѣдующихъ случаяхъ:

Наблюденіе Jonkowsk'аго: обширное размягченіе на медіальной поверхности праваго полушарія и въ бѣломъ веществѣ лѣваго: прерванъ зрительный пучекъ. Наблюдалась правосторонняя гемиплегія, словесная глухота и слѣпота, аграфія, hemianopsia bilateralis съ сохраненіемъ центральнаго зрѣнія.

Наблюденіе проф. С. И. Чирьева: травматическій геморрагическій пахименингитъ, гліома правой затылочной доли. При своемъ дальнѣйшемъ ростѣ опухоль начала сдавливать и лѣвую затылочную долю. Наблюдались разстройства зрѣнія и цвѣтоощущенія, общемозговые симптомы, правосторонній гемипарезъ, лѣвосторонняя геміанопсія къ которой позже присоединилась правосторонняя геміанопсія.

Примѣры двусторонней геміанопсіи и двусторонних дефектовъ поля зрѣнія при поврежденіяхъ затылочныхъ долей.

1. Огнестрѣльныя раненія:

Случай Sanders'a, пулевое раненіе затылочной части черепа во время войны въ южной Африкѣ; оскольчатый переломъ черепа, центръ раны на 2½ дюйма выше наружнаго затылочнаго бугра и дюйма на 1½ правѣе срединной линіи; къ травмѣ присоединилось нагноеніе. Можно предположить въ этомъ случаѣ поврежденіе передней части выпуклой стороны затылочной доли, задняго отдѣла gyrus angularis, части бѣлаго вещества, въ томъ числѣ—зрительныхъ проводящихъ путей. Здѣсь наблюдалась двусторонняя геміанопсія съ сохраненіемъ центральной области на протяженіи около 5° у точки фиксаціи.

Случай V. Christiansen'a: (женщина, раненная въ правый високъ съ поврежденіемъ мозгового вещества. Сохранила сознаніе; никакихъ двигательныхъ, чувствительныхъ, или рѣчевыхъ разстройствъ. Полная слѣпота (при отсутствіи измѣненій дна глаза), исчезнувшая въ нѣсколькихъ дней. Черезъ нѣсколько дней послѣ того обнаружена полная лѣвосторонняя hemianopsia homonyma и концентрическое съуженіе поля зрѣнія (острота зрѣнія нормальна). Черезъ мѣсяцъ границы поля зр. расширились. Радіографія обнаружила пулю на 1 сант. подъ мозговою корою слѣва. Оперативнымъ путемъ удаленъ задненижній уголъ лѣвой теменной кости и извлечена пуля. Послѣ операціи оставалась лѣвосторонняя геміанопсія.

Черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ этого больная лишила себя жизни. На вскрытіи найдено: входное отверстіе на 6—7 сант. выше и кзади и отъ верхнезадняго края слухового прохода и на 3 сант. выше горизонтальной линіи, касающейся верхняго края zygom'ы,

въ мѣстѣ ея, отстоящемъ на 12 сант. кзади отъ наружнаго глазничнаго отростка. Другое входное отверстіе въ области правой височной ямки у pterion. Подъ крышкою черепа слѣва кровоизліяніе надъ и подъ мозговыми оболочками. Вторая пуля прошла по направленію кзади и книзу, черезъ правый боковой желудочекъ въ заднюю черепную ямку.

Входное отверстіе стараго пулевого канала соотвѣтствуетъ срединѣ верхняго края нижней височной извилины праваго полушарія; gyrus angularis и lobulus pariet. inf. не повреждены; каналъ направляется кнаружи, кзади и книзу и на медіальной поверхности правой затылочной доли, въ передней части клиновидной области видно отверстіе его; повреждены верхняя и нижняя губа fiss. calcar. въ передней ⅓ и область этой борозды кпереди отъ клина. На соотвѣтствующей части лѣваго полушарія—нѣсколько ниже и кзади отъ предыдущаго отверстія находится отверстіе въ медіальной поверхности лѣвой зат. доли; повреждены передняя часть fiss. calcar. и прилегающія къ ней отдѣлы мозговой коры. Пуля вышла въ передневерхней части нижней затылочной извилины. Въ правомъ полушаріи поврежденъ задній рогъ желудочка, пучки Gratiolet и сосѣднія съ ними сочетательныя волокна.

Случай Henschen'a (описанный въ IV томѣ Klin. u. Anat. Beiträge z. Pathol. d. Gehirns. s. 37). Пулевое раненіе на близкомъ разстояніи; 14-лѣтній мальчикъ. Входное отверстіе въ области затылка на 2 сант. выше мѣста прикрѣпленія мозжечковаго намета и на 5 сант. правѣе срединной линіи. Радіографическое изслѣдованіе обнаружило присутствіе трехъ инородныхъ тѣлъ: главный обломокъ пули тотчасъ кпереди около уровня силов. борозды, позади корня восходящей теменной извилины, вторые два осколка въ веществѣ затылочной доли, вѣроятно—правой. Найдена небольшая скотома въ лѣвомъ верхнемъ квадрантѣ и полная правосторонняя геміанопсія. Скотома находилась въ гомологичныхъ мѣстахъ поля зрѣнія каждаго глаза и имѣла одинаковую форму. Правосторонняя геміанопсія объясняется полнымъ разрушеніемъ зрительныхъ проводящихъ путей въ лѣвомъ полушаріи (пулею или кровяною инфильтраціей); дефектъ въ лѣвой ½ поля зрѣнія объясняется ограниченнымъ поврежденіемъ пучка волоконъ или зрительнаго центра въ правомъ полушаріи.

Случай A. W. Sanders'a. Пулевое раненіе (на войнѣ) въ область затылочной части черепа. Раненный солдатъ тотчасъ потерялъ зрѣніе, вскорѣ лишился сознанія. Доставленъ въ госпиталь съ серіей общемозговыхъ симптомовъ. Рана осложнялась нагноеніемъ. Центръ черепной раны находится приблизительно на разстояніи 6 сант. выше наружнаго затылочнаго бугра и въ 3 сант. отъ срединной линіи.

Больной жаловался на разстройство зрѣнія; но всетаки онъ могъ различить находившуюся около него сестру, цвѣтъ ея платья и т. д. Черезъ 3 недѣли послѣ раненія найдено уменьшеніе поля зрѣнія. При выпискѣ (черезъ 4 недѣли) найдено: неувѣренная по-

ходка, съуженіе поля зрѣнія до размѣровъ маленькаго центральнаго участка; размѣры его въ большинствѣ направленій не превышаютъ 5^0, и нигдѣ не оказываются $> 10^0$. Психической слѣпоты не было.

Такимъ образомъ, здѣсь была двусторонняя геміанопсія съ сохраненіемъ центральнаго зрѣнія. За отсутствіемъ анатомическаго изслѣдованія здѣсь возможна только гипотетическая локализація поврежденій. По Sanders'y, лѣвая затылочная доля была нетронута, въ правой же была повреждена передняя часть коры выпуклой поверхности доли, задній отдѣлъ угловой извилины. По мнѣнію Nimier, цитирующаго этотъ случай въ своей книгѣ о раненіяхъ черепа, здѣсь можно предположить поврежденіе обѣихъ затылочныхъ долей.

Случай Ратимова. Раненіе револьверною пулею. Входное отверстіе на 8 сант. кзади отъ linea biauricularis. Придя въ сознаніе, больной оказался слѣпымъ. Отверстіе имѣетъ 1 сант. въ поперечникѣ, окружено осколками, изъ которыхъ одинъ внѣдрился въ мозгъ. На 3-й день больной сталъ видѣть свѣтъ и различать предметы. Въ одинъ изъ слѣдующихъ дней онъ уже узнавалъ свою мать и сестру. Цвѣтоощущеніе сохранено. Обнаружено отсутствіе чувствительности лѣвыхъ половинъ обѣихъ сѣтчатокъ при отсутствіи разстройствъ двигательныхъ, чувствительныхъ, психическихъ и измѣненій дна глазъ. Въ слѣдующемъ мѣсяцѣ внезапно появилась афазія (на другой день исчезнувшая), а также пониженіе зрѣнія, парезъ лица и правой руки. Въ концѣ мѣсяца наблюдался судорожный припадокъ съ помраченіемъ сознанія. Черезъ 3 дня сознаніе прояснилось, но парезъ лица и руки и геміанопсія остались; острота зрѣнія была настолько понижена, что больной едва могъ различить движенія руки на разстояніи 35 сантиметровъ. Офтальмоскопическое изслѣдованіе обнаружило нейроретинитъ и поблѣдненіе праваго соска; на 5-мъ мѣсяцѣ послѣ этого больной умеръ.

Вскрытіе обнаружило разрушеніе мозгового вещества на разстояніи 4 сант. кзади и книзу отъ конца Сильвіевой борозды, захватывающее часть задняго отдѣла нижнихъ теменн. и затылочн. извилинъ и gyr. angular. праваго полушарія; образованіе кармановъ въ затылочн. доляхъ обоихъ полушарій: въ лѣвомъ—пуля, въ правомъ открывается пулевой каналъ. Карманы эти содержали гной и распавшееся мозговое вещество. Въ остальныхъ частяхъ мозга—ничего ненормальнаго.

Ослабленіе зрѣнія наблюдалось у раненыхъ, Gutrie (у второго раненнаго вначалѣ наблюдалась полная слѣпота, позже—слабость зрѣнія въ обоихъ глазахъ, въ особенности—въ правомъ).

На вскрытіи была найдена пуля, проникшая въ правую затылочную долю на глубину 5 сантиметровъ.

Пониженіе зрѣнія отмѣчено также въ случаѣ Otis «Snyder»: переломъ черепа у верхушки ламбдовиднаго шва, съ поврежденіемъ обѣихъ теменныхъ долей и затылочной области. Зрѣніе улучшилось, тяжелые симптомы сдавленія мозга уменьшились послѣ оперативнаго извлеченія осколковъ костей. Зрѣніе улучшилось преимущественно слѣва.

Полная слѣпота при пораженіяхъ затылочной доли наблюдалась въ случаяхъ Moore'a (размягченіе въ обл. обѣихъ затылочныхъ долей около полюса ихъ, а также—въ области центральныхъ извилинъ: полная слѣпота, афазія, hemiplegia spastica bilateralis); Berger'a (размягченіе въ обѣихъ затылочныхъ доляхъ: почти полная слѣпота); Bouveret (размягченіе медіальной стороны обѣихъ затылочныхъ долей, при сохранности латеральной поверхности, проводящихъ путей и узловъ: полная слѣпота, при нормальной реакціи зрачковъ; незначительная лѣвосторонняя гемиплегія); Chauffard'a, Oulmont'a.

50-й раненый обзора проф. Дьяконова (изъ серіи сквозныхъ раненій): «Сквозное раненіе затылочной области справа налѣво. Ослабленіе зрѣнія обоихъ глазъ» (пулевое раненіе въ бою при Шахе).

Въ 5-мъ случаѣ той-же серіи (случай Голубева «Францъ М.»): входное отверстіе височно-теменной лѣвой стороны черепа на ладонь выше и на 4,5 сант. кзади отъ ушного отверстія. Выходная рана—на лѣвой сторонѣ. Послѣ заживленія раны параличей не осталось; получилось ослабленіе памяти и другихъ умственныхъ способностей и плохое зрѣніе (въ обоихъ глазахъ).

Въ 158-мъ случаѣ («Иванъ П.») входное отверстіе (желобоватая рана) находилось на 6 сантиметровъ выше лѣвой ушной раковины и на 2,5 сант. кзади отъ скуловой дуги; выходное отверстіе—въ правой половинѣ затылочной области, на 1,5 сант. выше уровня ушной раковины и на 6 сант. кзади отъ нея. Въ теченіе двухъ недѣль больной оставался въ безсознательномъ состояніи. Оперативнымъ путемъ была извлечена изъ праваго отверстія шрапнельная пуля, изъ лѣваго—осколокъ шрапнели. Послѣ выздоровленія осталось пониженіе зрѣнія (меньшее, чѣмъ непосредственно послѣ операціи), лѣвосторонній лицевой парезъ, головная боль.

Одинъ изъ случаевъ, описанныхъ Anton'омъ, можетъ служить примѣромъ полной корковой слѣпоты.

Вначалѣ у больного существовали еще остатки поля зрѣнія, но затѣмъ дѣло дошло до полной слѣпоты: между тѣмъ, зрачекъ реагировалъ на свѣтъ и изслѣдованіе глазного дна не обнаруживало измѣненій его. Въ то-же время сама больная увѣряла, что видитъ находящіеся передъ нею предметы и совершенно не сознавала своей слѣпоты.

Душевная слѣпота.

Нѣкоторыя патологическія наблюденія указываютъ на существованіе въ затылочной долѣ 2 обособленныхъ централь-

ныхъ областей: 1) дѣятельность одной изъ нихъ необходима для полученія зрительныхъ воспріятій; при разрушеніи этой области въ одномъ полушаріи получается выпаденіе зрительныхъ ощущеній отъ одноименныхъ половинъ обѣихъ сѣтчатокъ; при разрушеніи той-же области въ обоихъ полушаріяхъ получается двусторонняя геміанопсія, или кортикальная слѣпота (центральное зрѣніе можетъ быть при этомъ до нѣкоторой степень понижено, периферическое исчезаетъ). Этотъ центръ локализируется съ наибольшею вѣроятностью въ медіальной области доли, по бокамъ fiss. calcar. Это — центръ зрительныхъ воспріятій. 2) Другой центръ завѣдываетъ процессами отождествленія новыхъ зрительныхъ воспріятій со слѣдами аналогичныхъ имъ прежнихъ воспріятій, съ общими представленіями, которымъ новое воспріятіе соотвѣтствуетъ, участвуетъ въ воспроизведеніи старыхъ воспоминательныхъ образовъ, въ ассоціаціи зрительныхъ впечатлѣній съ другими впечатлѣніями. При выпаденіи дѣятельности этого центра или при перерывѣ связей его получается то, что называютъ «душевною слѣпотою»: a) нарушается связь получаемыхъ впечатлѣній съ общею психическою дѣятельностью; b) разстраивается способность удерживать, хранить и оживлять зрительныя впечатлѣнія. Этотъ центръ локализируется на наружной поверхности затылочной доли. Пораженія его или изолированіе ихъ отъ связи съ другими частями мозга и вызываетъ симптомы душевной слѣпоты.

Относительно патологоанатомической картины душевной слѣпоты Monakow въ своей «Патологіи мозга» говоритъ такъ: если пораженіе захватываетъ лишь медіальную сторону затылочной доли — fissur calcarin., получается при двусторонніхъ пораженіяхъ корковая слѣпота, безъ разстройства психическихъ процессовъ, такъ какъ здѣсь затрагиваются только задніе отдѣлы зрительныхъ пучковъ, но не сагиттальные ассоціаціонные пути, идущіе въ бѣломъ веществѣ мозга. Другое дѣло, если очагъ помѣщается въ глубинѣ бѣлаго вещества затылочной доли: въ этомъ случаѣ прерывается не только часть проэкціонныхъ зрительныхъ волоконъ, но и волокна, соединяющія кору затылочной доли съ другими областями мозга и отдѣльные участки коры затыл. доли между собою. Чѣмъ глубже захватывается бѣлое мозговое вещество, тѣмъ болѣе разстраиваются ассоціативные процессы, т. к. захватываются длинныя сочетательныя волокна, соединяющія затылочную долю съ всей поверхностью полушарій. Если при этомъ захватывается большое количество волоконъ, получается душевная слѣпота, если же захватывается лишь небольшая часть волоконъ (небольшіе очаги), развиваются неполные виды разстройствъ: алексія, оптическая афазія, разстройства зрительной памяти, или, наконецъ, измѣненія остаются неуловимыми.

Примѣрами душевной слѣпоты при заболѣваніяхъ затылочной области мозга могутъ служить слѣдующіе случаи:

Въ 1897 г. Kencurel описалъ такой случай: сенегальскій стрѣлокъ былъ раненъ пулею въ заднюю часть головы, черезъ 6 дней была сдѣлана операція: широкій разрѣзъ въ горизонтальномъ направленіи на разстояніи приблизительно одинаковомъ отъ наружнаго затылочнаго бугра и отъ lambd'ы: при этомъ обнаружилось желобообразное вдавленіе затылочной кости около 8 сант. длины и 2 сант. ширины, съ массою осколковъ и поврежденіемъ мозгового вещества.

Раненый понималъ обращенные къ нему вопросы и отвѣчалъ на нихъ. Въ слѣдующіе дни—лихорадочное состояніе (t. 39°,7). Повидимому, больной не видѣлъ и не различалъ окружающихъ предметовъ, могъ взять протянутую ему руку только въ томъ случаѣ, если щелкали пальцами, и то отыскивалъ ее наугадъ. Съ большими затрудненіями подносилъ ложку ко рту, попадая ею въ щеки, въ зубы и губы. Направляясь въ открытой двери натыкался на кровати, двигался шатаясь, какъ пьяный. Позже, послѣ временнаго улучшенія общаго состоянія (но не зрительныхъ разстройствъ), наступило новое ухудшеніе и на 16-й день послѣ травмы раненый умеръ; на вскрытіи найденъ гнойный менингитъ, (гной и въ области мозжечка), травматическое поврежденіе сѣраго вещества части первой затылочной извилины обѣихъ полушарій; мозжечокъ, четверохолміе, зрительные нервы не были повреждены.

«Здѣсь была сохранена», говоритъ авторъ сообщенія, «способность воспринимать свѣтовыя ощущенія, и въ тоже время получилась какъ бы пустота въ зрительномъ сознаніи (une sorte de vide dans sa conscience visuelle), психическая слѣпота». Онъ видѣлъ кровати, кружку съ молокомъ и т. д., но не могъ ясно различить, что это такое. Онъ различалъ только свѣтъ и темноту.

Однимъ изъ интересныхъ примѣровъ такого рода разстройствъ можетъ служить также случай, описанный Erbstöh:

У 15-лѣтняго юноши, до того времени здороваго, послѣ того, какъ онъ выпилъ около 1/4 литра спирта, появилась головная боль и рвота, а въ теченіе слѣдующихъ дней развился бредъ, больной по временамъ не узнавалъ окружающей обстановки, думалъ, что находится въ канатной мастерской, гдѣ онъ работалъ, и даже велъ себя такъ, какъ будто работалъ при этомъ. Былъ помѣщенъ въ Страссбургскую клинику, гдѣ обнаруживалъ полную неспособность

оріентироваться относительно мѣста, гдѣ находится, окружающихъ лицъ: принималъ напр., сидящаго рядомъ отца за своего товарища по работѣ, врача—за учителя, галлюцинировалъ, выбрасывалъ свои подушки, увѣряя, что это охапка сѣна и т. д. Но по временамъ онъ переставалъ галлюцинировать и велъ себя спокойно. Постепенно психическое состояніе больного улучш., онъ сталъ лучше оріентироваться и усваивать впечатлѣнія; черезъ нѣсколько недѣль наступило полное restitutio ad integrum.

Симптомы, найденные при изслѣдованіи этого больного: hemianopsia homonyma dextra, мимическій парезъ нижней вѣтви праваго лицевого нерва, головная боль, по временамъ сосредоточивавшаяся въ лѣвой половинѣ затылочной области, рвота, замедленіе, позже ускореніе пульса, легкія разстройства равновѣсія, сухож. рефлексы вначалѣ понижены, позже—повышены. Постепенно эти симптомы исчезли, за исключеніемъ легкаго лицевого пареза и геміанопсіи. Позже геміанопсія почти совершенно исчезла, а еще позже снова появилась.

Возвращаясь къ психическимъ аномаліямъ, наблюдавшимся у этого больного, нужно замѣтить, что «перцепирующая» способность у него была нарушена главн. образ. только по отношенію къ одной половинѣ поля зрѣнія. Все, что находилось внѣ этой половины поля зрѣнія, больной видѣлъ хорошо, но онъ не узнавалъ видимаго и слышимаго, т. е. обнаруживалъ признаки разстройства «апперцепціи»: онъ принималъ отца за своего товарища, (хотя и не всегда), фонарь за боченокъ для вина, подушки за сѣно и т. д. Даже когда больной началъ уже поправляться, хорошо оріентировался въ окружающемъ и освободился отъ обмановъ чувствъ, онъ нерѣдко обнаруживалъ еще большіе недостатки апперцепціи; видя передъ собою изображеніе кошки, сидящей на столѣ, говорилъ: это бутылка... стаканы... раковина... украшеніе; изображенную губку принималъ за ягоды, ежа и т. п. Въ то-же время многіе другіе предметы онъ узнавалъ безошибочно.

Для того, чтобы лучше ознакомиться со степенью сохранности апперцепирующей способности, были сдѣланы опыты съ кинематографомъ. Больному была показана движащаяся картина, изображавшая «месть соперника». Увидѣвъ балконъ съ канатами, больной принялъ его за воздушный шаръ, т. е. собственно—за корзину съ людьми, а самый шаръ дополнилъ воображеніемъ; подобнымъ же образомъ онъ добавилъ несуществующее дитя на колѣняхъ у матери, руку старой женщины превратилъ въ очагъ и т. д.

Въ другой разъ онъ избѣжалъ многихъ этихъ ошибокъ, но смѣшалъ изображеніе балкона съ валомъ для накатыванія канатовъ. Много подробностей оставалось незамѣченными больнымъ.

То, что сказано по поводу разсматривавшихся больнымъ картинъ, относится и къ окружающей обстановкѣ. Когда больной уже поправлялся, онъ еще не могъ замѣтить многихъ подробностей, видѣнныхъ имъ. Онъ хорошо описалъ мебель во врачебномъ кабинетѣ, въ который входилъ для изслѣдованія, замѣтилъ даже лежавшій на столѣ виноградъ, но принялъ стоявшій на столѣ обѣденный приборъ за кофейный сервизъ, висѣвшій на стѣнѣ женскій портретъ за портретъ императора, не запомнилъ многаго. Особенно ясно выступалъ недостатокъ по отношенію къ такимъ воспріятіямъ, которыя было болѣе трудно ассоціировать съ существовавшими уже раньше образами. Надо замѣтить, что сосредоточиваніе вниманія не улучшало дѣла: причина разстройствъ здѣсь заключалась не въ пониженіи вниманія, а въ нарушеніи апперцепціи.

Предполагаемая причина болѣзни: опухоль (бугорокъ), вокругъ которой образовался воспалительный отекъ, временно сдавившій и раздражавшій окружающее мозговое вещество и разстраивавшій дѣятельность его элементовъ. Сравнивая свой случай съ изслѣдованнымъ въ анатомическомъ отношеніи случаемъ Lissauer'a, Erbsloh предположилъ локализацію опухоли въ слоѣ волоконъ мозолистаго тѣла, идущихъ въ лѣвой затылочной долѣ.

Подобно только-что цитировавшемуся случаю въ случаѣ Lissauer'a также наблюдались симптомы «транскортикальной психической слѣпоты»: тамъ также была нарушена не способность къ воспріятіямъ, а способность ассоціировать воспринимаемое съ воспоминательными образами и всѣмъ интеллектуальнымъ запасомъ представленій. На вскрытіи найдено: слѣва эмболія глубокой мозговой артеріи съ послѣдовательнымъ размягченіемъ клина и прилегающихъ къ нему частей praecuneus'a и языковидной доли, атрофіей задняго конца мозолистаго тѣла, извилинъ затылочной доли и прилегающихъ къ ней височной и теменнойдоли. Справа—истонченіе коры затылочной доли. Изслѣдованіе по Pal'ю обнаружило перерожденіе strat. callos., наружной части внутренняго сагитальнаго слоя, нижняго продольнаго пучка, поперечнаго слоя клина—слѣва и strat sallos. затылочной доли и tapetum—справа.

Оба больныхъ П. А. Преображенскаго на ряду съ потерею способности правильно и свободно читать утратили также способность понимать значеніе разсматриваемыхъ рисунковъ, узнавать нарисованное; одинъ изъ нихъ, напр., видя на картинкѣ собаку, принималъ ее за человѣка и т. п.

Больной E. Long'a не узнавалъ подходящихъ къ нему людей, не узнавалъ даже своей жены (дѣлалъ безъуспѣшныя попытки разглядѣть, кто это передъ нимъ), не понималъ, что дѣлать со стакономъ молока, съ ѣдою, пока ему не клали пищу и не вливали молоко въ ротъ. На ряду съ этимъ существовалъ лѣвосторонній лицевой параличъ, словесная глухота и слѣпота, лѣвосторонняя одноименная геміанопсія. На вскрытіи найдено размягченіе ножки третьей лобной извилины, передней части первой височной извилины, нижней части gyr. supramargin. et angularis, задней части второй затылочной извилины—въ лѣвомъ полушаріи; размягченіе нижней части задней центральной извилины, верхней и задней части первой височной извилины, всей нижней теменной извилины do gyr. angul. и второй затылочной извил.—въ правомъ полушаріи.

Затѣмъ, примѣрами душевной слѣпоты при заболѣваніяхъ заты-

лочной доли могутъ служить случаи Bernheim'a, Holden'a (измѣненія въ наружныхъ частяхъ обоихъ полушарій, преимущественно въ области gyr. angularis et supramarg.), Mayendorf'a (разрушеніе зрительныхъ волоконъ въ бѣломъ веществѣ лѣваго мозгового полушарія), Liepmann'a (разрушеніе зрительной области и задняго конца пучковъ мозолистаго тѣла, безъ участія наружной поверхности затылочной доли), въ десятомъ случаѣ Byrom-Bramwell'я (огромная гліома лѣваго мозгового полушарія, захватывающая область затылочной, височной и лобной долей), C. Monakow'a и др. Четвертый изъ больныхъ Hinshelwood'a не могъ понять значенія нарисов. фигуръ и изображеній (на ряду съ этимъ—alexia).

Алексія; словесная, буквенная и т. п. слѣпота.

Теперь перейдемъ къ частному виду душевной слѣпоты, касающемуся не всѣхъ видовъ зрительныхъ воспріятій, но только пониманія рѣчевыхъ символовъ: словъ, буквъ, а также нотныхъ знаковъ, условныхъ обозначеній, напр. математическихъ, химическихъ и т. п.

Приведу небольшое число примѣровъ этого рода разстройствъ при поврежденіяхъ затылочныхъ долей и сопоставлю ихъ съ случаями очаговыхъ заболѣваній этой области, обращая главное вниманіе на разнообразіе этихъ случаевъ, въ зависимости отъ полной или частичной утраты разсматриваемыхъ способностей.

Примѣры алексіи:

Случай Hinshelwood'a: больной потерялъ способность читать по англійски, сохранивъ вполнѣ умѣнье читать по гречески; чтеніе французскаго и латинскаго текста было разстроено лишь въ незначительной степени.

Больной, описанный Richardson'омъ и Walton'омъ, не могъ понять значенія написанныхъ чиселъ (гліома въ области задняго конца теменной доли и передняго конца затылочной доли лѣваго полушарія).

Алексія упоминается въ случаяхъ Hosch'a (размягченіе въ медіальной области лѣвой затылочной доли), Brissaud (эмболія arter. calcarinae, размягченіе въ области языковидной доли и клина), Dide и Botcazo (свѣжее размягченіе въ медіальной части правой затылочной доли, старое размягченіе въ медіальной части затылочной доли праваго полушарія, затронувшее и задній конецъ внутренней сумки).

Одинъ изъ больныхъ, описанныхъ въ извѣстной книгѣ Vialet, могъ узнавать и назвать цифры, позже—нѣкоторыя буквы, могъ прочитать свое имя.

Въ двухъ другихъ случаяхъ Vialet была полная алексія. Анатомическія измѣненія въ случаяхъ Vialet: бляшки въ области gyr. angular. въ одномъ случаѣ, бляшки на наружной поверхности затылочной доли—въ другомъ, размягченіе, (красное) въ области нижней теменной доли и угловой извилины и бляшки въ области медіальной стороны (gyr. lingual., fusiform. и cuneus) и полюса затылочной доли—въ третьемъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ наблюдалась какъ полная слѣпота по отношенію къ словамъ, такъ и по отношенію къ нотамъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ упоминается объ утратѣ способности прочесть слово, при сохраненной способности прочесть отдѣльныя буквы:

Напр.,—1-й больной Hinshelwood'a не могъ понять англійскія слова, но разбиралъ отдѣльныя буквы; второй больной могъ прочесть латинскія, готическія и греческія печатныя буквы, но не могъ прочесть писанныхъ буквъ, въ третьемъ случаѣ—наоборотъ. Первые трое больныхъ могли при этомъ понять значеніе нарисованныхъ фигуръ, четвертый утратилъ и эту способность.

Характерныя подробности приводитъ Vialet, описывая одно изъ своихъ наблюденій: больной могъ говорить и писать, хорошо узнавалъ предметы, изображенія и лицъ, но не могъ прочесть ни одного слова. Онъ могъ рабски срисовывать буквы, но разсматривалъ ихъ только, какъ извѣстныя фигуры, а не какъ символы: онъ дѣлалъ по поводу нихъ разныя сравненія: напр., буква A напоминала ему мольбертъ, P — серьгу, Z или цифра 7 — змѣю. Цифры онъ при помощи зрѣнія могъ узнать только разсматривая ихъ каждую порознь, но не могъ составить изъ нихъ цѣлое число (напр., онъ не могъ прочесть: «112», но могъ прочесть: «1, 1, 2». Между тѣмъ, моторнымъ путемъ больной могъ пробудить образы чиселъ; онъ могъ списать цифры и тогда вѣрно называлъ написанное число. Онъ не могъ также узнать нотъ. Разстройства не зависѣли отъ пораженія центра храненія зрит. образовъ, но отъ того, что ощущенія не достигали его: больной могъ представить себѣ мысленно образъ извѣстнаго слова.

Случаи П. А. Преображенскаго, представленные въ обществѣ нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ университетѣ.

1) больной не только не могъ прочесть напечатанное, но даже то, что самъ написалъ, но могъ иногда слѣдуя рукою за движеніями руки пишущаго, прочитать, что онъ пишетъ. Писалъ онъ самостоятельно и подъ диктовку хорошо, списывалъ плохо.

2) больной читалъ съ большимъ трудомъ; при чтеніи быстро забывалъ прочитанное, благодаря чему повторялъ по нѣсколько разъ одну и ту-же строчку или часть строки, терялъ мѣсто, на которомъ остановился, могъ вспомнить изъ прочитаннаго только нѣкоторыя слова, не всегда даже могъ прочесть написанное имъ самимъ, плохо понималъ значеніе рисунковъ.

Больной Mc. Kennan'a сохранилъ способность писать, но не могъ прочесть даже написанное имъ самимъ, (была найдена кистовидная опухоль правой затылочной доли). То-же—въ случаѣ Zenner'a.

При изученіи случаевъ алексіи нужно различать разстройства пониманія словъ, отдѣльныхъ буквъ, цифръ, нотъ, печатнаго или писаннаго шрифта, алгебраическихъ и химическихъ обозначеній и формулъ, разнообразныхъ условныхъ и символическихъ знаковъ, шифра и т. д. Иногда больной, утративъ способность понимать значеніе буквъ и цифръ, можетъ играть въ карты, въ домино, разгадывать ребусы и т. п.; иногда—и это дѣлается для него невозможнымъ.

Это—по роду символовъ, которые больной видитъ передъ собою.

Затѣмъ, можно различать рядъ степеней разстройствъ:

Больной можетъ прочесть и понять наиболѣе обыденныя и знакомыя ему слова (напр., свое имя), и не можетъ прочесть другихъ словъ.

Больной прочитываетъ слова, но удерживаетъ ихъ въ памяти лишь на самое короткое время, поэтому связное чтеніе дѣлается невозможнымъ.

Больной угадываетъ знакомое слово по длинѣ, по общему виду его, но не можетъ прочесть его по буквамъ: напр., свое имя, заглавіе газеты, къ которой привыкъ и т. п.: см., напр., случаи Grashey'я Broca, Vialet.

Больной можетъ прочесть буквы и слоги, но не можетъ составить изъ нихъ слово: «словесная слѣпота», или сохраняетъ только способность прочесть отдѣльныя буквы, не умѣя составить изъ нихъ даже слогъ: «dsyllabia», или, наконецъ, не понимаетъ значенія даже отдѣльныхъ буквъ («буквенная слѣпота»).

Наконецъ, и при полной утратѣ способности понимать значеніе буквъ и словъ, больной можетъ еще понимать, что видитъ передъ собою не что иное, какъ буквы, текстъ, или даже не сознаетъ этого. Важно еще знать, можетъ ли больной мысленно представить себѣ извѣстную букву, слово?

Зрительная афазія.

При психической слѣпотѣ больные не могутъ узнать видимый предметъ, понять его значеніе и т. д. Если же они понимаютъ, что видятъ передъ собою, но только не могутъ вспомнить, какъ называется видимый ими предметъ, — получается «зрительная афазія».

Этотъ симптомъ встрѣчается въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ которыхъ можно предположить пораженіе затылочныхъ долей.

Въ случаѣ Rosenfeld'a имѣлась травма головы съ вдавленіемъ лѣвой теменной кости. Во многихъ случаяхъ больной не могъ назвать предметы, которыя видѣлъ передъ собою: напр., онъ не могъ назвать находящіеся передъ его глазами часы, кошелекъ, платокъ, фонарь, стулъ, иголку, спички, мыло, ножъ, песокъ; послѣ долгихъ стараній онъ могъ наконецъ произнести если не самое названіе предмета, то, по крайней мѣрѣ, сочетаніе звуковъ, сходное въ какихъ-либо отношеніяхъ съ требуемымъ словомъ; напр., онъ произносилъ «Nat» и вмѣсто «Nadel», «Haswell», вмѣсто «Handtuch» и т. п. При подсказываніи подыскивалъ названіе предмета вѣрно. Кромѣ того, здѣсь существовала alexia. Больной этотъ, не будучи въ состояніи назвать видимые имъ предметы, понималъ однако, что они представляютъ собою и какое имѣютъ назначеніе. Примѣръ: видя передъ собою, онъ не могъ назвать его, но на вопросъ что дѣлаютъ съ этимъ предметомъ, знаками показывалъ, что его катаютъ (дѣлалъ движенія, какія примѣняются при игрѣ въ кегли). На вопросы, — «что-же это такое: шляпа? яблоко?» и т. д. отвѣчалъ отрицательно; услышавъ же слово «шаръ» сейчасъ же заявлялъ, что—да, и могъ вспомнить названіе при напоминаніи слова «кегли». Иныя воспріятія, кромѣ зрительныхъ, пробуждали у больного въ памяти названіе предмета: напр., онъ могъ назвать часы, слыша ихъ тиканье, могъ назвать соль, пробуя ея вкусъ и т. п.

Ощупываніе предметовъ иногда помогаетъ больнымъ вспомнить названіе ихъ (случай Freund'a), иногда-же—не помогаетъ и это (случаи Bernheim'a, Reinhardt'a, Rosenfeld'a и др.).

Случай Dercum'a и Keen'a (большая саркома мозга): 26-лѣтній архитекторъ послѣ перенесенной имъ травмы головы и душевнаго потрясенія потерялъ способность называть самые обыкновенные и знакомые предметы, находившіеся у него передъ глазами. Кромѣ этого, у него существовали разстройства зрѣнія, hemianopsia dextra, съуженіе поля зрѣнія, ухудшеніе памяти, правосторонній чувствительно-двигательный параличъ, параличъ n. abducens, общемозговыя явленія.

Зрительныя галлюцинаціи, локализировавшіяся въ одной половинѣ поля зрѣнія, наблюдались въ случаѣ проф. Bonhöffer'a (сложный переломъ въ лѣвой затылочной области, осложненный образованіемъ нарыва въ затылочной долѣ), кромѣ галлюцинацій, существовавшихъ здѣсь временно, наблюдалась геміанопсія, алексія, неполная психическая слѣпота, аграфія, общемозговыя разстройства, позже—афазія.

Въ случаѣ Byrom-Bramwell'я (гуммозный менинго-энце-

фалитъ въ области лѣвой затылочной доли) наблюдалось появленіе то бѣлаго, то краснаго пламени передъ правымъ глазомъ (въ качествѣ ауры при эпилептическихъ припадкахъ и—самостоятельно); черезъ нѣсколько дней послѣ каждаго припадка больной терялъ способность видѣть предметы, находящіеся справа. Изслѣдованіе периметромъ обнаружило правостороннюю геміанопсію для бѣлаго и краснаго цвѣта.

Въ другомъ случаѣ Byrom-Bramwell'я больная видѣла пламя, сверкавшее, какъ электрическій свѣтъ, и мѣнявшее величину отъ размѣровъ пуговицы до размѣровъ большого шара. Свѣтъ этотъ появлялся главнымъ образомъ передъ правымъ глазомъ. Во время этихъ припадковъ больная теряла способность что-либо видѣть. Не было ни психическихъ разстройствъ, ни истерическихъ симптомовъ. Кромѣ этого у нея были правостороннія головныя боли, лѣвосторонняя гемиплегія, neuritis optica. На вскрытіи melanosarcoma у задняго полюса лѣвой затылочной доли и много саркоматозныхъ узловъ въ разныхъ мѣстахъ мозга.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при описаніи заболѣваній или поврежденій затылочныхъ долей упоминается **диплопія**. Примѣры:

Случай Birdvall'я и Weir'a: большая саркома правой затылочной доли; первоначальныя явленія: головныя боли, рвота, головокруженіе, переходящая диплопія, двигательныя разстройства, позже—геміанопсія.

Диплопія наблюдалась въ случаѣ Голубева «Николай С.». Пулевое раненіе. Входное отверстіе на 4,5 сант. кзади и на 3 сант. кверху отъ правой ушной раковины, выходного нѣтъ. Другихъ зрительныхъ симптомовъ и разстройствъ, характерныхъ для заболѣваній затылочныхъ долей, здѣсь не было.

Случаи безъ характерныхъ очаговыхъ симптомовъ.

Нужно еще упомянуть что въ описаніи извѣстнаго числа случаевъ мы совершенно не встрѣчаемъ указаній на какія-либо характерныя очаговыя разстройства.

Приведу нѣсколько примѣровъ.

Случай Троянова. Лоскутная рубленая рана въ области затылочной кости. Рана нанесена тесакомъ. Заживленіе раны осложнялось нагноеніемъ. Удаленіе гноя и костныхъ осколковъ (въ нѣсколько пріемовъ) привело къ излеченію.

Въ 11-мъ случаѣ Таубера штыковая рана осложнялась также образованіемъ нарыва въ области верхушки gyr. angularis и внѣдреніемъ костныхъ осколковъ въ мозгъ. Подобно предыдущему раненному и этотъ больной страдалъ головными болями, которыя—также, какъ и тамъ, послѣ операціи исчезли. Выздоровѣлъ.

Нѣтъ указаній на существованіе стойкихъ зрительныхъ симптомовъ при раненіяхъ затылочныхъ долей въ случаяхъ: Дзирне—«Ефимъ К.» (входное отверстіе въ лобной области, входное—въ лѣвой половинѣ затылочной области), «Дмитрій Е.» (входное отверстіе въ лѣвой носовой кости, выходное—въ лѣвой половинѣ затылочной области), Голубева «Василій К.» (входное отверстіе въ лобной области, выходное—заходитъ на 3 сант. кзади отъ правой $^1/_2$ lin. auricularis), «Казиміръ К.» (входное отверстіе въ лобной области, выходное—на 3 сант. выше и на 6 сант. кзади отъ ушной раковины), «Гавріилъ Х.» (входное отверстіе въ лобной области, выходное—на 3 сант.: отъ срединной линіи влѣво, начиная отъ линіи, идущей вверхъ отъ основанія ушной раковины и кончая немного выше затылочнаго бугра), «Степанъ Б.» (входное отверстіе у кончика носа; пуля застряла въ лѣвой половинѣ затылочной области, на 6 сант. кзади отъ ушной раковины; отсюда она и удалена оперативнымъ путемъ), «Израиль Ф.» (входное отверстіе на правомъ вискѣ, выходное—въ лѣвой сторонѣ затылка». Холина (входное отверстіе чуть-чуть лѣвѣе затылочнаго бугра, выходное—въ лѣвой теменной области), Делятицкаго «Іосифъ К.» (выходное отверстіе въ лѣвой половинѣ затылочной кости, выходное—въ области лѣваго сосцевиднаго отростка), Дзирне: «Ефимъ К.» (входное отверстіе на лѣвой теменной кости, выходное—въ лѣвой половинѣ затылочной кости на 1 сант. выше бугра), «Иванъ А.» (входное отверстіе въ лобной области, выходное—въ лѣвой $^1/_2$ затылочной кости, немного выше ея бугра), «Потапъ М.» (выходное отверстіе въ теменной области, входное—на затылочномъ бугрѣ, оба отверстія соединяла трещина кости), «Яковъ Н.» (входное отверстіе на 1, 5 сант. ниже слухового прохода слѣва, выходное отверстіе—на 4 сант. ниже бугра затылочной кости), «Семенъ М.» (входное отверстіе въ правой половинѣ затылочной кости, выходное—у бокового угла лѣваго глаза), «Николай С.» (входное отверстіе въ области праваго теменнаго бугра, выходное—въ затылочной области), «Петръ Л.» (входное отверстіе въ затылочной области, выходное—въ ротъ), въ случаяхъ Голубева «Трекслеръ Е.» (входное отверстіе спереди отъ лѣваго ушного отверстія, выходное—на 1, 5 сант, кзади отъ праваго сосцевиднаго отростка и на 3 сант. выше конца его на уровнѣ слухового отверстія), «Иванъ Б.» (входное отверстіе—въ верхней челюсти, выходное—въ правой половинѣ затылочной кости), «Алексѣй Б.» (входное отверстіе тотчасъ позади ушного отверстія, выходное—на 4,5 сант. кзади отъ ушной раковины на томъ-же уровнѣ, какъ и входное), «Иванъ К.» (входное отверстіе—въ правой половинѣ затылочной области, выходное—черезъ носъ), «Петръ Л.» (входное отверстіе «въ теменно-затылочной области, выходное на лицѣ»), «Иванъ Г.» (входное отверстіе на ушной линіи на разстояніи 1,5 сант. влѣво отъ срединной линіи, выходное—въ затылочной области, на уровнѣ верхушки правой ушной раковины), «Ефимъ С.» (входное отверстіе на lin. auricularis, на разстояніи 3 сант. отъ стрѣловиднаго шва, выход-

ное—въ правой половинѣ затылочно-височной области по linea retromastiod., на 4 пальца выше слухового прохода); № 78 I серіи Дъяконова (входное отверстіе въ лобной области, выходное—въ затылочной); въ случаѣ Делятицкаго «Иванъ Ѳ.» (входное отверстіе въ лобной оаласти, выходное—въ затылочной); въ случаѣ Прибыткова «Лаврентій Д.» (входное отверстіе въ височной области слѣва, выходное—какъ разъ посреди затылочной кости.

Въ случаѣ Дерюжинскаго «Ермилъ М.» (входное отверстіе въ лѣвой половинѣ затылочной области, выходного нѣтъ; радіографическимъ изслѣдованіемъ опредѣлено положеніе пули въ лѣвомъ полушаріи, приблизительно на глубинѣ 4 сант. отъ кожнаго покрова; при операціи это подтвердилось, и пуля была удалена. Были разстройства рѣчи и слуха; о зрительныхъ симптомахъ не упоминается).

Въ его-же случаѣ «Аѳанасій П.» (входное отверстіе позади лѣваго теменнаго бугра, выходного нѣтъ; радіоскопія опредѣлила пулю у вѣнечнаго шва; оперативнымъ путемъ пуля удалена.

Въ случаѣ Прибыткова «Дементій Ф.» (входное отверстіе въ правой половинѣ затылочной кости на 2,5 сант. выше затылочнаго бугра и на 2 сант. въ сторону отъ срединной линіи, выходного нѣтъ).

Теменная доля и область центральныхъ извилинъ.

Раненія центральныхъ извилинъ сопровождаются обыкновенно симптомами поврежденія двигательныхъ и чувствительныхъ центровъ, расположенныхъ здѣсь и по сосѣдству: получаются параличи и анэстезіи. Смотря по локализаціи и обширности поврежденій наблюдаются моноплегіи, гемиплегіи и, какъ переходный типъ — сочетаніе паралича въ области двухъ сосѣднихъ центровъ: напр., лица и руки и т. п. Если захватываютъ оба полушарія, могутъ быть параплегіи. Какъ признаки раздраженія коры инор. тѣлами, пулею, осколками костей, кровоизліяніемъ, рубцомъ и т. д. Диссоціированныя разстройства чувствительности, наблюдающіяся при раненіяхъ области центральныхъ и теменныхъ извилинъ будутъ разобраны впослѣдствіи. Здѣсь я только приведу примѣры поврежденій.

Примѣры огнестрѣльныхъ раненій, сопровождавшихся парезомъ верхней и нижней конечностей одной стороны тѣла.

Случаи раненія во время трансваальской войны (Ф. К. Веберъ).

1) Прямолинейная рана длиною въ 10 сант. съ ушибленными краями. Пуля Lee Metford; съ 600 шаговъ. Поступилъ въ полномъ

сознаніи, съ парезомъ правыхъ конечностей, небольшою лихорадкою и головн. болью. Рана въ области Роландовой борозды слѣва; желобоватое поврежденіе черепа съ мелкими осколками; разрывъ оболочекъ, поверхностное размозженіе мозгового вещества. Осколки вдавлены въ мозгъ (найдены на глубинѣ 2—3 сант.; извлечено изъ мозга около 10 осколковъ).

Вскорѣ послѣ операціи исчезли головныя боли, черезъ 6 недѣль зажила рана, парезы уменьшились.

2) Пуля той-же системы; раненъ съ 400 шаговъ. Маленькое входное отверстіе на 3 сант. кзади отъ біаурикулярной линіи и на 3 поперечн. пальца вправо отъ срединной липіи; маленькое же выходное отверстіе на 9 сант. прямо кпереди отъ входного; параличъ лѣвой руки, парезъ ноги. При операціи установлено раздробленіе и вдавленіе кости, осколки въ мозговомъ веществѣ на глубинѣ 3 сант.; «мозговая кора отчасти размозжена». Рана зажила хорошо. Парезъ ногъ уменьшился.

3) Въ V и VI случаяхъ можно предположить раненіе центральной и лобной области мозгового полушарія, въ первомъ изъ нихъ, кромѣ конечностей были парализованы лицевой и подъязычный нервъ, существовала афазія. Изъ параличей упорный характеръ имѣлъ только параличъ правой руки; въ послѣопераціонномъ періодѣ наблюдался эпилептиформный припадокъ съ преходящ. потерею сознанія и подергиваніями въ правой рукѣ. Во второмъ изъ этихъ случаевъ параличъ лѣвыхъ конечностей сопровождался лицевымъ парезомъ, апатіею, головною болью. При операціи опороженъ гной. Почти полное выздоровленіе; только нога продолжала волочиться немного при ходьбѣ.

Среди наблюденій Ф. К. Вебера есть и еще случаи, въ которыхъ возможно допустить поврежденіе въ области центральныхъ извилинъ, сопровождавшееся гемиплегіею.

Въ нѣкоторыхъ изъ случаевъ раненія мозга, описанныхъ А. Г. Делятицкимъ, судя по свѣдѣніямъ, отмѣченнымъ въ исторіи болѣзни, можно думать объ осложненіи поврежденія Роландовой области гемиплегіею, но вполнѣ точнаго опредѣленія не хватаетъ, или допустима мысль объ одновременномъ поврежденіи лобныхъ и др. долей, при характеристикѣ которыхъ такіе случаи и цитировались.

I. Изъ случаевъ «касательныхъ» пулевыхъ раненій съ переломомъ черепа, описанныхъ М. И. Глаголевымъ: раненъ съ 1000 шаговъ ружейною пулею въ правую теменную область. Двѣ маленькія ранки на разстояніи 5 сант. другъ отъ друга. Нагноеніе раны. Оскольчатый переломъ съ вдавленіемъ осколковъ и внѣдреніемъ ихъ въ мозгъ. Разрывъ твердой оболочки, разрушеніе мозгового вещества. Рана находится приблизительно на мѣстѣ Роландовой линіи, на разстояніи 5 сант. отъ стрѣловиднаго шва.

Парезъ лѣвыхъ конечностей съ пониженіемъ въ нихъ болевой и тактильной чувствительности и отсутствіемъ ощущенія мѣста, но

съ сохраненіемъ температурной чувствительности. Послѣ операціи поправился; паретическія явленія значительно уменьшились.

Гемиплегія (параличъ руки и ноги) наблюдалась при раненіи соотвѣтствующей области черепа въ случаяхъ Ф. А. Голубева: I, II, III, VI, VIII, IX, XXVI, XXXI, XLIV, LI, LXXV, LXXXIV обзора раненій во время русско-японской войны, составленнаго проф. П. П. Дьяконовымъ.

Дальнѣйшіе примѣры гемиплегій: случай Guthrie (солдатъ раненъ въ бою при Waterloo осколкомъ снаряда; повреждена нижняя часть лѣвой теменной кости; правыя конечности повисли, какъ мертвыя и сдѣлались нечувствительными. Черезъ 4 дня былъ извлеченъ осколокъ теменной кости; тотчасъ послѣ этого возвратилась способность двигать рукою и ногою и чувствовать прикосновеніе къ нимъ. Впослѣдствіи остались только слабые слѣды паралича: больной не могъ крѣпко сжать руку. Здѣсь гемиплегія являлась результатомъ простого давленія кости на мозгъ); случай Makins'a (раненіе во время южно-африканской войны пулею Mauser'a; на разстояніи 12 мил. отъ срединной линіи и на 2 сант. отъ края волосъ входное, на 9 сант. кзади отъ него—выходное отверстіе). Правосторонняя гемиплегія; здѣсь оскольчатый переломъ лобной и теменной костей сопровождался поврежденіемъ мозговой поверхности; вначалѣ наблюдались правосторонніе судороги, вскорѣ прекратившіеся. Черезъ 3 недѣли двигательныя разстройства уже отсутствовали, осталась только головная боль. Современемъ продолжалъ службу, не обнаруживая разстройствъ со стороны нервной системы).

Поврежденія Роландовой области съ гемиплегіей и параличемъ лицевого нерва.

Случай L. Lagarde'a (описанный Nimier): раненіе пулею Mauser'a; входное отверстіе въ области лѣвой теменной кости вблизи отъ вѣнечнаго шва, выходное—кзади отъ входного въ предѣлахъ той-же кости. Правосторонняя гемиплегія съ параличемъ праваго лицевого нерва, потерею голоса и затрудненіями глотанія. Образовался мозговой нарывъ. Случай провѣренъ вскрытіемъ.

Правосторонняя гемиплегія съ участіемъ нижней вѣтви лицевого нерва наблюдалась Makins'омъ (62-й случай изъ его южно-африканскихъ раненій): пуля вошла на границѣ прикрѣпленія волосъ, прорѣзала середину Роландовой борозды и вышла подъ лѣвымъ теменнымъ бугромъ.

Оскольчатый переломъ костей сопровождался потерею мозгового вещества. Рѣчь и подвижность ноги и лица въ теченіе мѣсяца возстановились; остался почти полный параличъ верхней конечности.

Сходенъ этимъ 63-й случай того-же автора. Разница въ сторонѣ поврежденія: здѣсь были парализованы конечности и facialis на лѣвой сторонѣ; параличъ руки былъ полный, ноги—неполный.

Входное отверстіе въ области теменной кости, выходное—на границѣ теменной и лобной костей. Первое отстояло на 6,25 сант. второе—на 2,5 сант.—отъ срединной линіи. Параличъ facialis со-

временемъ исчезъ, подвижность ноги улучшилась, параличъ руки остался стойкимъ.

Случай Marvaud; раненіе пулею въ лѣвый високъ съ оскольчатымъ переломомъ чешуи височной кости. Судорожныя сокращенія въ лѣвыхъ конечностяхъ, гемиплегія правыхъ конечностей и facialis, параличъ лѣваго глазодвиг. нерва, параличъ IX и XII нервовъ, анэстезія, афазія. Извлечены осколки чешуи. «Черезъ нѣсколько мгновеній послѣ этого раненый открылъ лѣвый глазъ» (до этого былъ ptosis), «опущеніе вѣка и косоглазіе исчезли», правая рука, остававшаяся до этого момента недѣятельною, внезапно стала двигаться. На слѣдующій день возстановились движенія языка чувствительнодвигательный параличъ исчезъ въ рукѣ, остался въ ногѣ; черезъ нѣсколько дней раненый могъ хорошо говорить. Позже стала возстановляться чувствительность въ правой ногѣ. Слѣды лицевого паралича обнаруживались только при смѣхѣ. Здѣсь обращаетъ на себя вниманіе порядокъ возстановленія функцій послѣ устраненія прижатія двигат. и чувств. центровъ Роландовой области.

Параличъ руки съ участіемъ соотвѣтствующаго facialis.

Наблюдался въ случаѣ Dandridge'a (пулевое раненіе въ области правой теменной кости; параличъ сгибателей и разгибателей кисти и судороги лѣвой руки и facialis; послѣ операціи быстро поправился), G. Marchant'a (входное отверстіе на уровнѣ верхняго вѣка; лѣвостор. параличъ и анэстезія facialis inf. и руки. Вскрытіе: пуля вошла у переднелатеральнаго края правой глазничной дольки, прорѣзала centrum ovale и остановились у дна Роландовой борозды на разст. 2,5 сант. отъ верхняго края полушарій непосредственно спереди отъ основанія 2-й лобной извилины).

Случай D. Drew: раненіе передней части правой теменн. к. на разстояніи 2 поперечн. пальцевъ отъ срединной линіи. Частичный параличъ facialis sin. и лѣвой руки, онѣмѣніе этой послѣдней. Черезъ 24 часа послѣ операціи (подъемъ кости, извлеченіе осколковъ кости и деформированной пули) параличъ лица исчезъ, въ теченіе слѣдующихъ дней движенія мышцъ руки возстановились въ слѣдующемъ порядкѣ: сначала сгибаніе плеча и предплечья, затѣмъ—движенія кисти, вслѣдъ затѣмъ—движенія пальцевъ, наконецъ—большого пальца.

Точно также операція привела къ возстановленію чувствит. и подвижности въ области руки и facialis въ случаѣ Duval'я. Здѣсь отмѣченъ порядокъ возстановленія чувствительности: отъ «корня» къ концу руки.

Параличныя явленія въ области верхней конечности.

II случай П. К. Левоневскаго («нѣсколько случаевъ травм. поврежд. головы»...): Николай Ш—въ. Пьяный солдатъ ударилъ Ш—ва пряжкою отъ пояса. Ушибленная зіяющая сагиттальная рана на 2 попер. пальца влѣво отъ стрѣловидной линіи, кпереди отъ лѣваго теменнаго бугра; трещина и вдавленіе кости; изъ трещины выдѣлялся гной. Ослабленіе силы рукъ, преймущественно—правой.

При операціи найдены подъ костью сгустки крови, нагноеніе. Рана заживала хорошо. Выписанъ до окончательнаго образованія рубца, безъ парезовъ.

III случай М. И. Глаголева. Раненъ ружейною пулею съ 2000 шаговъ въ лѣвую теменную область. Нагноеніе раны, вдавленный оскольчатый переломъ кости длиною 1,5 сант.; разрывъ твердой оболочки, разрушеніе мозгового вещества, осколки и полость, наполненная гноемъ, въ немъ. Топографія раненія опредѣлена точнымъ измѣреніемъ: 4 сант. влѣво и внизъ отъ отъ точки стрѣловиднаго шва, отстоящей на 15 сант. отъ лобно-носовой ямки ($^1/_2$ lin. nasioiniaca—1,5 сант.). Парезъ и шпалгезія правой руки при нормальн. тактильной чувствительности и чувствѣ давленія. Операція. Черезъ $1'/_2$ мѣсяца мозговая рана почти выполнилась.

Примѣрами моноплегій верхней конечности могутъ также служить случаи S. F. Longheed'a (параличъ и анэстезія правой руки, поправившіеся послѣ трепанаціи; пулевая рана въ области лѣвой теменной кости на разстояніи 6 сант. отъ стрѣловиднаго шва; при операціи найдена небольшая гематома).

Параличи обѣихъ нижнихъ, или обѣихъ верхнихъ конечностей при поврежденіяхъ центральной области обоихъ полушарій.

VI случай М. И. Глаголева. Раненъ ружейною пулею съ 1000 шаговъ; тотчасъ пересталъ владѣть ногами. Потеря сознанія длилась лишь нѣсколько минутъ. Ранки въ области стрѣловиднаго шва на разстояніи 2,5 сант. одна отъ другой; нагноеніе; вдавленный оскольчатый переломъ безъ поврежденія твердой оболочки. Отъ середины dist. nasoiniaca рана отстоитъ на 5 сант. кзади. Парезъ обѣихъ ногъ съ повышеніемъ колѣнныхъ рефлексовъ и болевой чувствительности. Тактильная чувствительность нормальна. Головн. боли. Послѣ операціи рана зажила хорошо, парезы уменьшились, общее состояніе улучшилось.

II случай его-же: раненіе ружейною пулею съ 1800 шаговъ на границѣ теменныхъ областей по срединной линіи; 0,5 сант. кзади отъ средины dist. naso-iniaca. Правая нога парализована, лѣвая парезирована. Болевая и тактильная чувств. и чувство мѣста въ нихъ утрачены, колѣнные рефлексы повышены. Рвота. Послѣ операціи постепенно подвижность правой ноги улучшилась, лѣвой— возстановилась вполнѣ.

Случай Guthrie. Пулевое раненіе въ бою при Watterloo. Переломъ черепа въ области стрѣловиднаго шва; прижатіе обѣихъ теменн. долей. Параличъ обѣихъ ногъ, парэстезіи въ области туловища. По извлеченіи осколковъ и подъемѣ вдавл. части костей параплегія стала постепенно уменьшаться. Впослѣдствіи раненый могъ ходить съ палочкою.

Параличъ обѣихъ нижнихъ конечностей наблюдался также въ одномъ изъ случаевъ Makins'a: входное отверстіе справа въ лобной области, выходное слѣва, немного кзади отъ lin. inio-bregm.

Движенія правой ноги возстановились лучше и быстрѣе, чѣмъ слѣва.

Въ случаѣ Otis'a вдавленный оскольчатый переломъ въ теменной области оставилъ послѣ себя параплегію, позже превратившуюся въ гемипарезъ.

При травматическомъ поврежденіи области чувствительно-двигательныхъ центровъ коры приходится наблюдать признаки раздраженія въ видѣ парэстезій, локализирующихся въ той части тѣла, центръ которой раздражается. Другой признакъ раздраженія — мѣстная головная боль — зависитъ отъ раздраженія мозговыхъ оболочекъ.

Въ какомъ видѣ обнаруживается здѣсь раздраженіе корковыхъ чувствительныхъ центровъ, можно показать на примѣрахъ:

У раненаго Billet, наблюдался парезъ правой руки, сопровождавшійся чувствомъ онѣмѣнія (sensation d'engourdissement) въ той-же области. Это ощущеніе черезъ нѣсколько часовъ исчезло. Причиною травмы было въ этомъ случаѣ раненіе мозга револьверными пулями, изъ которыхъ одна вошла на 3 сант. кзади отъ наружнаго глазного угла, другая—на 3 сант. кзади отъ первой раны. Найденъ оскольчатый переломъ безъ вскрытія твердой мозговой оболочки (случай этотъ описанъ проф. H. Nimier).

Судорожныя осложненія можно раздѣлить на нѣсколько группъ по длительности промежутка отъ травмы до появленія припадковъ:

1) Судороги непосредственно вслѣдъ за раненіемъ: раздраженіе мозга пулею, осколками, кровью и т. п.

Примѣры:

Въ 2 случаяхъ Baudens'a давленіе на костный осколокъ вызвало общее судорожное дрожаніе, особенно сильно выраженное въ области парализованной руки; освобожденіе мозга отъ давленія тотчасъ прекращало судороги. Въ случаяхъ Otis'a судороги зависѣли отъ вдавленія теменной кости и исчезли послѣ устраненія его (раненіе снарядомъ въ одномъ случаѣ и пулею въ другомъ).

2) Вторичныя судороги, появляющіяся черезъ нѣсколько дней послѣ раненія безъ всякаго повода и указывающія на воспалительную реакцію.

Примѣры:

Случаи Campenon'a (менинго-энцефалитъ послѣ пулевого раненія у алкоголика), Hitzig'a (раненіе во время войны 1870—71 г.; мозговой нарывъ; случай провѣренъ вскрытіемъ), Péan'a (раненіе револьверною пулею, мозговой нарывъ).

3) Судороги, появляющіяся черезъ нѣсколько мѣсяцевъ

или лѣтъ послѣ раненія. Причины различныя: инфекція, образованіе новаго нарыва, раздраженіе мозга рубцомъ, пулею, осколками. Могутъ играть большую роль предрасполагающія индивидуальныя особенности, напр., наслѣдственность, алкоголизмъ и т. д.

Примѣры:

Наблюденія Loison'a (тангенціальное раненіе черепного свода: появленіе судорожныхъ припадковъ болѣе, чѣмъ черезъ 2½ года), Azam'a(судороги появились черезъ годъ послѣ раненія); случай Peugniez et Rémy, случай Segond'a (раненіе револьверною пулею; судорожные припадки начались черезъ четыре года послѣ раненія), случай Bergmann'a (судороги появились черезъ два года послѣ раненія; съ теченіемъ времени промежутки между припадками стали дѣлаться все болѣе и болѣе короткими, наконецъ наступ. status epilepticus, въ которомъ больной и умеръ. Ни прижизненное оперативное вскрытіе черепной полости, ни посмертное изслѣдованіе мозга не обнаружило явныхъ причинъ припадковъ).

Jackson'овъ типъ судорожныхъ припадковъ. Я, конечно, не долженъ здѣсь описывать симптоматологію частичной падучей типа Jackson'a и могу не останавливаться на перечисленіи случаевъ мозговыхъ раненій, при которыхъ она наблюдалась, т. к. это—слишкомъ уже заурядное осложненіе травмъ мозговой коры, сплошь да рядомъ встрѣчающееся при раненіяхъ черепа въ особенности—если раздраженію подвергается непосредственно двигательная сфера. Отмѣчу только, что можно различать нѣсколько степеней разстройствъ, руководствуясь, напр., состояніемъ сознанія во время припадка: 1) болѣе слабая степень—съ сохраненіемъ сознанія; больной видитъ и чувствуетъ, что съ нимъ происходитъ и потомъ вспоминаетъ во всѣхъ подробностяхъ; 2) болѣе тяжелые припадки — сознаніе сохранено, но смутно; 3) припадки съ полною потерею сознанія.

По локализаціи судорогъ можно различать лицевой типъ (судороги начинаются съ лица и шеи, съ глазъ губъ, челюсти) и постепенно переходятъ на руку и ногу той же стороны; типъ судорогъ, начинающихся съ верхней конечности, напр.—съ пальцевъ; затѣмъ онѣ переходятъ на предплечье, плечо, шею, голову, ногу; типъ судорогъ, начинающихся съ ноги и переходящихъ на туловище, руку, шею, голову. Наконецъ, могутъ быть въ рѣдкихъ случаяхъ судороги и двухъ сторонъ тѣла, при чемъ, однако, судороги той и другой стороны могутъ быть не синхроничными.

Примѣры раненій теменной доли:

Наблюденіе Dubbers'a. Пулевое раненіе во время войны 1870 года. Лѣвосторонняя гемиплегія, позже исчезнувшая. Рана на 5 сант. выше праваго уха. Парэстезіи въ лѣвой рукѣ и въ лѣвой ½ тѣла. Въ 1871 г. появились припадки судорогъ лѣвой половины тѣла безъ потери сознанія. Позже они сдѣлались болѣе частыми, характеръ больного измѣнился къ худшему и въ 1890 г. можно было считать J. уже совершенно душевнобольнымъ. (Галлюцинаціи, аггрессивныя стремленія, спутанность). Судорожные припадки начинались предвѣстниками. При изслѣдованіи въ 189€ г. найдено на лѣвой сторонѣ тѣла небольшое пониженіе чувствительности къ прикосновенію, незначительная hyperalgia, пониженіе способности локализировать ощущенія; легкая ригидность мышцъ лѣвыхъ конечностей: волевыя движенія неловки, не координированы. Больной ощупывая предметы лѣвою рукою не узнаетъ ихъ: напр., ощупывая сигару, говоритъ: «я не могу сказать, что это такое», принимаетъ ключикъ за карманный ножъ, гребень—тоже, ощупывая камень, говоритъ, «это холодный и твердый предметъ, что именно—не знаю»; про губку говор.: «это твердый, нѣтъ,—мягкій, влажный предметъ», про яйцо: «холодный, твердый, легкій предметъ безъ угловъ», ключикъ отъ часовъ и 1-марковую монету не можетъ совершенно различить рукою. Здѣсь было, по автору сообщенія, поврежденіе праваго мозгового полушарія на границѣ средней и нижней третей восходящей теменной извилины: вѣроятно, нужно допустить здѣсь поврежденія gyrus. supramarginalis теменной доли.

Раненіе въ области задняго края теменной кости наблюдалось въ нѣкоторыхъ изъ случаевъ, описанныхъ М. И. Глаголевымъ (огнестрѣльныя поврежденія черепа во время послѣдней войны): напр., въ случаяхъ IV, V, VII, IX, X. Въ первомъ изъ упомянутыхъ случаевъ не было ни двигат., ни чувств. разстройствъ, во второмъ—пониженіе зрѣнія (рана на границѣ теменной и затылочной обл.), въ третьемъ—только жалобы на онѣмѣніе въ затылочной области, въ четвертомъ и пятомъ отмѣчено отсутствіе чувствит. и двигат. разстройствъ.

Въ случаѣ Otis'a (1862 г.) пулевое раненіе сопровождалось вдавленнымъ переломомъ въ области теменного бугра, получилось пониженіе подвижности и чувствительности правой руки, постоянныя легкія сокращенія пальцевыхъ мышцъ; но здѣсь дѣло осложнялось тѣмъ, что у больного существовала спутанность и потеря памяти. Послѣ операціи и извлеченія костнаго осколка разстройства уменьшились.

Топографическія соотношенія и данныя, касающіяся вопроса о мѣстныхъ поврежденіяхъ мозга при огнестрѣльныхъ раненіяхъ головы.

Наблюдая раненія головы съ поврежденіями мозга и не имѣя опоры въ посмертномъ вскрытіи, приходится опредѣлять локализацію поврежденій сообразуясь съ положеніемъ черепныхъ ранъ, т. е., прежде всего, считаться съ вопросомъ: какому мѣсту мозговой поверхности соотвѣтствуетъ рана черепа, топографія которой нами болѣе или менѣе точно выяснена? Затѣмъ уже, принимая во вниманіе данныя, по которымъ можно судить о глубинѣ и размѣрахъ поврежденій подъ костною раною и представляя себѣ мысленно вмѣсто костныхъ ранъ соотвѣтствующія имъ мѣста мозговой поверхности, представляется возможныхъ соединить мѣста, лежащія подъ входнымъ и подъ выходнымъ отверстіями, линіею и представить себѣ такимъ образомъ ходъ пулевого канала. При этомъ нужно выяснить, еще, имѣемъ ли мы право предполагать, что въ извѣстномъ поясѣ своего полета пуля, прорѣзывая черепную полость, повреждаетъ главнымъ образомъ мѣста, лежащія на линіи ея полета, т. е. по ходу пулевого канала, а остальныя части мозга могутъ оставаться неразрушенными и дѣйствіе травмы на нихъ остается гораздо менѣе серьезнымъ и имѣетъ преходящій характеръ?

Поэтому, прежде чѣмъ приступить къ описанію и разбору своихъ случаевъ, я позволю себѣ отмѣтить бѣгло нѣкоторыя данныя, на которыхъ основывался при рѣшеніи упомянутыхъ вопросовъ, разбирая свои наблюденія.

Топографическія соотношенія долей мозга съ черепными костями.

Я, конечно, не помышляю заняться здѣсь ни изложеніемъ очерка топографической анатоміи мозговыхъ полушарій, ни методики топографическихъ опредѣленій, ни исторіи вопроса. Все это—предметъ спеціальныхъ руководствъ. Обо многихъ цѣнныхъ методахъ я даже не въ правѣ упоминать, такъ какъ по своей недостаточной неподготовленности и по внѣшнимъ

условіямъ работы, при всемъ желаніи, не могъ воспользоваться ими на войнѣ, а при ретроспективномъ разборѣ наблюденій уже нельзя было пополнить недостающія данныя.

Держась того, что непосредственно относится къ разбору моихъ случаевъ, я отмѣчу главнымъ образомъ только тѣ методы и руководящія соображенія, которыми самъ пользовался при разборѣ, да и то лишь главнѣйшіе изъ нихъ. Методы, напр., имѣющіе такую выдающуюся важность, какъ методъ Chipault, Зернова и др., не могли быть мною примѣнены на сей разъ, вслѣдствіе чего я и не счелъ себя въ правѣ говорить о нихъ здѣсь.

Въ исторіи краніотопографическихъ вопросовъ важную роль сыграла появившаяся въ 1839—1857 г.г. анатомія Gratiolet, занявшагося, между прочимъ, опредѣленіемъ отношенія нѣкоторыхъ мозговыхъ извилинъ и бороздъ (въ особенности—Роландовой) къ черепу. Быстрыми же шагами изученіе краніотопографическихъ соотношеній пошло со времени появленія сообщеній P. Broca о локализаціи центра членораздѣльной рѣчи («Sur le siège de la faculté du langage articulé», 1861—1871 г.г.). Въ слѣдующей за этимъ эпохѣ обращаетъ на себя вниманіе необыкновенно кипучая работа нейропатологовъ, физіологовъ и анатомовъ, выяснившихъ при помощи вновь открытыхъ разнообразныхъ методовъ детальное строеніе мозга, расположеніе и значеніе центровъ и связей его; патологи и клиницисты позволили еще лучше освѣтить вопросы о значеніи поврежденія или раздраженія разныхъ мѣстъ мозгового вещества; развитіе хирургической техники и хирургическаго опыта дало возможность воспользоваться локализаціонною діагностикою для удаленія опухолей, инородныхъ тѣлъ, рубцовъ, паразитовъ, скопленій крови или гноя и т. д., словомъ—для оперативнаго леченія, многихъ изъ случаевъ очаговыхъ заболѣваній мозга и прилегающихъ къ нему частей. Понятно, что при этомъ изученіе топографическихъ соотношеній мозга и черепа пошло быстро впередъ, т. к. чтобы попасть при операціи на требуемое мѣсто мозга, необходимо было точно представить себѣ, какое мѣсто черепа ему соотвѣтствуетъ и примѣнить точные и удобные методы измѣреній.

Огромное число изслѣдователей, среди которыхъ можно упомянуть, напр., такихъ, какъ Pansch, Th. Wilh.

Bischoff, Al. Ecker, W. Turner, D. J. Cunningham, Д. Н. Зерновъ, B. Giacomini, Broca, Hervé, Retzius, Chipault, Гефтлеръ, Алтуховъ и мн. др., посвятили свои силы изученію этого рода вопросовъ и выработкѣ наилучшихъ методовъ измѣреній, примѣнимыхъ въ хирургической практикѣ.

Относительно данныхъ и соображеній, которыми я могъ пользоваться, замѣчу слѣдующее.

Основныя топографическія опредѣленія можно сгруппировать такъ: опредѣлить, прежде всего, проэкцію всего очертанія полушарій большого мозга на черепѣ? Затѣмъ привести данныя, касающіяся топографіи основныхъ бороздъ, которыми мы пользуемся для ріентировки: борозды Rolando и борозды Sylvi'я.

Послѣ этого перейти къ топографіи отдѣльныхъ долей; указать топографическое .положеніе границъ между отдѣльными долями и положеніе ихъ извилинъ и бороздъ. Послѣ этого я перейду къ описанію Krönlein'овскаго способа опредѣленія топографіи мозга, которымъ мнѣ больше всего приходилось пользоваться при своихъ измѣреніяхъ въ госпиталяхъ на войнѣ.

Перехожу къ деталямъ и попробую привести ихъ въ самомъ сжатомъ видѣ, руководствуясь намѣченною только-что программою.

Топографическое изученіе анатоміи мозга касается 1) отношенія каждой части его къ костямъ черепа, къ скелету его: «скелето-топическія опредѣленія», 2) къ окружающимъ мягкимъ частямъ: сосудамъ, нервнымъ стволамъ, пазухамъ, а также—къ сосѣднимъ полостямъ: носовой, глазной. барабанной, къ внутреннему уху: это—«синтопическія опредѣленія», «Syntopia»; 3) взаимныя топографическія соотношенія частей самого мозга (напр., соотношенія между участками мозговой поверхности и желудочками мозга и т. п.) даютъ «идіотопическія опредѣленія»: «Idiotopia» (Waldeyer).

При скелетотопическихъ и синтопическихъ опредѣленіяхъ мы, разсматривая отношеніе какой-нибудь борозды или точки мозговой поверхности къ извѣстному опознавательному пункту черепа или мягкихъ частей головы, должны бываемъ нерѣдко говорить: данная точка мозговой поверхности лежитъ на столько-то сантиметровъ «выше» и на столько-то сантиметровъ кзади

отъ такого-то наружнаго пункта. Дѣлая такое опредѣленіе мы, очевидно, должны представлять себѣ при этомъ голову въ разъ на всегда условленномъ, общепринятомъ положеніи: тогда только мы будемъ знать, по какой линіи дѣлается отсчетъ непосредственно кзади и кпереди, и что лежитъ кверху и книзу отъ каждой данной точки черепа.

Поэтому, прежде чѣмъ говорить о топографіи отдѣльныхъ областей мозга, нужно условиться относительно того, какія точки головы должны совпадать съ горизонтальными линіями при условленномъ для вычисленій положеніи головы?

Основною линіею, «linea basalis», — называютъ линію, проведенную черезъ самую низкую точку нижнеглазничнаго края и черезъ центръ наружнаго слухового прохода (Reid, Observations on the Relation of the principal Fissures and Convolutions of the Cerebrum to the outer surface of the Scalp, 1884); нѣмецкіе антропологи на съѣздѣ во Франкфуртѣ на Майнѣ условились вести линію не черезъ центръ, а черезъ верхній край наружнаго слухового прохода; проведенная такимъ образомъ линія приняла названіе «франкфуртской линіи».

При топографическихъ опредѣленіяхъ принято предполагать какое положеніе головы, при которомъ одна изъ упомянутыхъ линій будетъ имѣть горизонтальное направленіе.

Топографическія границы мозговыхъ полушарій. Верхній медіальный край полушарій идетъ приблизительно параллельно срединной линіи черепной крышки (соотвѣтствующей срединной линіи чешуи лобной и затылочной костей и стрѣловидному шву). Ширина верхней продольной пазухи съ твердою мозговою оболочкою, образующею стѣнки ея, равняется приблизительно 0,6—0,8 сант.; слѣдовательно, верхнемедіальный край каждаго полушарія отстоитъ отъ срединной линіи приблизительно на 0,3—0,4 сант.; по мѣрѣ приближенія къ наружному затылочному бугру (начиная отъ верхняго угла ламбдовиднаго шва) это разстояніе начинаетъ увеличиваться, такъ что у inion разстояніе между краями обоихъ полушарій равняется уже приблизительно 1,2 — 1,5 сант. (лѣвый край здѣсь немного ближе къ срединной линіи, чѣмъ правый).

Проэкція нижнелатеральнаго края полушарій на черепѣ гораздо сложнѣе. Начнемъ съ нижняго края затылочной доли. Онъ лежитъ на мозжечковомъ наметѣ, край котораго прикрѣпляется къ краю поперечной пазухи; верхній край этой па-

зухи до asterion и опредѣляетъ нижнюю границу затылочной доли. Но для насъ важно отношеніе ея не къ внутренней, а къ наружной поверхности черепа. По Waldeyer'y, linea nuchae superior (но не «l. suprema») проходитъ немного ниже нижняго края затылочной доли. Дальше, по Thane, Waldeyr'y и др. нижній край затылоччо-височной части полушарій идетъ отъ asterion (мѣста схожденія sut. lambd. и sut. parietomast.) соотвѣтственно crista supramastoidea, надъ верхнею границею antrum tympani, затѣмъ — приблизительно соотвѣтствуетъ верхнему краю скуловой дуги.

Верхній край наружнаго слухового прохода остается приблизительно на 0,5 сант. ниже этой линіи. Достигнувъ полулунной вырѣзки нижней челюсти, нижняя граница полушарія опускается (по Waldeyer'y, достигаетъ здѣсь иногда уровня нижняго края скуловой дуги). Дойдя до sut. spheno—temporalis, линія, изображающая нижній край полушарія, начинаетъ дугообразно загибаться кверху, затѣмъ — кверху и кзади (соотвѣтственно сильвіевой расщелинѣ) до точки, которая лежитъ на уровнѣ sut. fronto—zygomatica. Отъ этого мѣста начинается уже направляющаяся кпереди нижняя граница лобной доли.

Возвращаясь къ топографическому опредѣленію нижняго края височной доли въ его передней части, нужно указать еще до какого пункта достигаетъ самый передній край дугообразной линіи, ограничивающей переднюю часть височной доли? По Waldeyer'y, этотъ передній пунктъ лежитъ близко отъ фронтальной плоскости, пересѣкающей processus coronoideus или середину височноскулового шва, а горизонтальная плоскость его соотвѣтствуетъ уровню process. marginal. oss. zygomatic. По Thane, этотъ пунктъ («полюсъ височной доли») находится на 2,0 сант. выше скуловой дуги и на 1,5 сант. кзади отъ processus angularis extern. s. marginalis.

Тамъ, гдѣ окончилась граница височной доли, начинается нижняя граница лобной доли, выпуклая книзу. Она проходитъ на 1,5 сант. выше лобноскулового шва и на 0,8 сант. выше средины верхнеглазничнаго края (Thane), и наконецъ, достигаетъ области носолобнаго шва. По Chipault (Chirurgie opératoire), срединный край полушарій идетъ отъ уровня дна угловой ямки, образуемой поверхностями носовыхъ и лобной костей («point nasal») до мѣста, находящагося на 1 сант. выше inion.

Передненижній край лобной доли идетъ на разстояніи 0,6—0,8 сант. выше надглазничной линіи и доходитъ до наружнаго угла глазницы.

Нижнелатеральный край полушарій расположенъ, по Poirier и Chipault, соотвѣтственно линіи, которую онъ называетъ «ligne susorbitosus iniaque»; эта линія проводится черезъ глазничновисочный уголъ и на 1,0 сант. выше inion. Это линія, изображающая нижній край лобной и затылочной долей. Нижній край височной доли находится подъ этою линіей. Онъ начинается на 4,5 сант. позади наружнаго глазничнаго отростка и направляется отсюда сначала книзу и кпереди, доходя до полюса височной доли, лежащаго въ среднемъ на 1,5 сант. позади наружнаго глазничнаго отростка, на 2 сант. выше скулового отростка въ углубленіи клиновидной кости. Отсюда нижній край височной доли направляется кзади и нѣсколько кверху, проходитъ на разстояніи 0,4 — 1,0 сант. выше наружнаго слухового прохода и наконецъ соединяется съ краемъ затылочной доли, соотвѣтствующимъ l. susorbitosus iniaque.

Соотношенія черепа съ мозговою поверхностью до извѣстной степени измѣняются съ измѣненіями черепного типа. На это обращали вниманіе уже Broca, Ecker и др.

Одна изъ наиболѣе полныхъ работъ новаго времени, посвященныхъ этому вопросу, принадлежитъ A. Froriep'y: Die Lagebeziehungen zwischen Grosshirn und Schädeldach. Онъ различаетъ два главныхъ типа череповъ: «фронтопетальный» и «окципитопетальный». Есть еще два промежуточныхъ типа (вышеупомянутые типы являются крайними: № 1 и № 4); но эти промежуточные типы (№№ 2 и 3) менѣе важны въ практическомъ отношеніи.

Къ фронтопетальному типу принадлежатъ короткіе и высокіе черепа. При этой формѣ черепа мозговыя борозды и извилины располагаются болѣе кпереди, чѣмъ онѣ должны были бы находиться при средней схемѣ.

Къ окципитопетальному типу принадлежатъ низкіе и длинные черепа; при этой формѣ замѣчается отклоненіе бороздъ и извилинъ кзади и книзу отъ ихъ средняго положенія.

Высокое или низкое положеніе наружнаго затылочнаго бугра (по отношенію къ условленной горизонтальной линіи) и бо́льшая или меньшая длина разстоянія между затылочнымъ

бугромъ и наружнымъ слуховымъ отверстіемъ позволяетъ судить о томъ, къ какому типу принадлежитъ черепъ въ томъ или иномъ случаѣ.

Только пользованіе относительными величинами при опредѣленіи топографіи мозговыхъ бороздъ и извилинъ можетъ избавить отъ ошибокъ, зависящихъ отъ разнаго значенія этихъ величинъ при разной формѣ черепа.

Во многихъ краніотопографическихъ изслѣдованіяхъ и замѣчается стремленіе пользоваться не абсолютными измѣреніями, а пропорціональными. Можно указать, напр., на работы A. Ecker'a, и Broca, A. Broca и Maubrac'a, Krönlein'a.

Опредѣленіе положенія Роландовой борозды. Нижній конецъ ея, по Waldeyer'y, отстоитъ въ среднемъ на 3, а верхній конецъ—на 4—5 сант. (кзади) отъ вѣнечнаго шва. Вся борозда, идя почти параллельно вѣнечному шву, остается въ предѣлахъ средины передней трети теменной кости. Говорятъ о параллельности шва и борозды, нужно исключить верхній конецъ (верхнюю треть) борозды: эта часть ея сильно отклоняется кзади.

Poirier (Topographie cranioencéphalique. 1891) опредѣляетъ положеніе Роландовой борозды такъ: берутъ 2 сант. кпереди отъ середины между носолобнымъ угломъ и наружнымъ затылочнымъ бугромъ: получается верхній конецъ Роландовой линіи (если затылочный бугоръ плохо прощупывается, то вмѣсто этого измѣренія берутъ 11 сант. отъ носового угла): отъ носового пункта до inion, по Poirier 18 сант. По линіи перпендикулярной къ скуловой дугѣ и проходящей тотчасъ передъ козелкомъ уха. Берутъ на ней 7 сант. снизу или 1,5 сант. книзу отъ середины разстоянія между ухомъ и сагиттальной линіей черепа: этимъ способомъ опредѣляютъ нижній конецъ Роландовой борозды.

Н. К. Лысенковъ (Топографія и оперативная хирургія черепной полости) называетъ этотъ способъ лучшимъ изъ абсолютныхъ измѣрительныхъ способовъ.

По Broca и Luca Championnière'y, опредѣляютъ брегму и берутъ 5,5 сант. кзади отъ нея по срединной линіи (брегму Broca опредѣляетъ, какъ пересѣченіе отвѣсной дуги, проходящей черезъ оба слуховыхъ отверстія, съ срединной линіей, но Chipault, основываясь на изслѣдованіяхъ

другихъ авторовъ, говоритъ, что отвѣсная ушная плоскость проходитъ на 1,5 сант. позади брегмы. Разстояніе верхняго конца Роландовой борозды отъ брегмы, по Chipault, взято Lucas-Championnière'омъ слишкомъ большимъ: нужно его уменьшить сант. на 0,7. «Нужно брать 3,0 сант. кзади отъ ложной брегмы», говоритъ Chipault.

Bergmann, Merkel и др. нѣмецкіе авторы возстанавляютъ перпендикуляръ тотчасъ позади сосцевиднаго отростка; пересѣченіе его со стрѣловидною линіею соотвѣтствуетъ верхнему концу Роландовой борозды.

Американскій способъ: берутъ разстояніе отъ glabellы до inion. Отношеніе разстоянія отъ glab. до роланд. верхушки къ разстояніи отъ glab. до inion=, по Hare'y 55,7 : 100, по Le Fort'y — 53,2 : 100,0, по Woolongham'y — 52,86 : 100,0. Взявъ середину lin. glab-iniaca, откладываютъ отъ нея кзади палецъ по Horsley'ю, 1/2 пальца по Thane'y, 3/8 пальца по Anderson'y.

Верхній конецъ Роландовой борозды отстоитъ на 5 сант. кзади отъ брегмы; направляясь книзу, борозда приближается къ вѣнечному шву, такъ что нижній конецъ отстоитъ отъ шва уже только на 2,5—3,0 сант.

По Merkel'ю верхній конецъ борозды находится въ плоскости перпендикулярной къ горизонтальной линіи и пересѣкающей мѣсто черепа, находящіеся тотчасъ позади сосцевиднаго отростка. Пересѣченіе этой плоскости съ срединною линіею черепного свода находится на 5 сант. позади брегмы, т. е мѣста соединенія вѣнечнаго и стрѣловиднаго швовъ. Но это лишь въ среднемъ: это разстояніе мѣняется въ зависимости отъ того, что вѣнечный шовъ находится иногда нѣсколько далѣе кпереди, иногда кзади, чѣмъ должно быть предполагаемое среднее положеніе его.

По Starr'y, верхній конецъ Роландовой борозды находится на 0,557 дѣленіи линіи, соединяющей корень носа съ inion.; по Poirier—въ 2 сант. отъ середины этой линіи, по Massa и Woolonghan'y—на 53/100 меридіана, считая отъ orhyon, по Müller'y—въ 4,8 сант. кзади отъ брегмы; по Thane'y, на 1,2 сант. кзади отъ середины линіи, соединяющей glabella съ inion, по Тауберу—на 0,53 отъ glabella, обыкновенно 4—5 сант. позади bregma, сант. на 2 кзади отъ средины линіи, соединяющей glab. съ inion. По v. Gehuchten'y—на 4,8 сант. кзади отъ вѣнечнаго шва. Нижній конецъ Роландовой борозды, по Le Fort'y находится надъ серединою верхняго края скуловой дуги, (по Chipault на 1,5 сант. выше вершины височноскулового шва). По Lucas-Championnière'y, нужно взять 7 сант. кзади отъ глазнично-височнаго угла по горизонтальной линіи и отъ этого мѣ-

ста 3 сант. кверху. По Poirier, нижній конецъ Роландовой борозды находится на вертикальной линіи, проведенной черезъ переднюю костную стѣнку наружнаго слухового прохода на 7 сант. выше его, на пересѣченіи этой вертикальной линіи съ горизонтальною линіею, проведенною черезъ скуловой отростокъ. Практически поступаютъ такъ: обозначаютъ карандашемъ положеніе скуловой дуги; возстановл. къ ней перпендикуляръ, проходящій тотчасъ передъ козелкомъ черезъ предушную ямку (la dépression préauriculaire) и отсчитываютъ по этому перпендикуляру 7 сант. кверху отъ уровня слухового отверстія. Способъ удобенъ тѣмъ, что достаточно имѣть подъ руками картонную карточку прямоугольной формы, даже—листъ бумаги—и построеніе сдѣлано.

По Merkel'ю, для опредѣленія нижняго конца Роландовой борозды нужно возстановить перпендикуляръ къ челюстному суставу. Почти на 5 сант. надъ этимъ суставомъ на этой линіи находится нижній конецъ Роландовой борозды, часто совпадающій съ верхушкою дуги, образуемой чешуйчатымъ швомъ. При опредѣленіи положенія Роландовой борозды представляется важнымъ знать уголъ, образуемый ею съ срединною (стрѣловидною) линіею. По Hare этотъ уголъ = 60—73°, по Massé и Woolongham'y—66—73°, по Horsley'ю и d'Anton'a онъ меньше при брахицефалической формѣ черепа, чѣмъ при формѣ долихоцефалической. Въ пользу этого высказывается также Chiaruggi, противъ этого — Debierre и Le Fort.

По Starr'y, Роландова борозда составляетъ съ линіею стрѣловиднаго шва ∠ 67°; то-же самое по Hare'y, но только для верхней части Роландовой борозды, нижняя же треть ея располагается въ нѣсколько болѣе отвѣсномъ направленіи.

Длина борозды = 8,5 сант. (Chipault, Chirurgie operatoire du système nerveux), по Starr'y—$1^1/_2$″, по Тауберу—8—9 сант.

Опредѣленіе положенія Сильвіевой борозды по G. D. Thane и Waldeyer'a: 1) мѣсто дѣленія ея (punctum sylvianum) лежитъ подъ заднимъ концомъ sut. sphenoparietalis, въ мѣстѣ, называемомъ pterion (по Chipault,—у задняго угла pterion). Задняя (горизонтальная) вѣтвь сильвіевой борозды вначалѣ соотвѣтствуетъ чешуйчатому шву, по Thane; по Waldeyer'y, эта вѣтвь всегда идетъ близко къ шву, но соотношенія между ними въ разныхъ случаяхъ разнообразны. Задній конецъ ея не всегда доходитъ до теменного бугра (до его нижняго края). Онъ загибается дугообразно кверху, окруженный здѣсь syr. supramargin.

Передняя горизонтальная вѣтвь, направляясь впередъ отъ punctum sylvianum, совпадаетъ съ sut. sphenoparietalis. Передняя восходящая вѣтвь поднимается прямо вверхъ отъ punctum sylvianum и пересѣкаетъ подъ острымъ угломъ вѣнечный шовъ.

По Bischoff'y, Heftler'y, Ecker'y, Broca, задняя вѣтвь сильвіевой борозды идетъ вдоль височно-теменного шва, по Horsley'ю, Poirier, Le Fort'y — немного выше этого шва, по Turner'y — немного ниже его. По Chipault, отклоненія отъ линіи шва, во всякомъ случаѣ, ничтожны. Это — на протяженіи 4 — 5,0 сант. отъ точки дѣленія Сильвіевой борозды. Далѣе кзади борозда отходитъ отъ шва и направляется къ точкѣ, находящейся немного ниже и кзади отъ теменного бугра.

По Horsley'ю, мѣсто выхода Сильвіевой борозды на наружную поверхность мозга находится на серединѣ линіи, соединяющей stephanion (мѣсто пересѣченія lin. temporalis съ вѣнечнымъ швомъ) съ серединою верхняго края скуловой дуги.

По Reid'y, передній конецъ Сильвіевой борозды на наружной поверхности мозга соотвѣтствуетъ точкѣ, находящейся на 3,1 сант. ($1^1/_4$ поперечн. палецъ) кзади отъ наружнаго глазничнаго отростка, задній конецъ борозды — на 1,9 сант. ($^3/_4$ поперечн. пальца) ниже теменнаго бугра; начало передней восходящей вѣтви—на 1,9 сант. ($^3/_4$ пальца) кзади о начальной точки.

По Fr. Merkel'ю (Handbuch der topographischen Anatomie, Bd. I), мѣсто дѣленія Сильвіевой борозды на вѣтви находится на 4—4,5 сант. выше средины скуловой дуги. Тотчасъ надъ этимъ мѣстомъ находится мѣсто соединенія теменной кости, большого крыла клиновидной кости и чешуи височной кости.

Сильвіева борозда образуетъ, по Charpy, съ горизонтальною линіею уголъ 25 — 30°, а съ бороздою Rolando — 48—50°.

Топографія лобной доли, по Waldeyer'y. Верхнемедіальный и нижнелатеральный край ея опредѣлены уже при описаніи границъ полушарія. Нижняя поверхность лежитъ на сводѣ глазницы. Задняя граница всей лобной доли—роландова борозда лежитъ въ предѣлахъ теменной кости, позади вѣнечнаго шва. Вся восходящая лобная извилина (gyrus praecentralis) съ ея переднею границею—sulcus praecentralis находится позади вѣнечнаго шва. Вѣнечный шовъ пересѣкаетъ корни трехъ

горизонтальныхъ лобныхъ извилинъ. Такимъ образомъ, лобная доля прилегаетъ извнутри къ лобной и теменной костямъ; Только мѣсто дѣленія сильвіевой борозды, съ прилегающимъ къ нему небольшимъ участкомъ 3-й лобной извилины прилегаетъ къ верхнему углу большого крыла клиновидной кости (см. рисунокъ, изображающій черепъ и мозгъ сбоку; рис. этотъ заимствованъ у G. D. Thane: «Quains elements of anatomy», X ed. Appendix. London, 1896).

Положеніе отдѣльныхъ бороздъ и извилинъ лобной доли Waldeyer опредѣляетъ такъ: ширина предцентральной (восходящей лобной) борозды=1.8—2,0 сант. (по Thane—1,5 сант.); зная положеніе Роландовой борозды (напр.,—разстояніе ея отъ вѣнечнаго шва) и отсчитывая кпереди отъ нея поперечникъ восходящей лобной борозды, мы получимъ представленіе о положеніи. Верхняя лобная борозда отстоитъ отъ срединной линіи на ширину указательнаго пальца.

По Reid'y, верхняя лобная борозда соотвѣтствуетъ линіи, проведенной отъ надглазничнаго отверстія параллельно срединной линіи до точки, отстоящей на 1,4 сант. кпереди отъ Роландовой линіи. Предцентральная борозда проходитъ на 2,0 сант. кверху—на 1,0 внизу позади вѣнечнаго шва, по Dana,—на 0,9 сант. вверху и на 2,0 сант. внизу, по Horsley'ю—непосредственно позади шва.

Гефтлеръ опредѣляетъ положеніе предцентральной борозды (вертикальной лобной борозды Ecker'a) такъ: начало ея (нижній конецъ) приходится посерединѣ между переднею вѣтвью Сильвіевой борозды и Роландовой борозды, чаще ближе къ послѣдней. Этотъ нижній конецъ ея большею частью отстоитъ отъ горизонтальной вѣтви Сильвіевой борозды на нѣсколько миллиметровъ. Нижній конецъ предцентральной борозды отстоитъ на 1 сант. кзади вѣнечнаго шва, верхній конецъ—на 2—4 сант. (въ среднемъ).

По Müller'y, латеральная часть предцентральной борозды отстоитъ на 1 сант. (приблизительно), медіальная часть—на 2—4 сант. отъ вѣнечнаго шва.

По Horsley'ю, нижняя часть предцентральной борозды начинаясь около Сильвіевой борозды идетъ параллельно вѣнечному шву (тотчасъ позади его), верхняя же часть изгибается кзади нѣск. менѣе. Нижняя лобная борозда, по Horsley'ю, отходитъ отъ восходящей лобной извилины приблизительно у stephanion, борозда направляется кпереди, по Müller'y, вдоль linea semicircularis.

Нижняя лобная борозда, по Гефтлеру, начинается большею частью совпадая съ полукружною линіею черепа.

Разстояніе верхней лобной борозды отъ срединной линіи мозга, по Гефтлеру большею частью неодинаково въ обѣихъ полушаріяхъ; оно=въ среднемъ 2,5 сант. и болѣе въ сам. широк. мѣстѣ верхней извилины приближаясь къ переднему концу доли, ширина верхней лобной извилины постепенно уменьшается иногда—до 1 сант.

Вторая (средняя) лобная извилина шире верхней и всѣхъ вообще лобныхъ извилинъ.

По Merkel'ю, при опредѣленіи положенія нижней лобной извилины можно ориентироваться, руководствуясь топографическимъ положеніемъ Сильвіевой борозды.

Центръ лобнаго бугра, по Ch. Féré, соотвѣтствуетъ у взрослыхъ первой лобной бороздѣ или первой лобной извилинѣ, у маленькихъ дѣтей—серединѣ второй лобной извилины.

По Poirier (Topographie crânio-encéphalique 1891) и у дѣтей, и у взрослыхъ это мѣсто совпадаетъ съ границею внутренней и двухъ наружныхъ третей второй лобной извилинъ; изъ 20 случаевъ оно совпало въ его изслѣдованіяхъ съ первою лобною бороздою. То-же по Broca.

По Merkel'ю, лобный бугоръ соотвѣтствуетъ границѣ между верхнею и среднею лобными извилинами.

Височная доля. Верхняя и нижняя, передн. и задняя границы ея опредѣляются положеніемъ задней вѣтви сильвіевой борозды и общими границами полушарія, остается опредѣлить положеніе височныхъ бороздъ и лежащихъ между ними извилинъ. Для этого важно помнить, что ширина первой (верхней) височной извилины=2,0 сант. (по Waldeyer'y); слѣдовательно, на такомъ разстояніи подъ Сильвіевою бороздою проходитъ верхняя височная борозда, такъ называемая fissura parallela; задній конецъ ея загибается кверху. Его окружаетъ чрезвычайно важная въ діагностикѣ мозговыхъ пораженій угловая извилина (gyrus angularis, pli courbe); эта извилина прилегаетъ сзади къ мѣсту, соотвѣтствующему теменному бугру, располагаясь при этомъ нѣсколько выше его, нижняя височная борозда, раздѣляющая среднюю и нижнюю височныя извилины, проходитъ на одинаковомъ разстояніи отъ параллельной борозды и отъ нижнелатеральнаго края доли.

По Reid'y, Dana и др., параллельная борозда проходитъ на 1 поперечный палецъ ниже Сильвіевой борозды, а нижняя (вторая) височная борозда на $^3/_4$ поперечныхъ пальца ниже параллельной борозды.

По Poirier, параллельная борозда лежитъ ниже Сильвіевой на 1,2—1,5 сант.

Теменная доля. Передняя, восходящая часть ея чаходится, по Thane, на разстояніи 1,5 сант. отъ роландовой борозды, по Waldeyer'y—на разстояніи 2,0 сант. Длинная горизонтальная часть отстоитъ отъ срединной линіи на 4,5 сант. (ближе къ ламбдовидному шву—на разст. 3,3 сант.). Борозда касается верхняго края теменного бугра.

Sulcus interparietalis начинается, по Hare'y, на разстояніи 2,5 сант., по Reid'y—на разстояніи, 1,94 сант. кзади отъ средней трети Роландовой борозды.

По Poirier, долька угловой извилины находится на линіи, проходящей отъ вершины роландовой борозды къ asterion (мѣсто соединенія ламбдовиднаго и сосцевиднаго швовъ); точка, находящаяся на 1,5 сант. выше точки пересѣченія этой линіи съ глазнично-ламбдовидною линіею. Сама угловая извилина (le pli courbe) находится на 2 сант. кзади отъ мѣста пересѣченія этихъ двухъ линій.

Теменной бугоръ, по Huschke и др., соотвѣтствуетъ gyr. supramarginal. Waldeyer опредѣляетъ его топографическія отношенія согласно съ Huschke.

По Turner'y, теменной бугоръ постоянно соотвѣтствуетъ въ точности долькѣ угловой извилины, по Pozzi—ея верхней трети.

Chipault считаетъ эту опорную точку слишкомъ ненадежною.

По Merkel'ю, съ теменнымъ бугромъ совпадаетъ на коротком протяженіи gyrus supramarginalis, прежде чѣмъ отъ нея отойдетъ перемычка къ нижней теменной долькѣ.

По Starr'y (см. рис. на стр. 11-й нѣмецкаго изданія) задній конецъ Сильвіевой борозды находится тотчасъ подъ теменнымъ бугромъ (на разстояніи $^3/_4$). Тотчасъ позади бугра находится gyrus angularis. Huschke называетъ нижнюю теменную дольку «lobus tuberis».

По Horsley'ю, задній конецъ Сильвіевой борозды почти доходитъ до центра теменного бугра.

По Reid'y, бугоръ находится на 1,9 сант. выше задняго конца Сильвіевой борозды.

Затылочная доля.

Затылочно-теменная борозда, по Starr'y и др., опредѣляется пересѣченіемъ Сильвіевой линіи съ серединною линіею черепной крышки.

По Müller'y, она почти всегда совпадаетъ съ мѣстомъ соединенія ламбдовиднаго и стрѣловиднаго шва, рѣже располагается нѣсколько кпереди отъ этого мѣста.

По Horsley'ю, эта борозда лежитъ обыкновенно на 0,2—0,3 сант., кпереди отъ малаго родничка, по Oppenheim'y—на 1,0—1,2 сант. выше ламбды.

По Merkel'ю, конецъ fiss. ocipit. perpendicularis, выходящій на латеральную поверхность полушарія, или совпадаетъ съ верхушкою ламбдовиднаго шва, или находится на нѣсколько миллиметровъ выше ея.

Что касается положенія верхушки ламбдовиднаго шва, которою мы оріентируемся при опредѣленіи затылочно-теменной борозды, то эта точка находится, по Poirier и др., на 6—7 сант. выше наружнаго затылочнаго бугра (inion).

Отношеніе мозговыхъ извилинъ и бороздъ къ ушной раковинѣ.

По Starr'y (рис. на 11-й страницѣ нѣмецкаго изданія) перпендикуляръ, проведенный черезъ нижній конецъ Роландовой борозды, проходитъ приблизительно передъ переднимъ краемъ ушной раковины, очень близко къ нему. Перпендикуляръ, проведенный черезъ задній конецъ Сильвіевой борозды и верхній конецъ Роландовой борозды, проходитъ на нѣкоторомъ разстояніи позади отъ задняго края ушной раковины. Верхній край ея лежитъ въ области нижняго края первой височной борозды (на серединѣ между переднимъ и заднимъ концами ея).

По Müller'y, вершина раковины лежитъ въ области задне-нижняго квадранта теменной кости, задне-верхній уголъ раковины—въ углу теменной кости, прилегающемъ къ чешуѣ височной кости.

Krönlein'овскій способъ нанесенія на головѣ линіи, наиболѣе важныхъ для топографическихъ опредѣленій. (Krönlein. Zur cranio—cerebralen Topographie. 1898). Waldeyer говоритъ по поводу этого способа, что онъ даетъ возможность наиболѣе простыми средствами достигнуть наиболѣе совершенныхъ результатовъ.

Krönlein проводитъ двѣ горизонтальныхъ линіи: нижняя изъ нихъ—linea auriculo-orbitalis (нѣмецкая горизонтальная); верхняя проводится параллельно ей черезъ середину надглазничнаго края; это—linea horizontalis supraorbitalis. Затѣмъ, проводятся три вертикальныхъ линіи: передняя—черезъ середину скуловой дуги (linea verticalis zygomatica); средняя—черезъ центръ челюстнаго сустата (linea verticalis articularis); задняя черезъ задній край сосцевиднаго отростка (linea verticalis retromastoidea). Наконецъ, проводятъ двѣ косыя линіи. Верхняя изъ нихъ идетъ отъ точки пересѣченія передней вер-

тикальной съ верхней горизонтальной линіи до точки пересѣченія задней вертикальной со срединною линіею. Эта линія (linea obliqua Rolandica) опредѣляетъ положеніе Роландовой борозды. Дѣлятъ уголъ, образуемый ею съ верхнею горизонтальною линіею пополамъ и получаютъ вторую косую линію—linea Sylvii. Пересѣченіе верхней косой съ среднею вертикальною линіей соотвѣтствуетъ нижнему концу Роландовой борозды.

Практическое примѣненіе схемы Krönlein'a: составляется измѣрительный приборъ изъ взаимно-перпендикулярныхъ полосъ: двухъ горизонтальныхъ и трехъ вертикальныхъ. Полосы эти передвижныя, такъ что разстояніе ихъ другъ отъ друга можно измѣнять по произволу. У мѣста соединенія передней вертикальной полосы. (linea verticalis zygomatica) и верхней горизонтальной (linea horizontalis supraorbitalis) начинается косая полоса (linea Rolandica), вращающаяся благодаря шарнирообразному соединенію. Уголъ вращенія ея опредѣляется при помощи прикрѣпленнаго въ этомъ мѣстѣ транспортира. Такимъ образомъ, наложивъ сѣть измѣрительныхъ полосъ на поверхность черепа и перемѣстивъ полосы такъ, чтобы онѣ совпали съ опознавательными точками схемы Krönlein'a, мы найдемъ вѣрное направленіе роландовой линіи, и верхній и нижній концы ея, Отсчитавъ получающійся при этомъ уголъ и раздѣливъ его пополамъ, мы можемъ провести нижнюю косую линію, совпадающую съ положеніемъ Сильвіевой борозды.

Дѣйствіе пуль на черепъ и мозгъ.

Раненія черепа, изучавшіяся мною въ госпиталяхъ, большею частью являлись примѣрами сквозныхъ раненій. Сливались ли оба отверстія въ одно, или находились на далекомъ разстояніи одно отъ другого,—пуля не оставалась въ черепной полости, но пролетала дальше. Сопоставляя мѣстныя поврежденія мозга — въ томъ видѣ, какъ я представлялъ ихъ себѣ на основаніи топографіи черепныхъ раненій — съ наблюдавшимися у раненаго разстройствами, я предполагалъ, что прорѣзая черепную полость, пуля можетъ вызвать мѣстныя поврежденія, симптоматоматологія которыхъ меня главнымъ образомъ и интересовала; весь же мозгъ in toto и весь черепъ

съ его содержимымъ испытываетъ на себѣ дѣйствіе травмы въ гораздо меньшей степени. Поэтому, симптомы мѣстнаго поврежденія мозга по ходу пулевого канала должны обнаруживаться гораздо ярче и оказываться гораздо болѣе упорными, чѣмъ симптомы травмы остальныхъ частей мозга.

Что у меня были основанія предполагать это, — показываетъ не только изученіе симптоматологіи случаевъ, но также и экспериментальныя изслѣдованія наблюденія разныхъ авторовъ; сошлюсь лишь на нѣсколько изслѣдованій, касающихся дѣйствія современныхъ огнестрѣльныхъ раненій на черепъ и его содержимое.

Много интересныхъ подробностей о дѣйствіи пулевыхъ раненій я нашелъ въ работѣ В. А. Тиле «Критическій обзоръ ученія о механическомъ дѣйствіи современныхъ пуль на ткани животнаго тѣла».

Онъ предполагаетъ не гидравлическій разрывъ черепа, но неравномѣрное давленіе мозга извнутри in toto или послѣ распаденія его на части; это давленіе Т. называетъ «полостнымъ» или «толчковымъ». Уже опыты со стрѣльбою въ черепа съ трепанаціоннымъ отверстіемъ показываютъ, что, если пуля попадаетъ около отверстія, давленіе передается главнымъ образомъ впередъ косо, но не во всѣ стороны равномѣрно: напр., мозгъ не выпячивается въ трепанаціонное отверстіе (т. е. кзади), куда по гидравлической теоріи долженъ былъ бы выпятиться, не встрѣчая здѣсь никакого сопротивленія. Даже твердая оболочка въ этомъ мѣстѣ оказывается цѣлою. На разстояніи 500—1000 метровъ оболочечная пуля дѣлаетъ дырчатый переломъ черепа съ массою трещинъ вокругъ входного и выходного отверстій. Въ поясѣ 1000—2000 метровъ. Осколки только около входного отверстія.

Осколки черепа (въ томъ числѣ—масса мельчайшихъ кусочковъ кости) внѣдряются въ мозгъ и увеличиваютъ область непосредственнаго поврежденія мозга пулею, но главнымъ образомъ—около входного отверстія.

Оболочечныя пули малаго калибра (8-миллиметровыя) даютъ мѣстныя поврежденія мозга по ходу канала, но деформація или измѣненіе правильности полета пули совершенно мѣняетъ дѣло и имѣетъ послѣдствіемъ обширныя поврежденія черепа и мозга. Такъ бываетъ, напр., при рикошетныхъ раненіяхъ.

Опыты И. П. Ильина со стрѣльбою въ мертвыя го-

ловы изъ 3-линейной русской винтовки показываютъ слѣдующее:

При стрѣльбѣ съ 12 шаговъ въ головы съ сохраненными при нихъ верхними отдѣлами позвоночниковъ или въ головы съ открытымъ большимъ затылочнымъ отверстіемъ получается два черепныхъ отверстія и размозженіе мозговой ткани по направленію пулевого канала; область размозженія увеличивается по мѣрѣ приближенія къ выходному отверстію; въ остальномъ мозгъ остается интактнымъ. Что касается черепа, то отъ обоихъ отверстій его отходятъ трещины, вокругъ раны кость раздробляется на множество осколковъ; величина осколковъ черепного свода уменьшается, а число— увеличивается по мѣрѣ приближенія къ выходному отверстію. Къ такому выводу привела 1-я серія опытовъ — съ сохраненіемъ нормальнаго содержимаго черепа и съ выстрѣлами на близкомъ разстояніи (12 шаговъ).

Въ 6-й серіи опытовъ стрѣльба велась съ 150 шаговъ и редуцированными зарядами, т. е. зарядами, въ которыхъ количество пороха уменьшено съ цѣлью достигнуть меньшей скорости и получить раненія, аналогичныя съ тѣми, которыя вызываются выстрѣлами съ далекихъ разстояній. Получалось меньшее число трещинъ и осколковъ у входного и выходного отверстій, размозженіе мозга вдоль пулевого канала, увеличивающееся по направленію къ выходу. Въ остальномъ мозгъ интактенъ.

Подводя итогъ всѣмъ своимъ опытамъ, И. говоритъ: «при выстрѣлахъ уменьшенными зарядами разрушеніе черепа прямо пропорціонально величинѣ заряда и, слѣдовательно, обратно пропорціонально разстоянію. Чѣмъ больше разстояніе, тѣмъ количество осколковъ получается соотвѣтственно меньше и тѣмъ они крупнѣе, но у выхода всегда ихъ больше и они мельче, чѣмъ у входа. Трещины на основаніе черепа не распространяются. При разстояніи до 3000 шаговъ получается дырчатый переломъ съ 2—3, длиною 7—10 сант., лучеобразно отходящими отъ выходного отверстія трещинами. Поврежденіе мозга у входнаго отверстія нѣсколько больше діаметра пули и затѣмъ постепенно воронкообразно увеличивается къ выходу. Въ остальномъ мозгъ, повидимому, остается цѣлъ. Разрушеніе мозга очень обширно въ случаѣ деформаціи пули или при неправильномъ полетѣ (кувырканіи) пули. Твердая

мозговая оболочка получаетъ по нѣсколько разрывовъ преимущественно вблизи выхода и рвется соотвѣтственно степени разрушенія костей.

Если пуля пролетаетъ черезъ черепъ не по срединной оси, а ближе къ периферіи, поврежденіе не распространяется по стѣнкамъ черепа равномѣрно во всѣ стороны, но сосредоточивается въ части черепа, ближайшей къ пулевому каналу. Чѣмъ ближе каналъ находится отъ стѣнокъ черепа, тѣмъ ограниченнѣе ихъ разрушеніе. Это, между прочимъ, не согласуется съ теоріей гидравлическаго разрывного дѣйствія пулевыхъ раненій черепа.

Изъ разнообразныхъ видоизмѣненій опытовъ (черепъ съ мозгомъ, черепъ, наполненный сухимъ и мокрымъ пескомъ, желатиною, водою, пустой и т. п) наибольшую аналогію съ черепами, наполненными мозгомъ, представляютъ черепа, наполненные желатиною. Поврежденіе костей и количество осколковъ такое же, какъ и въ первомъ случай. Не только костный черепъ, но и сама желатина не разрушается при этомъ равномѣрно во всѣхъ направленіяхъ: желатина разрушается только вдоль пулевого канала, ширина котораго не превосходитъ поперечника пули.

Наполненіе черепа мозговою массою оказываетъ большое вліяніе на разрушеніе черепа: въ пустыхъ черепахъ при прочихъ равныхъ условіяхъ получается лишь ограниченное поврежденіе. Но отъ присутствія мозга зависитъ не гидравлическое дѣйствіе раненія, а сотрясеніе всей мозговой массы въ видѣ волнообразнаго движенія преимущественно по направленію приложенія силы. Сравненіе съ опытами выстрѣловъ непосредственно въ мозгъ (черезъ трепанаціонныя отверстія), показываетъ, что сами стѣнки черепа сильно вліяютъ на общій разрушительный эффектъ пулевого раненія: при выстрѣлахъ черезъ костныя стѣнки разрушеніе черепа гораздо больше, чѣмъ при выстрѣлахъ черезъ трепанаціонное отверстіе.

Въ дѣлѣ разрушенія первенствующую роль играютъ сами кости, именно ихъ физическія свойства, если при этомъ онѣ находятся въ сочетаніи съ мозговымъ содержимымъ, при чемъ получаются самыя лучшія условія для затраты живой силы, идущей на обширность разрушенія».

Возвращаясь къ характеристикѣ разрушеній въ области

входного и выходного отверстій, можно напомнить, что разрушеніе черепа всегда больше у выходного, чѣмъ у входного отверстія, и что это не зависитъ не только отъ содержимаго черепа, но и отъ дальности разстоянія, съ котораго сдѣланъ выстрѣлъ (или отъ силы заряда).

Точно также проф. Е. В. Павловъ, много потрудившійся для разъясненія дѣйствія пулевыхъ раненій черепа, совершенно отвергаетъ теорію гидравлическаго дѣйствія; первоначальный ударъ по костной стѣнкѣ черепа даетъ въ результатѣ нѣсколько расходящихся трещинъ и дырчатый переломъ. Проходя черезъ мозгъ и вызывая сотрясеніе его, пуля вызываетъ дальнѣйшее растрескиваніе стѣнокъ черепа, оказывающихъ теперь уже меньшее сопротивленіе, чѣмъ нетронутый черепъ. Трещины, имѣющія исходнымъ мѣстомъ входное отверстіе, представляютъ правильный узоръ перекрещивающихся лучей и круговыхъ кольцъ; и выходного отверстія большею частью получается неправильное разрушеніе съ массою мелкихъ осколковъ, такъ какъ здѣсь уже полетъ пули измѣненъ, пуля успѣла отклониться отъ прямого направленія верхушкою впередъ и могла деформироваться. Трещины задняго отверстія правильны въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, когда пуля, пробивая заднюю стѣнку черепа, сохранила правильное направленіе и не деформировалась нисколько. («О механизмѣ костныхъ поврежденій черепа»—сообщ. Е. В. Павлова).

Въ своей монографіи о боевыхъ качествахъ пуль проф. Павловъ обращаетъ вниманіе на то, что при близкихъ выстрѣлахъ черепъ повреждается съ особенною силою вслѣдствіе того, что сочные, нѣжные элементы мозговой ткани соединены между собою не такъ плотно, какъ элементы мышцъ, клѣтчатки или кожи, и потому пуля, встрѣчая сильное сопротивленіе для своего полета, легко можетъ передавать пріобрѣтенный запасъ живой силы на периферію: при этомъ мозговыя раны обширны и расколы черепа обширны, получается 60 — 70 осколковъ, если же пуля деформировалась,—115—120 осколковъ. Это—при раненіяхъ въ первомъ и второмъ поясѣ дѣйствія огня. На особенно далекихъ разстояніяхъ дѣлаются уже возможными чистыя, ограниченныя раненія череповъ, безъ расколовъ: мало трещинъ, трещины короткія.

Если при извѣстныхъ условіяхъ пуля, пронизывая черепа, можетъ вызвать только ограниченныя поврежденія, то лишь

при правильномъ полетѣ; разъ онъ измѣненъ, ось пули не совпадаетъ больше съ линіею ея полета или пуля куверкается,—разрушительное дѣйствіе ея дѣлается чрезвычайно обширнымъ и тяжелымъ; то-же самое происходитъ, если пуля деформируется. Въ свою очередь, это можетъ зависѣть отъ устройства самой пули, или же отъ встрѣченныхъ его на пути препятствій, напр. отъ удара о земляную насыпь, о камень и т. п. (рикошетныя раненія).

Наблюденія В. А. Тиле (1 случ. раненія человѣка и опыты на животныхъ) показываютъ, что «черепъ размножается отъ оболочечныхъ пуль далеко не всегда: если пуля не деформируется и летитъ правильно, если при этомъ она пронизываетъ небольшой сегментъ мозга, то остальная мозговая масса и черепная коробка не разрушаются».

Ф. К. Веберъ, описывая свои наблюденія во время послѣдней трансваальской войны отмѣчаетъ большую ограниченность дѣйствія современныхъ оболочечныхъ пуль сравнительно со сплошными: благодаря большей скорости вращенія и большей правильности полета (меньшимъ отклоненіямъ въ стороны) пуля быстрѣе пронизываетъ тѣло и не имѣетъ времени отдать значительную часть своей живой силы окружающимъ тканямъ: въ костяхъ получается меньше крупныхъ трещинъ, въ кожѣ и мышцахъ получаются круглые или овальные дефекты. Но на близкихъ разстояніяхъ получаются обширныя поврежденія вслѣдствіе гидродинамическаго дѣйствія.

Говоря о сравнительно благопріятномъ характерѣ наблюдавшихся пулевыхъ раненій, д-ръ Веберъ говоритъ, что консервативные методы леченія выступали на первый планъ, но поврежденія черепа составляютъ исключенія въ виду массы мелкихъ осколковъ, которые внѣдряются въ мозгъ и должны быть извлечены оттуда, для чего приходится расширять черепную раку.

Т. к. пуля пронизывала тѣло очень быстро и могла отдать имъ мало своей живой силы, то поврежденія не выходили, за предѣлы пулевого канала, ушибы сосѣднихъ съ нимъ частей были совершенно ничтожны. Поэтому стѣнки канала менѣе подвергались зараженію микроорганизмами и, сохраняли бо́льшую жизнеспособность, благодаря чему заживленіе, раны происходило лучше и совершеннѣе.

Говоря о малокалиберныхъ оболочечныхъ пуляхъ, В. имѣетъ

въ виду пули ружей двухъ системъ: Lee Metford'a и Mauser'a. Дальнобойность обоего рода ружей достигала 3000 метровъ, настильность была оч. велика, поперечникъ пуль=7,7 (Lee Metf.) и 7,5 (Maus.), конецъ конически съуженъ, оболочка—мѣдно-никелевая, сердечникъ свинцовый, число оборотовъ $1''=\frac{1}{2475}$ (Lee Metf.) и $\frac{1}{2660}$ (Mauser).

Относительно раненій черепа нужно замѣтить слѣдующее: при раненіяхъ на разстояніи, не превышавшемъ 1600 метр., получается масса трещинъ, зависящихъ не отъ гидравлическаго дѣйствія (передача давленія во всѣ стороны черезъ нажимаемую жидкость), такъ какъ оболочечная пуля пролетаетъ сквозь черепъ слишкомъ быстро—въ $0'',001$, но отъ такъ называемаго гидродинамическаго дѣйствія (сильнѣе всего—по направленію полета пули). При раненіяхъ съ болѣе далекаго разстоянія получались ровныя пулевыя отверстія безъ трещинъ и осколковъ.

Раненія черепа въ войнѣ, о которой идетъ рѣчь, по В., сопровождались размозженіемъ мозга и въ громадномъ большинствѣ случаевъ — моментальною смертью, если выстрѣлъ былъ сдѣланъ на близкомъ или среднемъ разстояніи.

Болѣе половины убитыхъ, найденныхъ на полѣ сраженія, оказывались ранеными въ голову. Если не моментальная смерть, то во всякомъ случаѣ, долго длившееся безсознательное состояніе.

«Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ раненые въ черепъ выживали, имѣлись пораненія на далекомъ разстояніи, или же пуля проходила черезъ черепъ по касательной, повреждая только периферическую часть черепной покрышки и мозгового вещества».

Затѣмъ, В. останавливаетъ вниманіе на длинѣ пулевого канала,—на разстояніи отъ входного отверстія до выходного. Чѣмъ оно больше, тѣмъ больше энергіи успѣваетъ отдать пуля пронизываемымъ органамъ, слѣдовательно — тѣмъ обширнѣе разрушительное дѣйствіе ея. Это имѣетъ такое огромное значеніе, что напр., поврежденія черепа отъ передней до задней стѣнки его В. считаетъ безъусловно смертельными: «Мнѣ не пришлось видѣть, ни слышать», говоритъ онъ, «о случаѣ гдѣ пуля проникла бы сквозь черепъ въ переднезаднемъ направленіи и раненый остался бы въ живыхъ».

Въ наблюдавшихся имъ периферическихъ пораненіяхъ черепа и мозга В. видѣлъ потерю сознанія на нѣсколько дней.

Пулевыя отверстія: входное и выходное мало отличались другъ отъ друга; разрыва пулевой оболочки не бывало. Нѣкоторые случаи осложнялись образованіемъ гнойника въ мозгу, но всегда—ограниченнаго и поверхностнаго. Только въ одномъ случаѣ гной проникъ въ желудочекъ мозга и дѣло окончилось смертью.

Симптомы разрушенія мозгового вещества (мѣстнаго и поверхностнаго) и образованія нарыва (также) во всѣхъ случаяхъ, кромѣ упомянутаго, существовали лишь временно; состояніе раненыхъ быстро улучшалось, параличи при леченіи массажемъ и электризаціей постепенно проходили.

При сообщеніи д-ра Вебера о его наблюденіяхъ въ Пироговскомъ Русскомъ Хирургическомъ Обществѣ 20 сентября 1900 г. ему былъ предложенъ рядъ дополнительныхъ вопросовъ и высказаны нѣкоторыя замѣчанія, въ томъ числѣ и относящіяся къ черепнымъ раненіямъ. Послѣднихъ коснулись больше всего замѣчанія В. А. Тиле. Онъ, присоединившись вполнѣ къ мнѣнію автора о непригодности гидравлической теоріи поврежденій черепа и напомнивъ объ опытахъ со стрѣльбою по черепамъ, наполненнымъ мозгомъ или пескомъ (результатъ въ этихъ двухъ опытахъ одинаковъ), указалъ на то, что здѣсь удобнѣе всего говорить о «толчковомъ дѣйствіи».

По А. Д. Павловскому, раненія черепа въ японскую войну отличались обыкновенно тяжелымъ характеромъ, сопровождались обширными раздробленіями костей, кровоизліяніями, разбрасываніемъ мозгового вещества, трещинами основанія черепа, зараженіемъ содержимаго черепа стафилококками и стрептококками.

Но въ то-же время, проф. Павловскій наблюдалъ рядъ случаевъ раненія черепа (глухихъ и сквозныхъ: тангенціальныхъ, діагональныхъ, поперечныхъ, сагиттальныхъ) безъ трещинъ основанія, окончившихся при асептическомъ леченіи благополучно.

По Р. Р. Вредену, всѣ раненія черепной полости на разстояніи приблизительно до 200 шаговъ безусловно смертельны; на разстояніи 100 шаговъ сносится большая черепной крышки вмѣстѣ съ покровами и мозгомъ. Начиная съ 200 шаговъ тангенціальные выстрѣлы допускаютъ выздоров-

ленія, число которыхъ пропорціонально разстоянію, съ котораго произведенъ выстрѣлъ. Но пронизывающіе черепную полость выстрѣлы даже на разстояніи до 1000 шаговъ обыкновенно ведутъ къ смерти; лишь съ разстоянія 2000 шаговъ начинаются: сквозные, дырчатые переломы черепа, допускающіе выздоровленіе.

По Habart'y, разрывное дѣйствіе пуль на кости черепа оканчивается на разстояніи 500 метр., по Bruns'y — на 800 метр.

По J. Huguet (1897 г.), при поврежденіяхъ черепа наблюдаются разрывы мозговыхъ оболочекъ и кровоизліянія въ нихъ; мозгъ при выстрѣлахъ съ небольшого разстоянія подвергается обширному разрушенію и кровоизліянію.

При выстрѣлахъ со значительныхъ разстояній каналъ въ мозгу имѣетъ обыкновенно цилиндрическую форму, просѣтъ уже діаметра пули, стѣнки разорваны и раздавлены. Въ начальной части канала часто встрѣчаются мелкіе осколки (до глубины 4 сант.). Поврежденіе мозга болѣе въ районѣ входного, чѣмъ выходного отверстія: J. Huguet, von Coler, Schjerning.

Собственныя наблюденія.

Исторіи наблюдавшихся случаевъ.

I. Дмитрій Кр—въ, 24 лѣтъ отъ роду, доброволецъ. Раненъ 28 сентября при Шахе, поступилъ въ тыловой госпиталь 6 октября, оперированъ 7 октября.

Раненъ ружейною пулею навылетъ; входное отверстіе—на правой сторонѣ черепа, выходное — на лѣвой. Въ области обѣихъ ранъ мелкооскольчатый переломъ костей; масса мелкихъ подвижныхъ осколковъ костей, выдѣленіе размозженной и смѣшанной съ кровью мозговой массы, загрязненіе ранъ.

Свѣдѣнія, собранныя мною относительно періода, непосредственно слѣдовавшаго послѣ ранепія (въ томъ числѣ — свѣдѣнія, основанныя на разсказахъ самого раненаго).

Будучи раненъ во время боя, К. не почувствовалъ боли и не потерялъ сознанія; онъ пошелъ впередъ, но вдругъ почувствовалъ, что дальше итти не можетъ и принужденъ былъ схватиться за дерево. Дальше онъ уже ползъ. Почувствовалъ, что слабѣетъ, но разсердившись, что не стрѣлялъ по японцамъ, а они его подстрѣлили, рѣшилъ не уходить на перевязочный пунктъ и продолжалъ черезъ силу ползти дальше. Почувствовалъ, какъ его подхватили санитары и понесли, а что было дальше — не помнитъ вплоть до того времени, когда находясь уже въ одномъ изъ тыловыхъ госпиталей, очнулся.

До-операціонный періодъ: полусознательное, возбужденное состояніе, безпокойное положеніе, сильныя головныя боли, слабый лѣвосторонній гемипарезъ съ участіемъ лицевого нерва (парезъ наиболѣе выраженъ въ области facialis inf., наименѣе—въ ногѣ). съуженіе зрачковъ.

Операція: входъ въ раневыя отверстія расширенъ; найдено раздробленіе костей отъ входного отверстія до выходного; поврежденіе твердой мозговой оболочки на значительномъ протяженіи. Мозговая поверхность въ мѣстѣ раневыхъ отверстій размозжена и смѣшана съ кровью. При удаленіи одного изъ большихъ костныхъ осколковъ она стала выпирать. Масса мелкихъ осколковъ оказались внѣдренными довольно глубоко въ мозгъ. Осколки удалены, края костной раны подровнены, рана затампонирована.

Послѣоперацiонный перiодъ: при первой перевязкѣ (9 октября) найдена мозговая грыжа грибовидной формы. Рана оставалась чистою и заживала безъ другихъ какихъ-либо осложненій, при температурѣ тѣла не выше 38°,7 (одинъ разъ). Общее состояніе больного послѣ операціи стало несравненно лучшимъ, чѣмъ до операціи. Раненый часто заявлялъ, что онъ «зябнетъ».

Болѣе точное *топографическое описаніе ранъ:* входное отверстіе находится на правой сторонѣ головы, въ области asterion, выходное — въ области лѣваго лобнаго бугра. Отношеніе входного отверстія къ теменному бугру; отверстіе чуть-чуть кпереди и ниже праваго теменного бугра, на вертикальной линіи, проведенной черезъ наружный слуховой проходъ. Лѣвое отверстіе соотвѣтствуетъ лобному бугру и области между бугромъ и корнемъ носа.

Симптомы, найденные при подробномъ изслѣдованіи и наблюденіи раненаго въ перiодъ заживленія раны:

1) лѣвосторонній гемипарезъ, преимущественно въ области facialis inferior, затѣмъ—въ рукѣ. Параличъ вялый. Контрактуръ нѣтъ. Движенія руки сопровождаются дрожаніемъ ея и имѣютъ неувѣренный характеръ. Сила мышцъ, быстрота и координація движеній на правой сторонѣ не измѣнена. Развитіе мышцъ на правой сторонѣ отличается отъ развитія ихъ на лѣвой сторонѣ, какъ у здоровыхъ.

2) измѣненія чувствительности: въ лѣвой рукѣ пониженіе стереогностическаго чувства; въ лѣвой ногѣ чувство холода. Мышечное чувство, чувство прикосновенія и давленія, способность локализировать ощущенія, ощущенія тепловыя и холодовыя и болевая чувствительность не измѣнены.

3) Слухъ хуже на правой сторонѣ, въ не особенно рѣзкой степени

4) Острота зрѣнія, границы поля зрѣнія для бѣлаго и другихъ цвѣтовъ, цвѣтоощущеніе, форменное зрѣніе, рефлексы конъюнктивы и роговицы, реакціи зрачковъ, подвижность глазъ, слезоотдѣленіе— какъ у здоровыхъ. Анатомическихъ измѣненій въ органѣ зрѣнія не найдено.

Жалобы, указывающія на диплопію и на фотопсіи.

Раздвоеніе огня свѣчи и заявленіе, что что-то постоянно мерещится, «что-то лѣзетъ въ глаза», особенно къ вечеру.

5) у больного постоянно обращаетъ на себя вниманіе чудовищный аппетитъ, ненасытимость.

Во внутреннихъ органахъ патологическихъ измѣненій не найдено. Психика нормальна.

Относительно *теченія болѣзни* нужно замѣтить слѣдующее: bulimia позже не наблюдалась, по крайней мѣрѣ—въ такомъ рѣзкомъ видѣ, какъ въ начальномъ перiодѣ. Фотопсіи существовали все время. Парезы и измѣненія чувствительности наблюдались все время, хотя и въ меньшей степени, чѣмъ вначалѣ. Судорожныя явленія, контрактуры и т. д. не наблюдались. Повторное изслѣдованіе нервной системы, органовъ чувствъ, внутреннихъ органовъ, мышечной системы и т. д., а равно и изученіе душевнаго состоянія раненаго какихъ-либо новыхъ патологическихъ признаковъ не открывало. Рана заживала хорошо и безъ осложненій. Раненый эвакуированъ.

II. Петръ Фр. Раненъ 27 сентября при Шахе. Поступилъ въ тыловой госпиталь 29 сентября. Раненъ ружейною пулею. Оба отверстія находятся на лѣвой сторонѣ головы.

Первоначальный перiодъ (тотчасъ послѣ ранѣнія): Будучи раненъ, Ф. услышалъ: «эхъ, Ф. убили, братъ, тебя!», и не успѣвъ отвѣтить на это, впалъ въ безсознательное состояніе. Вскорѣ очнулся въ окопѣ. Носильщики донесли до передового перевязочнаго пункта. Пытаясь встать на ноги, Ф. замѣтилъ, что правыя конечности не повинуются его волѣ и что лѣвыя конечности сдѣлались нечувствительными. Онъ попробовалъ итти, держась за стѣну фанзы, но опять споткнулся и упалъ. Ф. попытался снова стать на ноги, и снова упалъ. Наконецъ ему удалось съ помощью другихъ солдатъ добраться до главнаго перевязочнаго пункта, гдѣ вторично лишился чувствъ. Послѣ этого онъ очнулся уже въ одномъ изъ тыловыхъ госпиталей.

До-операцiонный перiодъ въ госпиталѣ: возбужденное состояніе; рѣчь замедлена; признаки афазіи: больной не можетъ правильно выговорить свою фамилію, говоря вмѣсто нея искаженныя слова: «Чей», «Фрачоръ», «Форъ» и т. п. По временамъ терялъ сознаніе. Называя свою часть, говоритъ «Герскаго полка». Обращаетъ на себя вниманіе забывчивость больного. Правыя конечности въ состояніи пареза. Температура тѣла умѣренно повышена: до 37,8 и 38,2 R. Подергиванія правой руки.

На слѣдующій день по прибытіи больной *оперированъ*. Рана удлинена. Внѣдрившіеся въ мозгъ осколки извлечены. Рана затампонирована. Края костной раны сглажены.

Послѣ операціи сознаніе совершенно прояснилось. Парезъ уменьшился. Подергиванія правой руки стали замѣчаться рѣже и въ менѣе сильной степени.

Данныя моихъ повторныхъ изслѣдованій и наблюденій въ перiодъ заживленія раны. Положеніе раневыхъ отверстій: входное отверстіе тотчасъ передъ лѣвымъ теменнымъ бугромъ, выходное— отступя на 1 сант. кзади отъ ламбдовиднаго шва; отъ входного до выходного отверстія кость раздроблена.

Симптомы: 1) Правосторонній гемипарезъ вялаго характера, съ подергиваніями руки, безъ контрактуръ. Колѣнный рефлексъ повышенъ; остальные: на рукѣ получаются сухожильные рефлексы, рефлексы нижн. конечн.—какъ у здоровыхъ.

2) Полная утрата стереогностическаго чувства въ правой рукѣ, пониженіе мышечнаго чувства и чувства прикосновенія, давленія и локализаціонной способности. Тепловая и холодовая чувствительность—какъ у здоровыхъ. Анэстезія описаннаго типа распространяется на правую половину груди, гдѣ граница ея неправильна. Въ правой ногѣ понижена чувствительность главн. образомъ въ

области, начинающейся внизъ отъ нижней трети бедра. На лицѣ чувствительность не измѣнена.

3) Пониженіе слуха на правой сторонѣ.

4) Ограниченіе поля зрѣнія для обоихъ глазъ справа и снизу.

Въ остальныхъ отношеніяхъ изслѣдованіе состоянія и функцій органа зрѣнія не обнаружило аномалій.

Дальнѣйшее наблюденіе раненаго не обнаруживало новыхъ симптомовъ. Степень пареза и анэстезіи нѣсколько уменьшилась. Рана заживала безъ осложненій. Эвакуированъ.

III. А., раненъ 30 сентября при Шахе. Рана сквозная: одно отверстіе справа, другое—слѣва въ предѣлахъ затылочной кости. Оскольчатый переломъ и вдавленіе кости. Изъ раны выдѣлялось мозговое вещество, смѣшанное съ кровью.

Въ одномъ изъ тыловыхъ госпиталей было оказано *оперативное пособіе;* рана очищена отъ инородныхъ тѣлъ, размозженныхъ тканей и внѣдренныхъ въ мозгъ костныхъ осколковъ; края костной раны приподняты и выровнены.

Заживленіе раны послѣ этого пошло довольно быстро, безъ осложненій.

Данныя повторныхъ изслѣдованій въ періодѣ послѣопераціонномъ:

Топографія ранъ. Одно изъ отверстій соотвѣтствуетъ серединѣ правой половины затылочной кости; другое находится тотчасъ слѣва отъ наружнаго затылочнаго бугра. Признаковъ нагноенія не замѣтно.

Симптомы. Изслѣдованіе двигательной сферы, чувствительности, психической дѣятельности и состоянія внутреннихъ органовъ не обнаружило патологическихъ измѣненій, за исключеніемъ небольшой общей слабости послѣ перенесенной травмы.

Состояніе и дѣятельность органовъ слуха, обонянія и вкуса не представл. аномалій, уловимыхъ примѣнявшимися способами изслѣдованія.

Анатомическихъ измѣненій при изслѣдованіи глазъ не замѣчено. Функціональныя разстройства сводятся къ пониженію остроты зрѣнія и цвѣтоощущенія въ обоихъ глазахъ безъ рѣзкихъ измѣненій со стороны зрачковъ и ихъ реакцій и со стороны подвижности глазъ и вѣкъ, конвергенціи, аккомодаціи, рефлекторной возбудимости роговой оболочки, склеры и конъюнктивы, и со стороны слезоотдѣленія.

Полная правосторонняя одноименная геміанопсія по отношенію какъ къ бѣлымъ, такъ и къ цвѣтнымъ предметамъ, безъ геміопической реакціи зрачковъ.

Рана продолжала заживать въ дальнѣйшемъ безъ новыхъ осложненій. Эвакуированъ.

IV. *По—въ.* Раненъ ружейною пулею на вылетъ.

Топографія ранъ. Входное и выходное отверстія по обѣ стороны стрѣловиднаго шва. Лѣвое отверстіе находится сант. на 2 кпереди

отъ вертикальной линіи, проходящей черезъ задн. край сосцевиднаго отростка, отстоитъ на 15 сант. кпереди отъ наружнаго затылочнаго бугра, на 17 сант. кзади отъ nasion и на 3—4 сант. отъ стрѣловиднаго шва. Правое отверстіе находится на 4 сант. позади сосцевидной вертикальной линіи, на 10 сант. кпереди отъ protuberantia occipitalis externa, на 22 сант. кзади отъ nasion и на 2—3 сант. въ сторону отъ стрѣловиднаго шва.

При *операціи* были извлечены внѣдрившіеся осколки костей, очищены раны, подровнены ихъ края и наложена тампонада.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ наблюдалось слѣдующее:

1) Правостороняя гемиплегія: правая рука отвисла. Движенія ея при закрытыхъ глазахъ неувѣренны, неточны, слабы и ограничены въ размѣрахъ. Сила правой ноги понижена. Касается ногою назначенной точки при закрытыхъ глазахъ съ трудомъ и неувѣренно. Рефлексы—какъ у здоровыхъ, за исключеніемъ колѣннаго рефлекса правой ноги: на раздраженіе сухожилія extensor cruris quadriceps dex. отвѣчаетъ длительнымъ, повторнымъ и слегка усиленнымъ сокращеніемъ.

2) Чувствительность на правой сторонѣ: правая рука терпнетъ. Болевая чувствительность понижена, осязательная—также; уколы больной принимаетъ за прикосновеніе пальца. То-же самое замѣчается на правой половинѣ лица, шеи, туловища и въ правой ногѣ. Граница анэстезіи проходитъ сантиметровъ на 6 правѣе срединной линіи передней поверхности туловища.

Чувство позъ и движеній въ верхн. и нижн. конечностяхъ сохранено.

3) Лѣвостороннее пониженіе слуха.

4) Безпокойный сонъ.

5) Поле зрѣнія ограничено слѣва. Острота зрѣнія въ лѣвомъ глазу понижена. Зрачки реагируютъ вяло.

Субъективныя зрительныя ложныя ощущенія: «какъ будто что-то лѣзетъ», «ворошится», «мелькаетъ» передъ лѣвымъ глазомъ.

V. З — евъ. Рана нанесена копытомъ лошади (подковою) 17 сант. (передъ этимъ выпилъ).

Доставленъ въ безсознательномъ состояніи. Пульсъ полный, напряженный, замедленный (до 54); зрачки сильно расширены. Найдено поврежденіе обѣихъ теменныхъ костей, преимущ. лѣвой; кости вдавлены; поверхность мозга размозжена и смѣшана съ кровью.

Сдѣлано *оперативное расширеніе* раны. Обнажена кость, въ которой обнаружены трещины; довольно крупные осколки, вдавленные въ мозгъ. Часть ихъ удалена; вдавленныя части кости приподняты. Рана затампонирована.

Послѣопераціонный періодъ. Раненый въ сознаніи. Отвѣчаетъ на вопросы и самъ старается выразить свои мысли и желанія, но пользуется при этомъ только словами: «да» и «нѣтъ». Повторяются приступы судорогъ въ правой половинѣ тѣла; судороги начинаются съ лица и переходятъ затѣмъ главнымъ образомъ на пра-

вую руку. Введеніе зонда въ мозгъ при изслѣдованіи раны во время перевязки вызвало приступъ сильныхъ судорогъ въ правой половинѣ тѣла съ потерею сознанія. Рана очищена. Припадки болѣе не повторялись.

Пониженіе подвижности и болевой чувствительности и осязанія на правой сторонѣ тѣла, главнымъ образомъ—въ рукѣ. Стереогностическое и мышечное чувство и термическая чувствительность не измѣнены. Кромѣ этого, найдены признаки атрофіи праваго зрительнаго нерва. Въ дальнѣйшемъ новыхъ осложненій не было. Эвакуированъ.

VI. *Кл—нъ.* Раненъ 4 октября пулею въ бою при Шахе.

Входная рана въ области лѣваго сосцевиднаго отростка; кость раздроблена, осколки вдавлены; нагноеніе; вытекаетъ мозговое вещество.

Выходная рана найдена у передняго края musc. trapez. на лѣвой сторонѣ шеи.

Операція. Рана очищена и нѣсколько расширена, извлечены внѣдрившіеся осколки; найдено поверхностное поврежденіе мозга. Рана затампонирована. Повязка.

Послѣопераціонный періодъ. Сознательное состояніе. Понимаетъ вопросы и самъ выражаетъ свои мысли и желанія, но говоритъ очень медленно. Со стороны психики можно отмѣтить только забывчивость и недостаточно сильное и устойчивое вниманіе. По временамъ появляется головокруженіе и признаки двигательной афазіи: раненый пытается отвѣтить на вопросъ или что-нибудь сказать,—но это ему не удается.

Изслѣдованіе двигательной сферы, рефлекторной возбудимости и разныхъ видовъ чувствительности не обнаружило обращающихъ на себя вниманіе измѣненій.

Со стороны органа зрѣнія—ничего ненормальнаго. Со стороны слуха—лѣвосторонняя глухота.

VII. *Гр—нъ.* Раненъ 30 сентября пулею. Доставленъ въ госпиталь въ полусознательномъ состояніи, съ параличемъ и анэстезіею лѣвыхъ конечностей.

Въ области задне-верхняго квадранта лѣвой теменной кости найдена рана съ оскольчатымъ переломомъ кости и поврежденіемъ мозговой поверхности.

Рана очищена, осколки, внѣдрившіеся въ мозговое вещество, извлечены и приподняты, края костной раны подровнены. Тампонада.

Симптомы, отмѣченные, какъ результатъ повторныхъ изслѣдованій раненаго послѣ операціи.

Сознательное состояніе. Отсутствіе психическихъ и рѣчевыхъ разстройствъ. Вялый параличъ лѣвыхъ конечностей. Нога лежитъ на наружной поверхности, носокъ обращенъ кнаружи и книзу; мышцы стали атрофироваться. Рука пронирована.

Изслѣдованіе разныхъ видовъ чувствительности обнаружило пониженіе чувства прикосновенія и давленія и локализаціонной способности въ покровахъ лѣвыхъ конечностей и лѣвой половины туловища (соотвѣтственно лѣвой боковой сторонѣ его отъ подмышечной впадины и нижней части живота). Мышечное чувство и чувство позъ незначит. понижено въ парализованныхъ конечностяхъ; остальные виды чувствительности не измѣнены.

Со стороны органовъ чувствъ—нѣтъ измѣненій.

Въ дальнѣйшемъ парезъ сталъ уменьшаться.

VIII. *Ж—нъ.* Раненъ пулею. Повреждена правая половина черепа. Пуля прошла въ направленіи параллельномъ стрѣловидному шву. Оказано обычное оперативное пособіе: рана расширена, извлечены внѣдрившіеся осколки кости, рана очищена, удалены сгустки крови и размозженная часть поверхности мозга; рана затампонирована, наложена повязка. По миновании начальнаго періода общемозговыхъ явленій остались упорныя головныя боли и недѣятельность мышцъ лѣвой руки.

Топографія раны: рана удлиненной формы; ось ея расположена въ сагиттальномъ направленіи въ правой $^1/_2$ головы; передній конецъ находится на уровнѣ точки стрѣловиднаго шва, отстоящей на 18 сант. кзади отъ nasion; разстояніе между нимъ и стрѣловиднымъ швомъ=около 6 сантим. Задній конецъ раны находится у подножія теменнаго бугра.

Симптомы, наблюдавшіеся у раненаго при повторныхъ изслѣдованіяхъ его: головныя боли, въ слабой степени существующія почти постоянно, но часто (безъ особенной правильности) обостряющіяся. Нѣсколько сильнѣе они въ области, соотвѣтствующей ранѣ, чѣмъ въ остальныхъ частяхъ головы.

Ослабленіе силы мышцъ лѣвой руки, въ особенности—въ болѣе дистальныхъ частяхъ ея. Движенія ея неувѣренны, несовершенны, некоординированы и ограничены въ размѣрахъ. Въ остальныхъ частяхъ тѣла изслѣдованіе дѣятельности мышцъ не обнаружило двигательныхъ разстройствъ или нарушенія координаціи.

Изслѣдованіе разныхъ видовъ чувствительности показало, что въ области парализованной руки, въ лѣвой половинѣ туловища и шеи болевая чувствительность и чувство прикосновенія ослаблены въ умѣренной степени. Граница анэстезированныхъ мѣстъ и мѣстъ, сохранившихъ нормальную чувствительность, не доходитъ до срединной линіи и не представляется всякій разъ совершенно тождественною.

На ряду съ умѣреннымъ пониженіемъ упомянутыхъ видовъ чувствительности въ рукѣ найдена полная утрата способности опредѣлять съ закрытыми глазами положеніе, приданное частямъ руки и движенія въ разныхъ суставахъ ея. Термическая чувствительность не измѣнена.

Сколько-нибудь обращающихъ на себя вниманіе измѣненій рефлекторной возбудимости не найдено. Изслѣдованіе органовъ чувствъ, внутреннихъ органовъ и т. д. не обнаружило аномалій. Психическая дѣятельность не разстроена.

Въ дальнѣйшемъ теченіи новыхъ симптомовъ не наблюдалось.

IX. Го—въ. Раненъ 30 сентября пулею въ бою при Шахе. Рана сквозная; входное и выходное отверстія слѣва отъ стрѣловиднаго шва. Мелкооскольчатый переломъ черепныхъ костей, отекъ мягкихъ тканей; возбужденное состояніе, разстройство сна; головная боль, не давала покоя больному; пульсъ достаточнаго наполненія, правильнаго ритма, по частотѣ мало отличается отъ нормальнаго. Рѣчь медленная.

4 октября, въ виду сильныхъ головныхъ болей, не дававшихъ покоя больному, сдѣлана *операція* (подъ хлороформомъ). Входное и выходное отверстія соединены разрѣзомъ длиною около 7 сант.; кости въ предѣлахъ раны обнажены. Найдена рана кости въ видѣ замочной скважины; входное и выходное отверстіе окружены мелкими осколками. Нѣсколько осколковъ внѣдрились въ мозгъ. Вещество поверхности мозга превращено въ кашицу, смѣшанную съ кровью. Осколки извлечены и приподняты, размозженныя ткани удалены, рана очищена, края костной раны подровнены; тампонада; перевязка.

Послѣопераціонный періодъ. Въ теченіе слѣдующихъ дней было умѣренное повышеніе температуры (самыя высшія цифры—38,6 и 38,2—вечеромъ). Повязка оставалась сухою: 11 октября сняты швы. 29 октября появились сильныя головныя боли, лихорадка съ ознобомъ, (t. до 38,6), въ области раны—рожистый процессъ. Это осложненіе длилось до 3 ноября, послѣ чего заживленіе раны шло совершенно хорошо. Всестороннее изслѣдованіе больного не обнаруживало существованія у него какихъ-либо патологическихъ симптомовъ.

X. Ми—въ. Раненъ 28 сентября въ бою при Шахе пулею. Доставленъ въ госпиталь въ безсознательномъ состояніи. Центръ раны находится въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ стрѣловиднымъ швомъ, слѣва отъ него; на разстояніи 5 сантиметровъ кпереди отъ наружнаго затылочнаго бугра. Длина раны—около 5 сантиметровъ. Зрачки расширены. Раненый пришелъ въ сознаніе по прибытіи въ госпиталь.

Операція такого-же типа, какъ въ предыдущихъ случаяхъ.

Послѣопераціонный періодъ протекалъ хорошо.

Подробное повторное изслѣдованіе раненаго позволило установить слѣдующіе симптомы:

1) При движеніяхъ появляется дрожаніе въ обоихъ рукахъ; 2) сила ихъ понижена—справа въ большой степени, чѣмъ слѣва; движенія при закрыт. глазахъ очень неувѣренны. 3) Чувство прикосновенія и температурная чувствительность понижены въ правой половинѣ лица, шеи и туловища и въ правой рукѣ. 4) Стереогностическое и мышечное чувство, способность опредѣлять съ закрытыми глазами положеніе конечностей въ пространствѣ, видъ и размѣры движеній ихъ—не нарушены ни на той, ни на другой сторонѣ. 5) Поле зрѣнія для праваго глаза рѣзко ограничено справа;

нижняя половина совершенно выпала; слѣва—такое же ограниченіе справа и снизу, но въ болѣе умѣренной степени. 6) Форменное зрѣніе, острота зрѣнія, цвѣтоощущеніе—нормальны. Зрачки реагируютъ правильно; подвижность глазъ въ одиночку и совмѣстная—не нарушена. 7) Слухъ умѣренно пониженъ справа. 8) Повышеніе праваго колѣннаго рефлекса, рефлексовъ ахиллова сухожилія—на обѣихъ сторонахъ.

XI. Кр—о. Раненъ 1 октября. Доставленъ въ безсознательномъ состояніи. Безпокойный сонъ. Обѣ раны въ лобной области. Между ранами—трещина лобной кости. Изъ ранъ выдѣляется мозговое вещество, превращенное въ кашицу и смѣшанное съ кровью.

Операція: извлеченіе и подъемъ костныхъ осколковъ, удаленіе размозженныхъ тканей, округленіе краевъ раны, очищеніе раны, тампонада, повязка.

Больной пришелъ въ себя. Рана заживала хорошо.

Топографія раны: входное отверстіе тотчасъ надъ бровью у наружнаго края глазницы; выходное—въ серединѣ лѣвой половины лобной кости.

Изслѣдованіе раненаго черезъ нѣкоторое время послѣ операціи не обнаруживало ни психическихъ, ни рѣчевыхъ, ни двигательныхъ разстройствъ, ни измѣненій чувствительности и рефлекторной возбудимости. Со стороны органовъ чувствъ ничего патологическаго не найдено, то-же самое,—при общемъ изслѣдованіи раненаго.

XII. Га—въ. Раненъ 28 сентября въ бою при Шахе на близкомъ разстояніи пулею. Входное отверстіе (лобное) круглое, опаленое; вокругъ него мелкія пятнышки. Выходное—въ заднихъ отдѣлахъ противоположной стороны черепа. Оскольчатый переломъ костей; истеченіе мозгового вещества, смѣшаннаго съ кровью. Истеченіе сывороточной жидкости и крови изъ носа.

Оперативное расширеніе обоихъ отверстій. Раны очищены, внѣдрившіеся осколки удалены, края ранъ подровнены; раны затампонированы, наложена повязка.

Въ анамнезѣ отсутствіе указаній на патологическую наслѣдственность въ какомъ бы то ни было отношеніи. Служилъ литейщикомъ на чугунолитейномъ заводѣ; пермякъ, 22 г. отъ роду. Не помнитъ, чтобы чѣмъ-нибудь хворалъ.

Послѣопераціонный періодъ протекалъ хорошо.

Раны расположены такъ: входная тотчасъ надъ серединою лѣвой брови, круглая; выходная—тотчасъ позади праваго сосцевиднаго отростка; особенно много осколковъ вокругъ выходного отверстія.

Изъ патологическихъ симптомовъ отмѣчены: приступы головной боли; слѣпота праваго глаза; атрофія праваго зрительнаго нерва; глухота на правой сторонѣ; анэстезія кожи въ области, ограниченной сверху правымъ нижнимъ вѣкомъ, снаружи—отвѣсною линіею, проведенною внизъ отъ наружнаго угла глазной щели и по направленію книзу дугообразно заворачивающеюся къ носу надъ верхнею

губою; снутри—боковою стѣнкою носа. Обоняніе понижено, почти отсутствуетъ.

Двигательныхъ разстройствъ не было. Чувствительность кожи (разные виды) была измѣнена только въ указанной области. Другихъ какихъ-либо осложненій въ періодѣ заживленія раны не приходилось наблюдать. Раненый эвакуированъ до полнаго заживленія раны съ упомянутыми разстройствами.

Теперь попробуемъ въ общихъ чертахъ охарактеризовать соотношенія поврежденій, у раненыхъ, съ отмѣченными симптомами.

I. Кр—въ.

Для опредѣленія мѣста поврежденія мозга мы располагаемъ слѣдующими данными: входная рана чуть-чуть кпереди и книзу отъ праваго теменного бугра и на разстояніи 5—6 сант. выше наружнаго слухового прохода. Это—область задняго конца Сильвіевой борозды и мѣсто перехода gyrus supramarginalis въ lobulus parietalis inferior. У насъ есть и болѣе точное указаніе: линія (вертикальная), проведенная черезъ наружный слуховой проходъ пересѣкаетъ рану. Но нужно добавить, что рана была окружена трещинами и осколками кости, вдавленными въ мозгъ, такъ что на самомъ дѣлѣ возможно болѣе обширое поврежденіе мозга. Выходное отверстіе находились въ лѣвой половинѣ черепа, между лобнымъ бугромъ и корнемъ носа. Отъ входного до выходного отверстія шла трещена (найдена при операціи). Лобный бугоръ, по однимъ авторамъ соотвѣтствуетъ 1-й лобной извилинѣ, по другимъ—2-й лобной извилинѣ, по третьимъ—бороздѣ, раздѣляющей ихъ одну отъ другой. Отъ него кпереди начинается передняя треть борозды. Слѣдовательно, идя отъ него къ корню носа, мы пересѣчемъ передній отдѣлъ первой и второй лобной извилины (онѣ загибаются книзу, дѣлаясь отвѣсными: (впереди—первая, позади—вторая). Можно предположить раненіе въ районѣ I—II лобныхъ извилинъ (передней части ихъ).

На своемъ пути пуля могла (не обязат.) задѣть полосатое тѣло (правое и лѣвое), зрит. бугоръ праваго полушарія, передній и задній отдѣлъ внутренней сумки въ правомъ полушаріи и передній отдѣлъ ея въ лѣвомъ, мозолистое тѣло и

волокна его по обѣ стороны срединной линіи, бѣлое вещество теменной доли праваго полушарія и лобныхъ долей обоихъ полушарій. Такая схема получается и при нанесеніи соотвѣтствующихъ ранѣ точекъ на изображеніе горизонтальнаго срѣза полушарій и соединеніи намѣченныхъ точекъ прямою линіею.

Клиническая картина, по миованіи періода общемозговыхъ явленій, сложилась такъ: на лѣвой сторонѣ тѣла осталась гемиплегія съ диссоціированнымъ разстройствомъ чувствительности. Анатомическія данныя допускаютъ здѣсь предположеніе какъ поврежденій въ бѣломъ веществѣ правой доли (лучистый вѣнецъ центральныхъ извилинъ) такъ и въ правой внутренней сумкѣ. Диссоціиров. характеръ анэстезіи говоритъ скорѣе въ пользу перваго предположенія. Разстройство слуха было на сторонѣ поврежденія и легко можетъ быть объяснено периферическими разстройствами вслѣдствіе мѣстной травмы. Поврежденіе лѣвой лобной доли осталось безъ симптомовъ, за исключеніемъ булиміи, о значеніи которой при заболѣв. лобной доли говорилось въ очеркѣ литературы. Со стороны центровъ зрѣнія найдены только симптомы раздраженія: слѣдовательно можно думать о раздраженіи тканей вокругъ мѣста непосредственно подвергшагося разрушенію: близость gyrus angularis и затылочныхъ извилинъ.

Петръ Ф—ъ.

Топографія раненія. Сквозная пулевая рана. Входное отверстіе непосредственно передъ лѣвымъ теменнымъ бугромъ; выходное отверстіе на 1 сант. кзади отъ лѣвой $^1/_2$ ламбдовиднаго шва близко къ стрѣлов. шву. При операціи найдены костные осколки, внѣдрившіеся въ поверхностные слои мозга.

1) Отношеніе входного отверстія къ мозговой поверхности:

По Huschke, подъ теменнымъ бугромъ лежитъ gyrus supramarginalis.

Точнѣе, по Merkel'ю,—подъ теменнымъ бугромъ лежитъ та часть gyrus supramarginalis, которая граничитъ съ мѣстомъ отхожденія отъ нея нижней теменной дольки. По A. Starr'y, если отъ верхушки теменного бугра провести внизъ отвѣсную линію и отмѣтить на ней $^3/_4''$, то попадемъ на задній конецъ Сильвіевой борозды. Въ виду близкихъ топографическихъ от-

ношеній lobul. parietal. infer. (pli courbe, g. angul.), къ теменному бугру нѣкоторые анатомы (напр., Huschke, Henle) даже описывали эту область мозговой поверхности подъ именемъ «lobulus tuberis».

2) Отношеніе выходного отверстія къ мозговой поверхности; верхушка лямбдовиднаго шва (lambda) соотвѣтствуетъ мѣсту выхода на поверхность мозга fissura parieto—occipitalis (f. occipitalis perpendicularis). Значитъ, раненіе соотвѣтствовало верхней части выпуклой поверхности затылочной доли близко къ передней границѣ ея.

3) Если проведемъ мысленно фронтальную плоскость, перерѣзывающую мозгъ непосредственно позади выхода fiss. parieto - occipitalis на верхній край полушарія, другую фронтальную плоскость черезъ задній конецъ gyr. supramarg. и горизонтальную плоскость, соотвѣтствующую ниже лежащей ранѣ, то отъ обоихъ полушарій отсѣчется по куску; снаружи они ограничены обѣими теменными дольками и переднимъ отдѣломъ первой височной извилины; снутри (медіальная сторона) — praecuneus'омъ и верхнимъ отдѣломъ cuneus'а; внутри —только бѣлое вещество (полостей и узловъ въ этой области нѣтъ; задній конецъ задняго рога лежитъ ниже). Микроскопически здѣсь можно отмѣтить только fasciculus transversus cunei (Sachs).

Итакъ, здѣсь было нарушеніе дѣятельности всѣхъ частей мозга, непосредственно граничащихъ съ предполагаемымъ ходомъ пулевого канала: кпереди — часть теменной доли до sulc. Rolando (астереогнозъ, гемипарезъ, пониж. чувст. на обѣихъ сторонахъ [за весь періодъ]); книзу — пониженіе слуха, кзади — затылочной доли: ограниченіе поля зрѣнія для обоихъ глазъ справа и снизу.

III. A.

Анатомическій разборъ случая. Оба отверстія: входное и выходное въ данномъ случаѣ находились въ области чешуи затылочной кости: одно по правую, другое — по лѣвую сторону отъ срединной линіи. Чешуя затылочной кости прикрываетъ собою затылочныя доли большого мозга и полушарія мозжечка. Отъ затылочнаго бугра книзу, подъ прикрѣпленіемъ поперечной пазухи лежатъ полушарія мозжечка. Граница между ихъ верхнею поверхностью и нижнелатеральнымъ краемъ затылочныхъ долей соотвѣтствуетъ внутри черепа поперечной пазухѣ; снаружи—linea nuchae superior идетъ немного ниже нижнелатеральнаго края затылочной доли. Еслибы мы представили себѣ всю поверхность затылочной чешуи и отмѣтили бы на ней середину одной изъ ея половинъ, мы попали бы приблизительно на область поперечной пазухи, т. е. нижняго края доли. Но у живого человѣка снаружи прощупывается не вся чешуя вплоть до задняго края большой затылочной дыры, и потому середина прощупываемой части чешуи (правой и лѣвой $^1/_2$ ея) придется выше пазухи, т. е. соотвѣтственно только затылочной долѣ. Конечно, опредѣленіе «середина правой $^1/_2$ чешуи» въ данномъ случаѣ сдѣлано лишь приблизительно, не говоря уже о томъ, что раздробленіе кости и поврежденіе мозга здѣсь не опредѣляется одною точкою или линіею. По этому говорить съ увѣренностью о поврежденіи только одной какой-нибудь затылочной извилины трудно; выходное отверстіе лежало противъ задняго полюса затылочной доли вблизи отъ срединной линіи.

Здѣсь можно думать о поврежденіи медіальныхъ поверхностей обѣихъ затылочныхъ долей (при переходѣ пули изъ одного полушарія въ другое) и наружныхъ поверхностей обѣихъ долей, причемъ въ правой поврежденія могли быть ближе къ теменной долѣ.

Внутри мозгового вещества доли здѣсь находятся: задній рогъ бокового желудочка, подъ нимъ — нижній продольный пучекъ, поперечный пучекъ языковидной извилины (пуч. Vialet), снаружи отъ задняго рога—зрительныя проэкціонныя волокна—(пучекъ Gratiolet), съ внутренней стороны—stratum calcarinum. сверху рога—поперечный пучекъ клиновидной извилины.

Такимъ образомъ, на своемъ пути пуля могла поранить 1) задній отдѣлъ ассоціаціоннаго зрительнаго центра (ц. зрит. представленій, воспоминаній и ассоціацій), преимущественно—на правой сторонѣ, 2) проводники зрительныхъ ощущеній, 3) ассоціаціонныя связи между отдѣльными зрительными центрами: центрами воспріятій и запечатлѣнія и переработки ихъ, 4) ассоціаціонныя связи (длинныя) зрительной сферы съ другими отдаленными мозговыми областями, 5) центры зрительныхъ воспріятій на медіальной сторонѣ доли, по бокамъ fissura calcarina. Все это могло быть разрушено въ большей степени въ области правой доли, чѣмъ лѣвой, въ особенности—сочетательный центръ. Изъ сосѣднихъ частей здѣсь легче всего

было бы думать о поврежденіи мозжечка, но онъ защищенъ наметомъ; двигательные, чувствительные, слуховые и др. проводники и центры не лежали на пути пулевого канала и его ближайшихъ окрестностей.

Клиническая картина, наблюдавшаяся по миновании періода непосредственно слѣдовавшаго за травмою и послѣ удаленія источниковъ сдавленія мозга, какъ нельзя лучше подтверждаетъ данныя анатомическаго разбора: дѣло ограничивалось зрительными разстройствами въ видѣ 1) пониженія остроты зрѣнія въ обоихъ глазахъ, 2) правосторонней одноименной геміанопсіи.

Хотя лѣвая доля и была повреждена, однако настолько близко къ заднему полюсу, что ея сочетательные пучки и центры не пострадали въ сколько-нибудь значительной степени. Слѣдовательно, не было достаточныхъ причинъ для разстройства психооптической дѣятельности (зрительныхъ воспоминаній, узнаванія, ассоціацій, представленій и т. д.), тѣмъ болѣе, что и въ правомъ полушаріи рана была не настолько близка къ теменной долѣ, чтобы мы должны были обязательно предполагать разрушеніе всего зрит. - ассоц. центра наружной поверхности праваго полушарія. Медіальные центры обѣихъ долей были повреждены, равно какъ и проэкціонныя волокна, но, вѣроятно, далеко не во всемъ своемъ объемѣ (близость раны здѣсь къ заднему полюсу); можетъ быть, этимъ объясняется ослабленіе зрѣнія, а не полная кортикальная слѣпота. Замѣчательно, что получилось не двустороннее ограниченіе поля зрѣнія въ видѣ hemianopsia bilateralis, а лишь правосторонняя геміанопсія, соотвѣтствующая поврежденіямъ центровъ или проводниковъ лѣваго полушарія; здѣсь раненіе локализировалось на болѣе низкомъ уровнѣ, чѣмъ справа. Границы пулевого канала были ограничены и намъ неизвѣстно, какіе именно пучки долей были повреждены пулею и какіе уцѣлѣли. Нельзя забывать, что если, напр., въ прав. полушаріи пуля прошла случайно черезъ сочетат. пути, то поврежденіе ихъ, оставаясь частичнымъ, маскировались компенсирующ. вліяніемъ уцѣлѣвшихъ, поврежденіе же пулею коры медіальной поверхности (область fiss. calcarina) и проэкціонныхъ пучковъ слѣва уже само по себѣ достаточно для бросающагося въ глаза симптома: hemianopsia homonyma dextra oculi utriusque.

IV. По — въ.

Топографія раненія. 2 отверстія: одно по лѣвую, другое по правую сторону стрѣловиднаго шва.

Относительно точнаго положенія отверстій у меня сохранились слѣдующія указанія (на основаніи сдѣланныхъ мною въ разное время измѣреній):

1) перпендикулярная линія, проведенная отъ лѣвой раны къ срединной переднезадней черепной линіи (линіи стрѣловиднаго шва) пересѣкаетъ послѣднюю на разстояніи 15 сант. отъ inion; проэкція же правой раны — на 10 сант. отъ inion;

2) линія, соединяющая оба первоначальныхъ отверстія, пересѣкаетъ линію стрѣловиднаго шва на растояніи кпереди 2 сант. отъ верхняго конца задней отвѣсной линіи Krönlein'a (см. «Verletzungen und Erkrankungen des Schädels und seines Inhalts» Bergmann'a и Krönlein'a) и около 3—4 сант. отъ фронтальной плоскости, соединяющей теменные бугры.

3) Высота отверстій опредѣлена такъ: лѣвое на разстояніи 3—4 сант., правое на разстояніи 2 — 3 сант. отъ стрѣловиднаго шва.

4) При измѣреніи разстоянія отъ protuberantia occipitalis externa до носолобнаго шва это разстояніе (считая по линіи стрѣловиднаго шва) оказалось = 32 сант.

Отношеніе мѣстоположенія отверстій къ верхнему переднему углу теменной кости. По Poirier, разстояніе середины линіи, соединяющей inion съ носолобнымъ швомъ, отъ вѣнечнаго шва = около 2,8 сант.

Въ нашемъ случаѣ точка пересѣченія вѣнечнаго шва съ стрѣловиднымъ (bregma) отстояла отъ inion (считая по срединной линіи на $\frac{32}{2} + 2{,}8 = 18{,}8$. Задній верхній уголъ теменной кости (lambda) отстоитъ отъ inion на 6—7 сант. Значитъ, весь верхній край теменной кости = 12—13 сант. (приблизительно).

Проэкція лѣваго отверстія отстояла отъ верхне-задняго угла теменной кости на (15 — 6) = 9 сант., отъ передняго — на 18,8 — 15 = 3,8 сант. (будемъ считать = 4); $^4/_{12} = {}^1/_3$;

т. е. *лѣвое отверстіе лежало на границѣ средней и передней* $^1/_3$ *теменной кости.*

Другое отверстіе (проэкція его на срединной линіи) на 18,8 — 10 = 8,8 или приблиз. 9 сант. кзади отъ передняго края теменной кости. $^4/_{12} = ^1/_3$, т. е. *правое отверстіе лежало на границѣ задней и средней* $^1/_3$ *теменной кости.*

Отношеніе къ роландовой и сильвіевой линіямъ: Если принять за верхній конецъ роландовой линіи точку на срединной линіи, отстоящую отъ inion на половинное разстояніе inion — sutura nasofrontalis минусъ 2 сант., то въ нашемъ случаѣ это будетъ $\frac{32}{2} - 2 = 14$ сант.; проэкція лѣваго отверстія отстояла отъ inion на 15 сант. Теперь представимъ себѣ чертежъ, на которомъ нанесены: срединная линія, линія стрѣлов. шва (центральная часть ея), направленіе роландовой борозды (идущей подъ 67° къ сагитт. линіи отъ точки R, отстоящей на 14 сант. отъ inion), — проэкція отверстія на сагитт. линіи (15 сант. отъ inion) и приблизительное мѣстоположеніе ранев. отверстія (4—5 сант. отъ срединной линіи, точно отмѣрен.).

Сдѣлавъ такой чертежъ, мы легко убѣждаемся въ томъ, что *проэкція черепного отверстія на мозгъ лежитъ недалеко отъ gyrus parietalis ascendens* или въ прилегающихъ къ ней областяхъ теменной доли. Къ той же мысли приводитъ и сдѣланное мною при измѣреніяхъ обозначеніе «сантиметра на 2 кпереди отъ верхняго конца задней картонной полоски» (изображавшей lin. verticalis retro-mastoidea) пересѣкающій задній конецъ fiss. Sylvii). См. чертежъ Waldeyer'a, въ которомъ сѣть отвѣсныхъ, горизонтальныхъ и косыхъ опорныхъ линій проэцирована на поверхность мозгового полушарія. Наконецъ, у меня сохранилось еще одно руководящее указаніе: рана сант. на 4 кпереди отъ линіи, проходящей черезъ оба теменныхъ бугра. Теменному бугру соотвѣтствуетъ мѣсто gyrus supramarginalis прилегающее къ началу угловой извилины. Отъ этого мѣста сант. на 4 кпереди лежитъ область, надъ которою была пронизана пулею кость.

Правое отверстіе.

Верхній край теменной доли (включая восходящую теменную извилину) приблизительно = 14 (разст. точки R отъ

inion) — 6 (раст. ламбды отъ inion) = 8 сант. проэкція раны на сагитт. линіи = 4 сант. отъ ламбды (10 — 6), т. к. отъ inion 10, а разстояніе inion-lambda = 6), т. е. середина верхняго края теменной доли. Поэтому *положеніе правой раны можно предположить на срединѣ между переднимъ и заднимъ краемъ доли, вблизи отъ верхняго края ея* («2—3 сант. отъ срединной линіи»).

Итакъ, пуля прошла въ данномъ случаѣ косо сквозь обѣ теменныя доли, прорѣзавъ верхніе отдѣлы ихъ.

Теперь попробуемъ опредѣлить, какія части мозга лежали непосредственно на пути пулевого канала.

Прежде всего, обратимъ вниманіе на то, что разстояніе 3—4 сант. отъ срединной линіи для лѣвой раны и 2—3— для правой мы считали по выпуклой поверхности головы раненаго. Перевести эти цифры на абсолютное вертикальное разстояніе внизъ отъ линіи стрѣловиднаго шва въ точности нельзя, т. к. для этого вычисленія нужно знать точно радіусъ кривизны поверхности головы. Но во всякомъ случаѣ ясно, что это отвѣсное разстояніе гориз. плоскости, въ которой лежитъ нижняя рана должно быть меньше 4 сант.: такая цифра получается, если начертить въ горизонтальномъ направленіи срединную линію и идущую внизъ отъ нея отвѣсную, изъ точки пересѣченія ихъ описать дугу внутри образуемаго ими прямого угла и проведя линію, параллельную срединной на разстояніи 2 сант. отъ этой послѣдней отсчитать величину отрѣзка дуги отъ вершины угла до пересѣченія съ нижней горизонтальною линіею.

А если вычесть толщину черепныхъ костей, наружныхъ покрововъ и частей, облегающихъ мозговую поверхность, то цифра еще болѣе уменьшается. Наконецъ, примемъ во вниманіе, что разстояніе 3—4 сант. (считая по выпуклой поверхности головы) соотвѣтств. самой низшей конечной точкѣ пулевого канала, чѣмъ дальше вглубь отъ нея, тѣмъ каналъ лежитъ выше. Поэтому, вѣроятно, допустимо примѣнить къ пулевому каналу слѣдующее: онъ прошелъ не ниже уровня горизонтальныхъ срѣзовъ, отстоящихъ на 3,5 сант. отъ верхняго края полушарія. *На этомъ уровнѣ и выше его нѣтъ ни стрыхъ узловъ, ни желудочковъ внутри бѣлаго вещества мозга.*

Пуля могла поранить латеральныя и медіальныя поверх-

ности обѣихъ лобныхъ долей въ верхнихъ отдѣлахъ и соотвѣтствующее имъ бѣлое вещество полушарій.

Правосторонняя гемиплегія (не полная) съ частичнымъ разстройствомъ чувствительности на правой сторонѣ тѣла, захватывающимъ бо́льшую область, чѣмъ двигательный параличъ (распростр. на лицо, шею и туловище) указываетъ на лѣвостороннее мозговое пораженіе.

Геміанопсія слѣва указываетъ на правостороннее пораженіе мозга.

Такая клиническая картина замѣчательно демонстративно совпадаетъ съ данными анатомическаго анализа: вѣдь тамъ найдено пораженіе обѣихъ теменныхъ долей, но ходъ пулевого канала такой: лѣвый конецъ у передняго края доли (отъ котораго кпереди начинается корковая область центровъ движ. и чувствит. противоположной $^1/_2$ тѣла); правый же конецъ соотвѣтствовалъ заднему отдѣлу доли, т. е. граничилъ съ правой областью зрительнаго, при пораженіяхъ которой уже наблюдалась лѣвостор. геміанопсія. Если бы мнѣ пришлось наблюдать этого раненаго дальше, вѣроятно, выяснилось бы, стойкій-ли или преходящій характеръ носило разстройство периферическаго зрѣнія и исчезло ли бы оно раньше паралича, или нѣтъ: реакція сосѣдней области на травму, кровоизліянія въ сосѣдней области и т. п., или участка ея въ общемъ разрушеніи мозгового вещества.

Что касается субъективныхъ зрительныхъ ощущеній слѣва на ряду съ лѣвосторонней геміанопсіей, то они соотвѣтствуютъ разстройству дѣятельности коры мозга по близости отъ затылочной доли (аналогъ съ джексон. эпилепс. + гемиплег. при пораженіи психоматор. области).

Уровень лѣвой раны также соотвѣтств. клинич. картинѣ двигательнаго паралича: пораженіе центровъ верхней и нижней конечностей, но не лица: соотвѣт. верхней части центральной области (рана въ общемъ была не слишкомъ удалена отъ срединной линіи).

Признаковъ поврежденія сѣрыхъ узловъ, желудочковъ и, тѣмъ болѣе,—основанія мозга и прилегающихъ къ нему частей не было, что и отвѣчаетъ анатомической картинѣ.

V. З—евъ.

Топографія раны. Оскольчатый переломъ черепа въ области макушки. Кости вдавлены на протяженіи около 5—6 кв. сант. Задній конецъ вдавленія тотчасъ у punctum Rolandicum. Рана простирается преимущественно влѣво, доходя почти до уровня лобныхъ бугровъ. Длина ея около 6 сант. Раздроблены кости по обѣ стороны стрѣловиднаго шва, преимущественно—по лѣвую сторону; вдавленіе слѣва отъ стрѣловиднаго шва непосредственно около него.

Направленіе кожной раны (по виду напоминающей рѣзаную) приблизительно соотвѣтствуетъ $\angle$ 15° по отн. къ стрѣловидному шву. При операціи найдено, что на мѣстѣ раны имѣется трещина и оскольчатый переломъ костей, въ центрѣ—мелкіе осколки, внѣдрившіеся въ мозгъ, вокругъ нихъ — довольно крупные осколки и вдавленіе костей; изъ раны выступаетъ размозженая мозговая масса, смѣшанная съ кровью.

Переводя косвенную линію 6,0 подъ $\angle$ 15° на продольную (сагитт.) линію, найдемъ проекцію передняго конца на разст. 5,6 сант. кпереди отъ верхняго конца роландовой борозды. Нанеся на сагиттальную линію верхушку вѣнечнаго шва (4,8 сант.) и приблизительное начало предцентральной борозды (2—4 сант. кзади отъ вѣнечнаго шва), найдемъ, что во всякомъ случаѣ проэкція раны на мозговой поверхности заходитъ далѣе поперечника восходящей лобной борозды. Кромѣ того, вдавленіе и раздробленіе кости простиралось на большую площадь, чѣмъ рана покрововъ головы; поэтому нужно допустить поврежденіе верхняго конца восходящей лобной борозды и заднихъ отдѣловъ первыхъ двухъ продольныхъ лобныхъ извилинъ (раздѣляющая ихъ борозда проходитъ не далеко отъ передняго конца длинника раны, именно на разстояніи не $<$ 2 сант. съ дѣленіями (варіаціи) отъ сагитт. шва (передній конецъ раны около 1,6 сант., но осколки и вдавленіе и выше и ниже его).

Надо замѣтить, что, кромѣ упомянутой черепной раны, у З. была найдена рваноушибленная рана мягкихъ частей головы (до кости) тотчасъ надъ верхнимъ краемъ правой глазницы. Въ области передней поверхности лобной кости не найдено трещинъ; но, можетъ быть, костный сводъ глазницы при этомъ былъ поврежденъ и травма имѣла послѣдствіемъ атрофію зрительнаго нерва.

Клиническая картина указывала на травму нижней части предцентральной извилины (правостороннія судороги, начинающіяся съ лица и совершенно не затрагивающія ногу, афазія); двигат. и рѣчевыя разстройства существовали недолго. Изъ оставшихся на долго разстройствъ отмѣчено только пониженіе болевой чувствительности соотвѣтственно верхней $^1/_2$ лѣвой центральной области (правыя конечности). Можно думать, что поврежденіе коры въ мѣстѣ раны, не заходившее вглубь и кзади за указанную границу, отражалось только на этого рода чувствительности, судорожныя же и афазич. разстройства носили случайный характеръ: несерьезное поврежденіе осколкомъ, ушибъ или кровоизліяніе по сосѣдству съ мѣстомъ раны, скоро исчезнувшее.

VI. Кл—нъ.

Анатомія. 2 отверстія: входное въ области лѣваго сосцевиднаго отростка (изъ раны выдѣляется мозговое размозженное вещество съ примѣсью гноя; часть осколковъ внѣдрилась въ мозгъ); выходное на шеѣ—у передняго края musc. trapez.

Къ мозгу имѣетъ отношеніе здѣсь только входное отверстіе. Если бы раненіе было строго ограничено областью сосцевиднаго отростка, можно было бы думать только о поврежденіи мозжечка, но не большого мозга, такъ какъ мѣста, соотвѣтствующія самой верхней части сосцевиднаго отростка, на внутренней поверхности черепа лежатъ ниже sulc. transvers, т. е. уже въ области задней черепной ямки.

Но здѣсь имѣлось раздробленіе костей вокругъ раны и, значитъ, могли подвергнуться поврежденію и прижатію осколками и сосѣднія части мозга. Непосредственно выше области, въ которой проэцируются очертанія сосцевиднаго отростка, лежитъ задній отдѣлъ височной доли, и именно—третьей височной извилины, такъ какъ отвѣсная линія, проведенная черезъ задній край сосцевиднаго отростка, на своемъ пути пересѣкаетъ параллельную височную борозду и касается задняго конца сильвіевой борозды, или пересѣкаетъ и его: значитъ, то, что лежитъ кпереди отъ этой линіи, находится еще въ предѣлахъ височной доли.

Клиническое изслѣдованіе и наблюденіе обнаружило признаки периферическаго происхожденія (глухота на сторонѣ

травмы), мозгового (забывчивость, замедленные отвѣты на вопросы, по временамъ—полное отсутствіе ихъ при сохранности пониманія смысла предлагаемыхъ вопросовъ) и, можетъ быть,—мозжечковаго (головокруженіе).

VII. Гр—нъ.

Рана въ области задневерхнемъ углу лѣвой теменной кости, т. е. въ области верхней теменной извилины (fiss. parieto-occipitalis совпадаетъ у срединной линіи съ переднимъ краемъ затылочной доли, или послѣдній слегка надвигается подъ теменную кость, не болѣе, какъ на 1 сант.; передній же край теменной кости (около 5 сант., т. е. 0,38 всей длины кости) принадлежитъ лобной долѣ; ширина восходящей теменной извилины, gyrus centralis posterior отъ 1 до 2 сант., такъ что верхняя теменная долька начинается на разстояніи 0,46 — 0,53 всей длины теменной кости, считая спереди и прилежитъ, слѣдовательно, именно къ задневерхнему квадранту теменной кости),

Клиническія явленія. Вялый параличъ лѣвыхъ конечностей съ отсутствіемъ рефлексовъ и атрофіею лѣвой ноги. Пониженіе осязательной чувствительности въ области лѣвыхъ конечностей. Сохранность остальныхъ видовъ чувствительности (въ томъ числѣ — болевой и термической); область анэстезіи заходитъ и на кожу туловища въ области, непосредственно прилегающей къ анэстезированной конечности.

Здѣсь обращаетъ на себя вниманіе то, что послѣ раненія лѣвой стороны черепа, получилась лѣвосторонняя гемиплегія. Предположить поврежденіе двигат. и чувств. проводниковъ на пути къ периферіи не представляется возможнымъ въ виду высокаго положенія раны. Противъ дѣйствія противоудара, объясняющаго въ нѣкоторыхъ случаяхъ подобное же явленіе, здѣсь говоритъ направленіе раны—по касательной, параллельно сагитт. шву. Близость раны къ срединной линіи не объясняетъ дѣла, такъ какъ поврежденіе симметричныхъ мѣстъ лѣваго полушарія дало бы хоть слабо выраженные аналогичные симптомы, а ихъ не было. Остается предположить просто непрямое вліяніе черепной травмы (напр., кровоизліяніе въ области прав. caps. int.).

VIII. Ж—нъ. *Анатомія.* Чтобы найти на черепѣ мѣсто раны, нужно 1) взять на сагитальной срединной линіи точку, отстоящую на 18 сант. кзади отъ nasion; сант. на 6 вправо отъ сагиттальнаго шва идетъ рана (направленіе ея ||-но сагитальному шву); 2) задній конецъ раны приблизительно соотвѣтствуетъ теменному бугру; 3) задняя вертикальная линія, проходящая черезъ задній край сосцевиднаго отростка и punctum Rolandicum, пересѣкаетъ рану на разстояніи 4 сант. отъ задняго и 6 сант. отъ передняго конца ея.

Разберемся въ этихъ данныхъ. На 18 сант. отъ nasion лежитъ высшій пунктъ роландовой борозды, но не у всѣхъ, т. к. пропорціональные размѣры черепа варіируютъ у разныхъ людей. Точнѣе задній (или верхній) конецъ роландовой борозды опредѣляется пересѣченіемъ срединной линіей (лин. сагиттальнаго шва) съ заднею вертикальною линіею, пересѣкающею въ нашемъ случаѣ мѣсто соединенія задней $^1/_3$ ея съ передними двумя третями. Ширину верхней теменной борозды опредѣляютъ очень разнообразно: отъ 1 до 6 сант. Значитъ, рана пришлась, скорѣе всего, подъ fissura interparietalis, т. е. уже въ области нижней теменной борозды; т. к. вся рана находилась кпереди отъ теменного бугра, то, значитъ, задѣтъ былъ передній отдѣлъ нижней теменной борозды, т. е. gyrus supramarginalis (ея задній конецъ еще соотвѣтствуетъ мѣсту теменного бугра). Можно еще разсуждать такъ: вертикальная линія отъ верхняго конца роландовой борозды внизъ пересѣчетъ линію раны на растояніи 6 сант.; отъ этого пункта нужно отмѣтить 4 сант. кзади и 6 сант. кпереди по линіи ||-ной сагитт. шву; это будетъ длинникъ раны (красная линія). Роландова линія идетъ отъ той-же точки сагитт. линіи внизъ и впередъ подъ $\angle 67^0$ къ этой послѣдней. Представивъ себѣ это наглядно въ видѣ чертежа, увидимъ что рана, вѣроятно лежала не только въ области gyr. supramarginalis, но и заходила далѣе кпереди, пересѣкая восходящія теменную и лобную извилины. На какой высотѣ въ такомъ случаѣ она пересѣкла роландову борозду; измѣряя на чертежѣ получимъ 7 сант.; если вся длина роландовой борозды = 8—9 сант. (Тауберъ), то $\frac{7}{9} = 0{,}77$, а $\frac{8}{9} = 0{,}88$ всей длины роландовой борозды, иначе говоря— нижней $^1/_4$ ея.

Клиническія явленія: 1) пониженіе всѣхъ видовъ чувствительности за исключеніемъ термической въ области лѣвой руки и лѣвой $^1/_2$ туловища и шеи (по сравненію съ правою стороною), 2) полная утрата чувства позъ и чувства пассивныхъ движеній въ лѣвой рукѣ; 3) довольно сильно выраженная атаксія и паретич. симптомы въ этой рукѣ; 4) умѣренное повышеніе чувствительности всей кожи, кромѣ вышеупомянутыхъ; 5) головныя боли; 6) въ остальномъ—никакихъ разстройствъ (между прочимъ, отмѣчено отсутствіе разстройствъ въ области нижнихъ конечностей).

IX. Го—въ. *Анатомическія данныя*: Входное отверстіе около верхней части лѣвой вѣтви ламбдовиднаго шва, выходное—кпереди и книзу отъ входного на разстояніи 5—6 сант. Каждое изъ отверстій окружено массою трещинъ и мелкихъ осколковъ; нѣкоторые изъ нихъ пришлось извлечь изъ вещества мозга; изъ отверстій выдѣлялось размозженное мозговое вещество.

Разъ выходное отверстіе лежало книзу и кпереди отъ входнаго, то его всетаки приходится искать вблизи отъ ламбдовиднаго шва, т. е. идя книзу онъ уклоняется впередъ: верхній конецъ его отстоитъ отъ задней отвѣсной линіи (lin. retromastoidea) на 8 сант., а нижній конецъ—только на 1 сант.

Проведя основныя линіи Krönlein'a (Waldeyer), мы увидимъ, что прямо кпереди отъ верхняго конца ламбдовиднаго шва лежитъ область угловой извилины (gyr. angularis), а «кпереди и кнаружи» (на чертежѣ это значитъ кпереди и книзу—пограничная область между затылочными извилинами и 2-й и 3-й височными извилинами.

Клиническая картина:

Первоначальныя явленія: сильныя головныя боли, безсонница, возбужденное состояніе, медленная рѣчь, двустор. съуженіе зрачковъ. Никакихъ параличей и судорогъ не было.

Послѣ операціи больной оправился и всѣ мозговые симптомы исчезли.

Симптомъ „медленная рѣчь“ наблюдался до того времени, когда я впервые изслѣдовалъ раненаго и получилъ болѣе подробныя свѣдѣнія о немъ мнѣ не удалось, а потому и оста-

лось неяснымъ, указывало ли «замедленіе рѣчи» на затрудненное подыскиваніе словъ, какъ на симптомъ амнестической афазіи, или было просто угнетенное состояніе больного послѣ травмы, исчезнувшее лишь послѣ устраненія давленія на мозгъ.

X. Ми—въ. Для опредѣленія *локализаціи раны* (единственной) можно воспользоваться слѣдующими данными:

1) рана лѣвой $^1/_2$ головы тотчасъ слѣва отъ сагиттальной срединной линіи, которой она почти касается медіальнымъ краемъ;

2) разстояніе середины раны отъ protuberantia occipitalis externa кпереди = 8 сант;

3) разстояніе отъ linea verticalis retromastoidea = 4 сант.;

4) отъ теменного бугра 6 сант. кверху и 4 сант. кзади (приблизительно);

5) діаметръ раны = 5 сант.;

6) набросана въ записной книгѣ схема, на которой черта къ мѣсту раны идетъ впередъ и влѣво отъ границы нижнихъ $^7/_8$ и верхней $^1/_8$ линіи, соединяющей inion съ ламбдою.

Теперь разберемъ анатомическое значеніе этихъ данныхъ.

1) и 2). По Poirier и др., lambda лежитъ на 6—7 сант. выше protuber. occip. externa. Такъ какъ рана отстоитъ на 8 сант. отъ inion, то разстояніе ея отъ ламбдовиднаго шва около 1—2 сант. уже въ области верхнезадней $^1/_4$ теменной кости (что совпадаетъ съ опредѣленіемъ отношенія раны къ теменному бугру); латеральный конецъ раны отстоялъ дальше отъ ламбдовиднаго шва, чѣмъ медіальный (направленіе ихъ кнаружи расходится).

По отношенію къ мозговой поверхности эти данныя означаютъ вотъ что: fissura parieto-occipitalis — передняя граница затылочной доли совпадаетъ съ ламбдовиднымъ швомъ (Starr и др.), или лежатъ немного кпереди отъ него—до 1,2 сант. (Oppenheim и др.); значитъ, вѣроятно, на поверхности рана проэцировалась тотчасъ передъ fiss. parieto-occipitalis—у верхняго края полушарія.

Пользуясь данными, касающимися теменного бугра, можно представить себѣ дѣло такъ:

Если бы рана была на 4 сант. позади теменнаго бугра и на одномъ уровнѣ съ нимъ, она проэцировалась бы на поверхность мозга въ области gyrus angularis, такъ какъ прямо подъ

бугромъ лежитъ задній конецъ Сильвіевой борозды, а затѣмъ какъ бы продолженіемъ ея является область угловой извилины. Но у насъ бугоръ оставался сант. на 6 ниже раны, послѣдняя примыкала къ стрѣловидному шву, — слѣдовательно, соотвѣтствовала gyrus (lobulus) parietalis superior.

Клиническое изслѣдованіе обнаружило правосторонній гемипарезъ съ повышеніемъ сухож. рефлексовъ и пониженіе чувства прикоснов. и термич. чувствит. на правой ст.; правосторонняя геміанопсія и глухота—вѣроятно, отъ вліянія травмы на сосѣднія области мозговой поверхности и бѣлаго вещества.

XI. Кр—о. *Пулевой каналъ*. Рана сквозная. Входное и выходное отверстія расположены симметрично въ области лобной кости надъ наружн. углами правой и лѣвой глазничныхъ впадинъ.

Каналъ прорѣзалъ обѣ лобныя доли въ переднемъ отдѣлѣ, именно приблизительно на разстояніи 1—1,5 сант. отъ передняго полюса лобной доли. Въ этой части еще нѣтъ внутри мозгового полушарія ни сѣрыхъ узловъ, ни желудочковъ, ни сумки; въ расщелинѣ между полушаріями проходитъ впереди мозолистаго тѣла.

Сохранившаяся у меня замѣтка опредѣляетъ одну изъ ранокъ въ серединѣ лѣвой половины лобной кости. Соотвѣтственно этому можно думать, что пуля прошла въ серединѣ между основаніемъ и верхнимъ краемъ лобныхъ долей, т. е. прорѣзала вторую лобную извилину лѣваго и праваго полушарія, а на медіальныхъ, обращенныхъ другъ къ другу сторонахъ обѣихъ лобныхъ долей—черезъ области, лежащія подъ sulcus callosomarginales, т. е. черезъ gyrus cinguli.

Попробуемъ точнѣе нанести рану на наружной поверхности лобной доли. Фронтальная плоскость, въ которой лежитъ пулевой каналъ, пересѣкаетъ сагитальный шовъ приблизительно на уровнѣ 8,5 сант. отъ носолобнаго шва, т. е. на $^1/_2$ всей длины верхняго края доли (считая отъ полюса до роландовой борозды). Другое соображеніе: мѣсто дѣленія Сильвіевой расщелины на первичныя вѣтви находится на разстояніи 4,3 сант. отъ передняго полюса, рана—на 1—1,2 сант. отъ полюса (по кратчайшему направленію), т. е. на 3,3 — 3,1 сант. кпереди отъ мѣста дѣленія Сильвіевой борозды.

Кромѣ того, пострадала и передняя поверхность лобной доли, т. к. отъ одного отверстія до другого шла трещина.

Клиническая картина. Первое время послѣ раненія существовало безсознательное состояніе и потомъ сонъ былъ безпокоенъ. Вскорѣ больной сталъ поправляться. Въ дальнѣйшемъ у него не наблюдалось никакихъ двигательныхъ, чувствительныхъ, психическихъ и т. п. разстройствъ, дѣятельность органовъ чувствъ оставалась нормальною и т. д.

XII. Га—въ. *Положеніе входного и выходного отверстій.* Входное въ лѣвой $^1/_2$ лба, выходное позади праваго сосцевиднаго отростка.

Точное опредѣленіе *входного*: начиная отъ срединной линіи лба проведетъ линію длиною около 3 сант. прямо влѣво на высотѣ 3 сант. отъ корня носа. Это—поперечникъ раны. Если перенесемъ эти данныя на поверхность мозга, попадемъ на передній отдѣлъ 1-й и второй лобныхъ извилинъ, п. ч. срединная линія соотвѣтствуетъ срединной щели, а къ медіальному краю непосредственно примыкаетъ впереди 1-я лобная извилина. Ширина ея сзади—2,5 сант. а кпереди все уменьшается иногда доходя до 1 сант. (Гефтлеръ и др.). Слѣдовательно, разъ ширина раны 3 сант., она захватываетъ и 2-ю лобную извилину.

Верхній конецъ роландовой борозды отстоитъ отъ носолобнаго шва приблизительно на 18 сант.; если вычесть изъ этого ширину восходящей лобной извилины = около 2 сант., останется 16 сант. до предцентральной борозды, т. е. до начала 1-й лобной извилины. Высота раны надъ носолобнымъ швомъ = 3 сант., а передній лобный полюсъ лежитъ немного выше носолобнаго шва (на серединѣ разстоянія между этимъ швомъ и линіею, проходящею черезъ верхнеглазничные края); значитъ, во всякомъ случаѣ, рана отстоитъ отъ передняго полюса < 3 сант., т. е. менѣе $^3/_{16}$ всей длины лобныхъ извилинъ; или *въ предѣлахъ передней* $^1/_4$ *или даже* $^1/_8$ верхнихъ 2 лобныхъ извилинъ.

Выходное отверстіе находилось позади отвѣсной линіи, проведенной черезъ задній край основанія сосцевиднаго отростка (linea verticalis retromastoidea, задняя линія Krönlein'овской схемы); уровень—по близости отъ начала сосцевиднаго отростка. Къ сожалѣнію у меня не уцѣлѣло болѣе точной замѣтки, а сохранившаяся допускаетъ локализацію и

въ задней черепной ямкѣ (мозжечокъ) и, если допустить болѣе высокое положеніе мозговой раны, — въ заднемъ отдѣлѣ нижнихъ височныхъ извилинъ и, можетъ быть, въ прилегающей къ нему части затылочной доли. Скорѣе всего височныя извилины, т. к. пуля пришла къ этому мѣсту спереди и сверху, такъ что больше шансовъ въ пользу поврежденія той части указанной области, которая лежитъ ближе кпереди и кверху. Точнѣе это должно выясниться при разборѣ значенія данныхъ клиническаго изслѣдованія, свидѣтельствующаго о пораженіи тѣхъ или иныхъ корковыхъ областей.

Опредѣленіе пути, пройденнаго пулею *(положеніе пулевого канала)*. Удобнѣе всего представить себѣ въ данномъ случаѣ ходъ пулевого канала, разсматривая горизонтальные срѣзы мозговыхъ полушарій. Замѣтимъ прежде всего, что нужно взять срѣзы, лежащіе выше 6,8 — 2,5 = 4,3 сант. считая по вертик. линіи отъ верхняго края полушарія. (Эта цифра получена такъ: передняя рана, лежащая выше задней, находится на разстояніи 3 сант. кверху отъ носолобнаго шва, передній полюсъ лежитъ на серединѣ растоянія между носолобнымъ швомъ и линіею, проведенною черезъ верхніе края глазничныхъ впадинъ; это = 0,5 сант. отъ носолобнаго шва; стало быть, передняя рана приблизит. на 2,5 сант. выше носолобнаго шва. Это разстояніе вычислено согласно съ тѣмъ соображеніемъ, что передняя стѣнка лба на разстояніи 3 сант. отъ носолобнаго шва идетъ приблизительно отвѣсно.

Т. к. разстояніе полюса отъ плоскости, проведенной на уровнѣ верхняго края полушарій = 6,8 сант., то отъ верхн. края до раны будетъ 6,8 — 2,5 = 4,5 сант.

Т. к. задняя рана локализирована не вполнѣ точно, то представимъ себѣ въ общихъ чертахъ область, въ предѣлахъ которой могла пройти пуля. Въ лѣвомъ полушаріи наиболѣе возможно раненіе corp. striat., бокового желудочка, передняго отдѣла caps. int., въ правомъ — thalam. optic., прилеж. къ нему отдѣла caps. int., желудочка, въ обоихъ — волоконъ бѣлаго мозгового вещества и мозолистаго тѣла, corm. Ammonis. Но не обязательно всѣ эти части должны были подвергнуться раненію. Болѣе точный отвѣтъ можетъ дать анализъ симптомовъ, къ которому и перехожу.

Анализъ симптомовъ на правой сторонѣ: Анэстезія въ области нервовъ: зрительнаго, слухового, обонятельнаго и 2-й вѣтви тройничнаго.

На лѣвой сторонѣ — анэстезія въ области обонят. н. (пониженіе обоняніа двустороннее). Прежде чѣмъ сопоставить эти явленія съ поврежденіями мозга, допустимыми въ данномъ случаѣ, попробуемъ выяснить, какую роль могло бы здѣсь имѣть поврежденіе соотвѣтствующихъ нервовъ внутри черепа? Для зрительнаго нерва уже установлено было периферическое поврежденіе, т. к. найдена первичная атрофія зрит. нерва и зрачокъ не реагировалъ на свѣтъ. Для тройничнаго самый частичный характеръ анэстезіи, захватывавшей область только одной вѣтви его, давалъ поводъ думать о периферической причинѣ разстройства. Оба эти факта, вмѣстѣ взятые, говорили въ пользу того, что на правой сторонѣ пуля прошла уже въ области нервовъ основанія мозга и могла задѣть и другіе стволы или корешки нервовъ, кромѣ упомянутыхъ. Недостаточно опредѣленныя данныя относительно выходного отверстія у основанія черепа.

Въ какомъ мѣстѣ могла быть пересѣчена вторая вѣтвь праваго тройничнаго нерва (n. maxillar. sup.) при указанномъ положеніи входного и выходного отверстія? Поврежденіе его внутри правой глазницы не допустимо, т. к. переломъ медіальной и верхней стѣнки глазницы (рана была въ лѣвой $^1/_2$ лба) не могъ же дать только симптомы пораженія n. supramax. et n. opt. безъ всякихъ другихъ признаковъ, а въ исторіи раненія при подробномъ описаніи данныхъ осмотра никакихъ симптомовъ, позволявшихъ сдѣлать такое предположеніе не отмѣчено. Между прочимъ, не упоминается о призн. внутриглазничнаго кровоизліянія, о нарушеніи дѣятельности двигательныхъ нервовъ глаза, о поврежденіи глазного яблока и т. п. Положеніе выходного отверстія не допускаетъ поврежденіе нерва въ области fassæ pterygo-palatinæ, черезъ которую проходитъ разсматриваемый нервъ на пути отъ foramen rotundum къ fiss. orbitalis infer. Значитъ, остается внутричерепной отдѣлъ нерва на пути отъ gangl. Gasseri къ foram. rotund. А это

предположеніе заставляетъ предположить, что пуля прошла или черезъ латеральную часть пирамидки, или надъ нею (латеральную—п. что иначе было бы задѣты общій стволъ или узелъ тройничнаго нерва и лицевой нервъ, чего на самомъ дѣлѣ не было; да и глазодвигательные нервы оставались нетронутыми). Признаковъ разрушенія скалистой кости не было (изслѣдованіе уха и черепа). Поэтому естественнѣе всего допустить путь пули выше верхняго края пирамидки, т. е. гориз. плоскости отверстій на близкомъ разстояніи другъ отъ друга. При этомъ внутричерепная часть второй вѣтви п. V не будетъ лежать прямо на пути пулевого канала, но непосредственно подъ нимъ, и, значитъ, параличъ ея нужно приписать косвеннымъ вліяніямъ, напр. кровоизліянію по сосѣдству съ каналомъ и т. п.

Пораженіе праваго зрительнаго и обоихъ обонятельныхъ нервовъ также возможно при такомъ ходѣ пули. Объясняется также характеръ пораженій; начало (передній конецъ) пулевого канала не опустился еще до уровня обонят. нервовъ, которые, слѣдовательно, подверглись косвенному вліянію пулевого канала: и вотъ—пониженіе обоняніа было неполное. Зрительный же нервъ, лежащій далѣе кзади, совпалъ уже съ болѣе низкой частью пулевого канала (который шелъ слегка понижаясь кзади) и былъ имъ перерѣзанъ.

Относительно глухоты одно только несомнѣнно: она была периферическаго происхожденія, т. к. пулевой каналъ лежавшій въ области правой $^1/_2$ средней черепной ямки отъ передняго ея края (пораженіе n. optici) до задняго (пораженіе второй вѣтви n. trigem.) могло прорѣзать только правую височную долю, а не лѣвую, а глухота была на правой сторонѣ, т. е. не могла зависѣть отъ поврежденія правой височной доли. Значитъ, остается слуховой нервъ и помѣщающіяся внутри пирамидки части слухового аппарата. Что изъ двухъ вѣрнѣе? Обширное разрушеніе пирамидки и лежащихъ внутри ея частей исключалось данными изслѣдованія; кромѣ того, поврежденіе лабиринта сопровождались бы и разнообр. признаками разстройства равновѣсія ихъ не было у разбираемаго больного. Но нерѣзкая травма (очень ограниченная, или повлекшая лишь функціональныя послѣдствія) возможна. Прямое пересѣченіе n. acust. на пути отъ продолговатаго мозга къ лабиринту также врядъ ли допустимо, т. к. тогда

трудно было бы представить себѣ полную функціон. сохранность седьмого нерва, лежащаго здѣсь въ самомъ близкомъ сосѣдствѣ съ слуховымъ.

Въ заключеніе нужно сказать, что были ли здѣсь поврежденія височной доли, или нѣтъ,—признаковъ ихъ при изслѣдованіи раненаго не оказывалось, т. к. симптомы существовали только на правой сторонѣ, на которой проходилъ въ этой области и пулевой каналъ; не было также и мозжечковыхъ симптомовъ.

Лобная же доля (лѣвая), по всей вѣроятности, была прорѣзана пулею (въ виду упомянутаго положенія входного отверстія, изъ котораго «вытекало мозговое вещество») можетъ быть, при дальнѣйшемъ тщательномъ изученіи раненаго и обнаружились бы какіе-либо изъ признаковъ, характерныхъ для пораженія лобныхъ долей, но за время моего наблюденія такіе признаки не были замѣчены.

Мои наблюденія на войнѣ относятся къ первому и въ особенности — ко второму періоду разстройствъ у раненыхъ. Я подразумѣваю: 1) періодъ, непосредственно слѣдующій за травмою, — періодъ разнообразныхъ временныхъ послѣдствій травмы, среди которыхъ стойкія и сравнительно непоправимыя разстройства макскируются общею сложною картиною болѣзни; 2) періодъ, наступающій тогда, когда начинаютъ выдѣляться стойкіе симптомы, а остальные теряютъ силу и первоначальную яркость: выпаденіе дѣятельности непосредственно поврежденной части мозга выступаетъ яснѣе, а остальныя части центральной нервной системы оправляются послѣ первоначальнаго сотрясенія, ушиба, циркуляторныхъ разстройствъ и пр., особенно—послѣ устраненія причинъ прижатія мозга и т. д. Этотъ періодъ наиболѣе насъ интересовалъ, какъ наиболѣе благопріятное время для собиранія данныхъ, могущихъ характеризовать значеніе той или иной мозговой области.

Если бы я могъ прослѣдить судьбу наблюдавшихся раненыхъ въ теченіе многихъ лѣтъ, я, вѣроятно, увидѣлъ бы исчезновеніе нѣкоторыхъ изъ характерныхъ симптомомъ второго періода (хотя и гораздо болѣе позднее, чѣмъ—разстройствъ

перваго періода), и, кромѣ того, могли появиться новые поздніе симптомы, какъ отдаленное послѣдствіе травмы центральной нервной системы.

Прослѣдить раненыхъ долго было бы очень интересно, но это для меня оказалось невозможнымъ, такъ какъ посѣщаемые мною госпиталя находились близко къ боевой линіи и раненые эвакуировались если не на родину, то, по крайней мѣрѣ, въ отдаленный тылъ, и при томъ обыкновенно такъ внезапно (по экстреннымъ распоряженіямъ о немедленномъ приготовленіи госпиталей къ возможному поступленію огромнаго числа новыхъ раненыхъ), и съ такою сложною передачею эвакуированныхъ раненыхъ изъ рукъ въ руки, что напасть на слѣдъ ихъ потомъ уже не удавалось.

Съ отдаленными послѣдствіями раненій я познакомился уже по возвращеніи съ войны по окончаніи ея — благодаря любезному разрѣшенію глубокоуважаемаго академика Владиміра Михайловича Бехтерева наблюдать остававшихся въ завѣдываемой имъ клиникѣ раненыхъ. Здѣсь уже были не открытыя раны, какъ тамъ, а рубцы на мѣстѣ бывшихъ поврежденій, а наблюдавшееся мною позволяло по аналогіи хоть съ нѣкоторою степенью вѣроятность представить себѣ отдаленныя послѣдствія раненій вообще.

Но, къ сожалѣнію, крайне ограниченное количество времени, бывшее въ распоряженіи у меня (я пріѣзжалъ въ С.-Петербургъ, пользуясь отпускомъ) и болѣзнь помѣшали мнѣ провести систематическое наблюденіе этихъ случаевъ и составить полныя исторіи болѣзни. Поэтому я не буду приводить здѣсь записи своихъ наблюденій, но приведу лишь въ самомъ сжатомъ видѣ наиболѣе существенныя данныя, отмѣченныя въ клиникѣ какъ въ исторіяхъ случаевъ, изслѣдовавшихся, такъ и неизслѣдовшихся мною.

1) А. М—ъ. Раненъ пулею въ голову подъ Ляояномъ. *Топографія* ранъ: одна рана—на границѣ теменной и лобной костей у срединной линіи, другая—влѣво и кзади отъ первой—въ области верхнезадняго квадранта теменной кости, по близости отъ затылочной кости.

Анамнезъ: послѣ ранепія 4 дня длилось безсознательное состояніе; по миновапіи его недѣли двѣ была афазія и повторялись рвоты. Потомъ постепенно рѣчь возстановилась.

Въ клиникѣ найдено: 1) правосторонній гемипарезъ конечностей съ повышеніемъ сухожильныхъ и пониженіемъ кожныхъ рефлексовъ

и со спастическимъ напряженіемъ мышцъ; 2) появленіе въ правыхъ конечностяхъ подергиваній при малѣйшемъ шумѣ и т. п.: дрожаніе парализованной конечности при движеніяхъ ея; покровы ея холодны и красны; 3) головныя боли; ослабленіе памяти; 4) hyperhydrosis unilateralis dextra.

Непосредственно могли подвергнуться поврежденію задній отдѣлъ лобной доли и центральныя извилины—около верхняго края полушарія; теменная доля.

Феноменъ Bagiusk'аго замѣченъ не съ самаго начала, а лишь черезъ мѣсяцъ послѣ поступленія раненаго въ клинику.

2) Б—въ. Раненъ пулею также подъ Ляояномъ. Поранивъ затылочную часть правой $^1/_2$ черепа, пуля прошла черезъ мягкія части шеи къ плечевой области. Непосредственно послѣ ранения—безсознательное состояніе; по минованіи его обнаружился параличъ правыхъ конечностей. Въ Харбинскомъ госпиталѣ найдена анэстезія лѣвой половины тѣла, пониженіе слуха и вкуса. Параличъ началъ уменьшаться въ концѣ третьяго мѣсяца.

Status praesens. Параличъ обѣихъ ногъ и правой руки. Анэстезія лѣвой $^1/_2$ туловища, начиная отъ уровня сосковъ внизъ, анэстезія лѣвой ноги, лѣвой руки, праваго лицевого нерва. Пониженіе слуха справа, звонъ въ ушахъ, въ особенности въ правомъ; пониженіе вкуса; neuritis ulnaris.

Д. Б—въ. Раненъ въ бою подъ Мукденомъ осколкомъ 11-дюймоваго снаряда въ правую $^1/_2$ головы; кромѣ того, нѣсколько пулевыхъ и артиллерійскихъ ранъ въ другихъ областяхъ тѣла. 8 сутокъ длилось безсознательное состояніе. Рвота, судороги правыхъ конечностей, параличъ лѣвыхъ. *Status praesens*: правост. гемипарезъ съ повышеніемъ сухож. рефлексовъ, приступы судорогъ, начинающихся съ правой $^1/_2$ лица и шеи.

Параличъ и анэстезія обѣихъ нижнихъ конечностей. Свѣтобоязнь. Ощупываніе мѣста травмы позади праваго уха вызываетъ судороги въ правой $^1/_2$ лица.

К у—ъ. Раненъ въ Портъ-Артурѣ осколкомъ снаряда; повреждена правая половина черепа отъ затылка до лба. Hemiparesis sin. Судорожные припадки начинаются съ жевательныхъ мышцъ, переходятъ на лѣвую руку и т. д. Сухожильные рефлексы слѣва повышены—температурная чувствительность и стереогностическое чувство слѣва ослаблены. Мѣстная гиперэстезія на лѣвой сторонѣ тѣла.

Г о—о. Раненъ револьверною пулею на близкомъ разстояніи. Входное и выходное отверстія на правой сторонѣ головы. Одно изъ нихъ соотвѣтствуетъ лобной области, другое—области центральныхъ извилинъ. Симптомы: лѣвосторонній гемипарезъ, захватывающій и facialis; контрактуры и повышеніе рефлексовъ; рука парализована въ большей степени, чѣмъ нога. Парезъ правой ноги и ригидность при изслѣдованіи пассивныхъ движеній правой стопы. Пониженіе кожныхъ рефлексовъ слѣва, Babinski и тыльно-пальцевый рефлексъ, а также—наростаніе колѣннаго рефлекса и клонусъ стопы и колѣнной чашки слѣва. Въ анамнезѣ: непосредственно послѣ ранения

безсознательное состояніе, по минованіи его обнаружились признаки гемиплегіи и афазіи. За время пребыванія раненаго въ клиникѣ состояніе его нѣсколько улучшилось, параличъ и контрактуры уменьшились.

При обсужденіи наблюдавшихся у раненыхъ симптомовъ выпаденія функціи поврежденныхъ частей мозга или признаковъ раздраженія тѣхъ или иныхъ мозговыхъ центровъ мнѣ приходила въ голову еще вотъ какая мысль: всѣ ли симптомы очаговаго типа зависятъ дѣйствительно отъ разрушенія извѣстныхъ центровъ? Не можетъ ли здѣсь играть роль появленіе мнимо-очаговыхъ симптомовъ на почвѣ функціональнаго нейроза, развившагося у раненаго подъ вліяніемъ травмы.

Дѣло въ томъ, что я самъ видѣлъ появленіе такихъ симптомовъ, какъ гемиплегія, диссоціированныя разстройства чувствительности, геміанопсія и т. п. у солдатъ, подвергавшихся и не подвергавшихся травматическимъ поврежденіямъ, безъ признаковъ раненія мозга, съ явными признаками функціональнаго нейроза.

Гораздо менѣе значительныя травмы даютъ поводъ къ развитію или къ обнаруженію скрытаго до этого времени нейроза. Почему же ему не развиться у лицъ, подвергшихся такой тяжелой травмѣ, какъ раздробленіе (хотя и неполное) черепного свода пулею или снарядомъ, да еще при усиливающемъ ее дѣйствіи аффектовъ, переживаемыхъ во время боя? И безъ раздробленія черепныхъ костей, многіе на моихъ глазахъ вышли изъ боя совершенно больными въ этомъ смыслѣ, съ самыми тяжелыми проявленіями нейрастеніи, истеріи и т. д.

Въ видѣ иллюстраціи къ сказанному нѣсколько выше я позволю себѣ сослаться на видѣнные мною случаи функціональныхъ нейрозовъ у солдатъ, именно—на тѣ случаи, въ которыхъ наблюдались симптомы, аналогичные на первый взглядъ съ наблюдавшимся у раненыхъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ функіональные нейрозы у солдатъ наблюдаются въ формѣ гемиплегіи, при чемъ параличъ появляется черезъ болѣе или менѣе продолжительный промежутокъ послѣ травмы, особенно—послѣ травмы, сопровождавшейся аффективнымъ возбужденіемъ, напр.—испугомъ.

Примѣръ: здоровый, сильный, бодрый кучеръ изъ крестьянъ, послѣ катастрофы съ экипажемъ дѣлается унылымъ, неспособнымъ

къ бодрому труду, пугливымъ; ночью его пугаютъ страшные сны, во время которыхъ онъ снова переживаетъ ужасъ всего уже испытаннаго въ дѣйствительности. Онъ вѣчно чувствуетъ себя нездоровымъ, быстро утомляется, вяло и пассивно относится къ жизни, неохотно ѣстъ, задумывается надъ своею судьбою. Черезъ три года послѣ катастрофы, лежа въ лазаретѣ по поводу другихъ болѣзней вдругъ проснулся съ параличомъ лѣвыхъ конечностей: къ удивленію своему замѣтилъ, что не можетъ поправить одѣяло лѣвою рукою, а при попыткахъ встать замѣтилъ, что и нога не повинуется волѣ.

При наблюденіи больного найдена геміанэстезія всей $^1/_2$ тѣла (обширнѣе паралича) съ пониженіемъ всѣхъ видовъ чувствительности кожи и слизистыхъ оболочекъ на лѣвой сторонѣ съ участіемъ органовъ чувствъ, съуженіемъ поля зрѣнія въ лѣвомъ глазу, отсутствіемъ глоточнаго рефлекса, сохраненіемъ кожныхъ рефлексовъ на сторонѣ паралича, болѣзненностью плечевого сустава и повышеніемъ сосудистыхъ рефлексовъ на лѣвой сторонѣ тѣла и т. д.

Мнѣ пришлось, разбирая этотъ случай, и, между прочимъ, оцѣнивая степень вѣроятности сифилитическаго происхожденія гемиплегіи здѣсь, отвергнуто всякое иное происхожденіе ея, кромѣ функціональнаго. Параличъ поддался внушенію.

Подобная же гемиплегіи наблюдалась мною и въ другомъ случаѣ у молодого солдата (на правой сторонѣ тѣла),

Гемиплегическая форма функціональныхъ нейрозовъ наблюдалась у солдатъ многими авторами, напр. Озерецковскимъ (59, 60, 61 и 62-й случаи его; въ трехъ изъ нихъ гемиплегія появилась во время сна, въ одномъ—во время ученія), Маштакова, Трапезникова, Блюменау, Яроцкаго, Новосельскаго, Сыркинъ-Шкловскаго и др.

При функціональной гемиплегіи отмѣчаютъ отсутствіе лицевыхъ параличей (но это не всегда такъ бываетъ), и, наоборотъ, наличность судорожныхъ явленій въ мышцахъ лица и языка (Todd, Charcot, Oppenheim, André); симптомъ платизмы: она или не сокращается или сокращается равномѣрно на обѣихъ сторонахъ при широкомъ открываніи рта или при противодѣйствіи пассивному чрезмѣрному отклоненію головы кзади (Babinski); судорожныя и нетипичныя отклоненія языка (Ротъ); изъ глазодвигательныхъ разстройствъ—только ptosis; походка не похожа не походку органическихъ гемиплегиковъ; стопа не описываетъ кривую, а «мететъ полъ», волочится, какъ посторонне тѣло, носкомъ по полу (Todd, Thoinot). Marinesco изслѣдовалъ походку гемиплегиковъ кинематографическимъ способомъ и нашелъ, что при органической гемиплегіи нога движется, какъ живой органъ, движе-

нія въ отдѣльныхъ суставахъ отчасти сохранены, при истеріи же нога представляетъ безжизненную, инертную массу, передвигаемую больнымъ. При органической гемиплегіи можно поднять, лежа въ постели, одну парализованную ногу, но не обѣ одновременно (Grasset и Gaussel), когда больной садится въ постели, нога немного поднимается отъ уровня постели (Baginski).

Если дать пассивно упасть рукѣ, она падетъ при огранич. гемипл. не равномѣрно, но есть такой моментъ, когда происх. минутная задержка (напряженіе сухожилія двуглавой мышцы) (Бехтеревъ, Mohr): парализованную руку можно согнуть въ локтѣ сильнѣе, чѣмъ при истерич. гемиплегіи (Babinski), при пассивномъ выпрямленіи сведенной кисти, пальцы сжимаются. Нога обыкновенно поражается при функціон. гемипл. сильнѣе, чѣмъ рука. Наблюдается разстройство дѣятельности сложныхъ системныхъ движеній, движеній аналогичныхъ по своему значенію: системное, элективное пораженіе при истерической гемиплегіи (Щербакъ). Иногда больной можетъ съ закрытыми глазами повторять движенія парализованными конечностями, но произвольно не можетъ привести ихъ въ движеніе: транскортикальный параличъ (Pik). Электровозбудимость позволяетъ отличить истерич. параличи отъ органическихъ. Характеръ ихъ болѣе измѣнчивый и капризный. Поверхностные рефлексы понижаются на сторонѣ паралича, какъ и при органической геміанестезіи, но усиленіе сухожильныхъ не характерно. Относительно значенія здѣсь рефлекса Babinsk'аго не всѣ авторы согласны и наличность его не исключаетъ возможность діагноза истерической гемиплегіи (Корниловъ, Левенбергъ, хотя въ общемъ это ранній и хорошій отличительный признакъ органич. гемиплегій. Помогаетъ изслѣдованіе брюшныхъ и др. рефлексовъ (Розенбахъ). При изслѣдованіи электровозбудимости мышцъ стрѣлка возвращается къ нулю равномѣрно при истерич. и толчками—при органич. гемиплегіяхъ (М. Э. Мендельсонъ).

Изученіе этіологич. условій, вліянія внушающихъ воздѣйствій, наличность или отсутствіе стигматъ истеріи (это послѣднее—съ оговорками) и т. д. позволяютъ отличить органич. и истерич. гемиплегію (особенно характерныя анэстезіи, состояніе глоточнаго рефлекса, съуженіе поля зрѣнія). В. М. Бехтеревъ указывая объективные признаки травматич.

нейрозовъ, упоминаетъ о томъ, что при немъ кожныя раздраженія анэстезированное $^1/_2$ тѣла иначе вліяютъ на сердечную дѣятельность, дыханіе и т. д. чѣмъ раздраженія здоровой стороны.

Встрѣчается и моноплегическая форма нейроза у солдатъ. Примѣрами могутъ служить 65, 66 и 67 случаи Озерецковскаго (параличъ верхней конечности).

Теперь перейдемъ къ анестезіямъ. Истерическіе случаи Грейденберга, Трапезникова, Маштакова, Поспѣлова, Яроцкаго, Горшкова и др. Геміанэстезія наблюдается въ разной степени въ участкахъ, ограничивающихся «ампутаціонными» линіями (Ротъ). При органической геміанэстезіи нерѣдко преобладаетъ разстройство стереогностическаго чувства, геміанэстезія отсутствуетъ на задній планъ передъ двигательнымъ параличемъ, граница между нечувствительными мѣстами и остальною частью кожи не рѣзкая. Многіе авторы (напр. Ferrier) подчеркиваютъ соединеніе истерической геміанэстезіи съ пониженіемъ дѣятельности органовъ чувствъ на той же сторонѣ; при этомъ со стороны зрѣнія разстройство выражается не геміанопсіей, а слѣпотою одного глаза или концентрическимъ съуженіемъ поля зрѣнія (исключенія: Janet и др.). Это объясняютъ разстройствомъ психическаго акта представленій, соотвѣтствующихъ одному глазу, несмотря на двустороннюю иннервацію одноименныхъ половинъ сѣтчатокъ, или обезкровливаніемъ тканей глаза при анэстезіи окружающихъ его частей (проф. Щербакъ). Акад. Бехтеревъ указываетъ на слѣдующіе объективные признаки, характеризующіе травматическій нейрозъ: сильныя болевыя раздраженія анэстезированныхъ областей не вызываютъ ясныхъ измѣненій сердечной дѣятельности, или если и вызываютъ, то въ менѣе рѣзкой степени, чѣмъ раздраженіе здоровой стороны; такая же разница получается при изслѣдованіи вліянія умѣренныхъ болевыхъ и другихъ раздраженій кожи на дыханіе. Важныя указанія можетъ дать неодинаковая реакція зрачковъ при болевыхъ раздраженіяхъ анэстезированной и здоровой стороны тѣла. Анэстезія сопровождается спазмомъ сосудовъ: благодаря этому получается разница температуры периферическихъ частей тѣла и сосудодвигательныхъ реакцій покрововъ ихъ, а иногда и потоотдѣленія. Тамъ, гдѣ возникаетъ сомнѣніе, слѣдуетъ измѣрять периферическую температуру симметричныхъ областей; такое измѣненіе можетъ обнаружить существенныя различія въ температурѣ обѣихъ сторонъ тѣла.

Истерическимъ анэстезіямъ свойственъ признакъ, характерный для корковыхъ анэстезій: такъ какъ пораженіе лежитъ выше сложныхъ автоматическихъ центровъ, анэстезія не мѣшаетъ полной сохранности самыхъ сложныхъ автоматическихъ движеній (если эти не разстроены, конечно, благодаря пораженію двигательныхъ центровъ). Способность къ тонкимъ движеніямъ сохраняется несмотря на то, что мышечное чувство рѣзко понижено. Подобная независимость автоматическихъ движеній отъ анэстезіи встрѣчается и при органическихъ пораженіяхъ коры — тамъ, гдѣ они не сопровождаются двигательными разстройствами, напримѣръ, въ случаѣ хроническаго абсцесса теменной области, наблюдавшемся А. Е. Щербакомъ; но это встрѣчается рѣдко, а при истеріи — сплошь да рядомъ.

Диссоціированныя разстройства и при геміанэстезіи и при другомъ распредѣленіи анэстезіи наблюдались мною и при нейрозахъ. Напр., у одного изъ солдатъ (больной И. Х.— I случай 1-го очерка «Нейрозы у солдатъ») наблюдалась полная нечувствительность къ прикосновенію, давленію, болевымъ, тепловымъ, холодовымъ раздраженіямъ въ области рукъ, груди и нижнихъ конечностей (съ промежутками, сохранившими норм. чувствительность). Глубокіе уколы, прикосновеніе сильно нагрѣтымъ зондомъ, пробиркою съ горячею водою, льдомъ и т. п. не вызывало соотвѣтствующихъ ощущеній и реакцій. Локализировать прикосновеніе больной не могъ. Между тѣмъ, мышечное чувство оставалось неизмѣненнымъ, и больной могъ съ закрытыми глазами опредѣлять вѣрно положеніе и пассивныя движенія конечностей.

Такія же диссоціированныя разстройства чувствительности наблюдались и у больного Н. (3-й случай того-же очерка).

Кромѣ этого, у перваго изъ больныхъ наблюдались судорожные припадки, дрожаніе всего тѣла, боли въ груди и спинѣ, повышеніе рефлекторной возбудимости, поліопсія, концентрическое съуженіе поля зрѣнія, у второго—также судорожные припадки, геміанопсія (лѣвыя $^1/_2$ поля зрѣнія для обоихъ глазъ). Анэстезія здѣсь захватывала покровы всего тѣла.

Со стороны органовъ чувствъ мнѣ приходилось наблюдать при нейрозахъ у солдатъ одностороннюю и двустороннюю геміанопсію (въ только что приведенномъ случаѣ), концентрическое ограниченіе поля зрѣнія, поліопсію, зрительныя галлюцинаціи.

Зрительныя галлюцинаціи + галлюц. мышечнаго чувства и болевыя наблюдались при травматич. нейрозѣ и содержаніе ихъ относилось къ пережитому при травмѣ. Концентрическое ограниченіе поля зрѣнія — частое явленіе при травм. нейрозахъ и истеріи.

При этомъ наблюдается перемѣщеніе границъ для разныхъ цвѣтовъ, такъ что границы для голубого цвѣта совпадаютъ съ границами поля для краснаго цвѣта или даже лежатъ внутри послѣдней.

Относительно измѣненія поля зрѣнія при травматическихъ нейрозахъ мы находимъ въ монографіи L. Bruns'a «О травматическихъ нейрозахъ» слѣдующія указанія: стойкое чисто-концентрическое съуженіе поля зрѣнія при травматическихъ нейрозахъ указываетъ на истерическую форму болѣзни или на примѣсь истеріи къ нейрастеническимъ и ипохондрическимъ разстройствамъ. Это съуженіе называется концентрическимъ не въ томъ смыслѣ, что границы поля принимаютъ видъ правильнаго круга, но въ томъ смыслѣ, что онѣ съужены равномѣрно со всѣхъ сторонъ, причемъ границы медіальная и верхняя, какъ и у здоровыхъ людей остаются болѣе близкими къ центру, чѣмъ латеральная и нижняя границы. По Wilbrandt'y и Sängeer'y, для исключенія симуляціи особенно важны тѣ случаи, въ которыхъ съуженіе границъ не достигаетъ сколько-нибудь значительной степени. Но встрѣчаются и такіе случаи, въ которыхъ поле зрѣнія съужено ad maximum (что не мѣшаетъ больному прекрасно ріентироваться въ пространствѣ). Обыкновенно поле зрѣнія для разныхъ другихъ цвѣтовъ болѣе съужено, чѣмъ для бѣлаго цвѣта, иногда оно даже остается для бѣлаго цвѣта нормальнымъ. Ненормальное взаимное отношеніе границъ для разныхъ цвѣтовъ (для синяго уже, чѣмъ для краснаго) Bruns признаетъ рѣдкимъ явленіемъ и указываетъ на возможность утомленія глаза. Важнымъ признакомъ истеріи онъ считаетъ то, что нерѣдко при приближеніи къ доскѣ или удаленіи отъ нея больной указываетъ одинаковыя границы поля зрѣнія. Съуженіе поля зрѣнія чаще наблюдается при изслѣдованіи обоихъ глазъ, но не для обоихъ равномѣрное.

Интересна слѣдующая особенность, подмѣченная Förster'омъ при травматической истеріи: если вводить предметъ въ поле зрѣніе, передвигая въ направленіи отъ окружности къ центру (къ фиксируемой точкѣ), то больной замѣчаетъ предметъ раньше, чѣмъ онъ исчезъ бы при обратномъ движеніи (отъ центра); если передвигать предметъ въ различныхъ меридіанахъ въ медіальномъ направленіи и отмѣтить границы поля, а затѣмъ послѣ паузы повторить опытъ, передвигая предметъ въ противоположномъ направленіи, то границы поля зрѣнія въ первомъ случаѣ будутъ простираться дальше въ височномъ направленіи, а во второмъ случаѣ—въ срединномъ направленіи (см. также изслѣдованія Wilbrandt'a и Sänger'a, König'a и др.). Эти явленія и имъ подобныя (напр. «спиралеобразное» съуженіе поля зрѣнія) указываютъ уже на быструю утомляемость сѣтчатки. Стойкое съуженіе поля зрѣнія указываетъ на истерію, измѣнчивое, свидѣтельствующее о повышенной утомляемости—на нейрастенію. При травматическихъ неврозахъ легко можетъ встрѣтиться сочетаніе обоего рода явленій.

Къ числу объективныхъ признаковъ травматическаго невроза можно причислить еще то, что границы поля зрѣнія у здоровыхъ возстановляются послѣ гораздо менѣе продолжительнаго пребыванія въ темнотѣ, чѣмъ то, которое нужно для больныхъ.

Раздвоеніе видимыхъ предметовъ наблюдалось Озерковскимъ, Блюменау и многими др. также—въ моихъ случаяхъ. Обыкновенно это—diplopia monocularis.

Внезапное или постепенное ослабленіе зрѣнія и слуха при истеріи у солдатъ наблюдалось Блюменау, Грейденбергомъ, Озерецковскимъ, Савичемъ, (зрѣніе) Маштаковымъ, Юцкевичемъ, Schultze и др. (слухъ).

Половинное отдѣленіе пота на одной сторонѣ тѣла (явленіе, аналогичное тому, что наблюдалось у раненаго Г., упоминавшагося выше) наблюдалось мною въ одномъ случаѣ травматическаго нейроза (у одного фельдшерскаго ученика).

Больной—фельдшерскій ученикъ М. послѣ ушиба головы и ноги (паденіе съ лошади), началъ страдать *головными болями* (преиму-

щественно въ лѣвой половинѣ волосистой части головы), *головокруженіемъ* и сдѣлался очень *впечатлительнымъ*, раздражительнымъ; изъ-за ничтожныхъ причинъ возбужденіе легко достигало степени аффектовъ; по временамъ у М. появлялись боли въ правомъ боку. Объективное изслѣдованіе обнаружило *пониженіе чувствительности во всей лѣвой половинѣ тѣла* къ прикосновенію и давленію, *извращеніе температурнаго чувства* (смѣшиваетъ горячее съ холоднымъ) *и полную утрату болевой чувствительности на этой сторонѣ* (уколы ощущаетъ, но не чувствуетъ боли при этомъ); анэстезія лѣвой половины зѣва и слизистой оболочки рта, а также глотки и языка; *ослабленіе глоточнаго рефлекса и кожныхъ рефлексовъ на лѣвой сторонѣ и усиленіе сосудистыхъ рефлексовъ; пониженіе обонянія и вкуса* (*ощущенія воспринимаются*, но не различаются въ качественномъ отношеніи); *ослабленіе слуха слѣва*.

На ряду съ этими явленіями, имѣющими стойкій характеръ, у больного наблюдалось по временамъ подъ вліяніемъ разнаго рода душевныхъ волненій слѣдующее: *лѣвая сторона тѣла становится холоднѣе правой, блѣднѣетъ и покрывается каплями*. Особенно рѣзко выступало это потѣніе на лѣвой сторонѣ лица и верхной половины тѣла. Для того, чтобы появились эти симптомы, достаточно иногда самаго незначительнаго волненія (напр., это наблюдалось при обыкновенномъ врачебномъ изслѣдованіи больного).

Другими примѣрами hyperhydrosis unilateralis при нейрозахъ могутъ служить случаи Поспѣлова, Teuscher'a, Seeligmüller'a, Rice'a и др.

Анализъ разныхъ формъ hyperhydrosis unilateralis и описаніе случая были даны мною въ особой работѣ «случаи hyperhydros. unilater».

Замедленная и тихая (малозвучная) рѣчь наблюдалась мною при нейрозахъ у нѣкоторыхъ солдатъ. Случаи I и VII, описанные во 2-мъ очеркѣ «нейрозовъ»: Врачебн. Вѣстн. 1908 г., № 1 и 3—4. На замедленіе рѣчи, толчкообразный характеръ ея и т. д. при травматическихъ нейрозахъ указываютъ Bruns и др.

Сообщивъ въ сжатомъ видѣ сохранившіяся у меня свѣдѣнія о нѣкоторыхъ изъ случаевъ, раненій мозга, наблюдавшихся мною, я долженъ теперь перейти къ общему обзору результатовъ наблюденій.

При этомъ было бы наиболѣе интересно раздѣлить случаи на нѣсколько группъ по топографіи поврежденій, сопоставляя случаи раненій лобной, височной, затылочной, теменной области, правой, лѣвой стороны, поперечныхъ, продольныхъ, діагональныхъ и касательныхъ раненій. Но это было бы удобно, если бы мы имѣли передъ собою случаи, провѣренные вскрытіями и несложные. У насъ же топографія раненій мозга установлена только въ высшей степени предположительно и главнымъ образомъ лишь по отношенію къ локализаціи пулевого канала въ мозгу; какія изъ частей, окружающихъ пулевой каналъ были также стойко измѣнены подъ вліяніемъ травмы, въ какихъ размѣрахъ была повреждена поверхность мозга въ области входной и выходной ранъ, какъ повліяла травма на сосудистую систему черепной полости и т. д.,— намъ въ точности неизвѣстно. Да и ограниченное число случаевъ при ихъ разнообразіи не позволяетъ съ удобствомъ группировать ихъ по мѣсту поврежденія.

Другое дѣло—клиническіе симптомы. Они всетаки могли бы были выяснены гораздо точнѣе, чѣмъ анатомія поврежденій. Поэтому въ данномъ случаѣ, пожалуй, удобнѣе будетъ сопоставить наблюденія по клиническимъ симптомамъ, сравнивая при этомъ анатомическія данныя, соотвѣтствующія каждому симптомокомплексу.

Начнемъ съ чувствительно-двигательныхъ параличей.

Въ 6 изъ приведенныхъ здѣсь моихъ маньчжурскихъ наблюденій была найдена *гемиплегическая форма* паралича: случаи I, II, IV, V, VII и X.

При этомъ въ 3 случаяхъ была правосторонняя, а въ другихъ 3—лѣвосторонняя гемиплегія (правост. въ случ. II, V и X; лѣвост.—въ случ. I, IV и VII). Въ 2 случаяхъ (I и V) парализованы были не только конечности, но и facialis (inf.) и при томъ въ лицѣ параличъ былъ наиболѣе выраженъ, а въ ногѣ—наименѣе. Въ X случаѣ отмѣченъ собственно парезъ рукъ, преимущественно правой, но я причислилъ этотъ случай къ гемиплегической группѣ въ виду того, что 1) сухожильные рефлексы были повышены и въ области ноги, 2) анэстезія, кромѣ руки, захватывала соотвѣтствующую сторону туловища, шеи и лица.

Прежде, чѣмъ перейти къ дальнѣйшимъ симптоматологическимъ подробностямъ, отмѣчу соотношеніе между упомянутыми клиническими данными и соотвѣтствующими имъ анатомическими.

Въ случаяхъ II и X одностороннему поврежденію черепа

именно — лѣвостороннему) соотвѣтствовалъ параличъ противоположной стороны тѣла (правой). Въ VII случаѣ наблюдался параличъ на сторонѣ поврежденія (то и другое — на лѣвой сторонѣ). Этотъ случай требуетъ, слѣдовательно, объясненій. Прежде всего, замѣтимъ, что въ данномъ случаѣ раненіе черепа локализировалось на сторонѣ паралича, но не въ области психомоторныхъ центровъ, а лишь вблизи отъ нихъ. Слѣдовательно, возможно такое происхожденіе параличей: по близости отъ раны вдавленное мѣсто кости или внѣдрившійся осколокъ сдавливая мозговое вещество въ области психомоторныхъ центровъ, вызвалъ параличъ ихъ. Разъ такъ, — то уже дѣло случайности — были ли глубоко вдавлены части костей спереди или справа или слѣва отъ раны. А такъ какъ рана находилась непосредственно слѣва отъ срединной линіи, то могли оказаться вдавленными случайно части черепной крышки по ту сторону срединной линіи и въ большей степени уцѣлѣть лежащія прямо кпереди отъ раны, т. е. мыслимы были поврежденія двиг. центровъ праваго полушарія (рана въ области задневерхняго квадранта лѣвой теменной кости). Мыслимы и другія гипотезы: напр., — кровоизліянія въ мозгов. вещество и т. п. Во всякомъ случаѣ наблюденіе показываетъ, что схема топографіи мозговыхъ раненій не такъ проста, какъ кажется на первый взглядъ.

Въ IV и V случаяхъ были двустороннія поперечныя раненія, въ I случаѣ—діагональное. При этомъ въ IV случаѣ рана, болѣе близкая къ психомоторной области, была на сторонѣ психомоторныхъ центровъ, управляющихъ движеніями парализованныхъ конечностей (лѣвосторонняя рана, правосторонняя гемиплегія), въ V случаѣ на сторонѣ этихъ центровъ черепъ былъ болѣе поврежденъ, чѣмъ на другой сторонѣ (лѣвая теменная область повреждена сильнѣе правой; гемиплегія правосторонняя). Что касается I случая, въ которомъ предположено діагональное положеніе пулевого канала, то я напомню, что анатомическій анализъ случая, привелъ къ выводу, что внутренняя сумка и лучистый вѣнецъ теменной области могли быть повреждены главнымъ образомъ въ правомъ полушаріи; этому и соотвѣтствуетъ лѣвосторонняя гемиплегія, наблюдавшаяся у раненаго.

Теперь обратимъ вниманіе на «высоту» ранъ, на близость ихъ къ верхнему краю полушарій. Наиболѣе низкое положеніе раны можно допустить въ случаяхъ I (отъ области, близкой къ правому теменному бугру, пуля направлялась къ области между лѣвымъ лобнымъ бугромъ и корнемъ носа). Въ этомъ случаѣ былъ наиболѣе парализованъ facialis.

Наиболѣе высокое положеніе ранъ въ случаяхъ IV, VII и X (въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ верхнимъ краемъ полушарій). Въ одномъ изъ нихъ только что приведенныя соображенія заставили думать о поврежденіи противоположнаго полушарія, въ другомъ, судя по клиническимъ даннымъ, можно думать о двустороннихъ поврежденіяхъ (двусторонній парезъ конечностей, хотя и болѣе выраженный на правой сторонѣ; двустороннее повышеніе рефлекса ахиллова сухожилія, при одностороннемъ усиленіи колѣннаго рефлекса на правой сторонѣ). Нужно еще замѣтить, что эти случаи съ анатомической точки зрѣнія, конечно, болѣе всего исключаютъ капсулярное происхожденіе гемиплегіи.

Относительно глубины поврежденій наши гипотезы могутъ основываться только на очень гадательныхъ предположеніяхъ. Можно думать, что въ такихъ случаяхъ, какъ II, IV, VII, X раненіе было скорѣе поверхностное, т. к. пуля вышла на близкомъ разстояніи отъ входной раны, и, наоборотъ, въ I случаѣ было глубокое раненіе, такъ какъ пуля, вѣроятно, прошла сквозь вещество обоихъ полушарій на довольно большомъ разстояніи отъ вершины черепа. Съ симптоматологической точки зрѣнія можно отмѣтить только, что въ этомъ случаѣ параличъ охватилъ наибольшій районъ (вся лѣвая половина тѣла). Случай V я не беру здѣсь въ расчетъ, т. к. онъ отличается по виду поврежденія. Здѣсь было не раненіе пулею, а переломъ черепа вслѣдствіе удара лошадиною подковою.

Относительно близости мѣста, подвергшагося поврежденію, къ области центральныхъ извилинъ можно замѣтить слѣдующее. Проэкція Роландовой борозды на черепѣ ложится въ области передней трети теменной кости, внизу — ближе къ переднему краю ея (отступя сант. на 2,5 — 3 кзади отъ него) вверху — нѣсколько дальше (на 4 — 5 сант. кзади отъ вѣнечнаго шва). Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ у насъ наблюдалась гемиплегія, поврежденія локализировались въ области теменной кости, большею частью—въ области задняго

отдѣла ея. Но пускаться въ болѣе тонкія вычисленія было бы не только гадательно, но и безполезно, такъ какъ районъ поврежденій шире раневого отверстія (раненіе мозга внѣдрившимися костными осколками и т. д.).

Перейдемъ къ дальнѣйшимъ симптоматологическимъ подробностямъ.

Признаками пареза являлось пониженіе силы, неловкость и неувѣренность движеній, неполный размѣръ ихъ и ихъ несовершенство. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ парезъ сопровождался періодически появлявшимися признаками двигательнаго раздраженія: подергиваніями мышечныхъ группъ (случ. II), половинными судорогами, начинавшимися постоянно съ опредѣленной области (съ правой половины лица въ V случаѣ). Ригидности мышцъ, тоническихъ судорогъ, контрактуръ и другихъ признаковъ раздраженія постояннаго характера въ арміи я не наблюдалъ. Напротивъ того, они характерны для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ рана давно уже зажила.

Признакъ Babinsk'аго наблюдался довольно рано. Состояніе кожныхъ рефлексовъ въ моихъ наблюденіяхъ не были настолько характерны, чтобы я могъ о нихъ распространяться здѣсь. Сухожильные рефлексы были усилены на сторонѣ гемипареза (случаи II, IV, X).

Теперь отмѣтимъ особенности *геміанэстезіи*, сопровождавшей параличъ и остановимъ главнымъ образомъ вниманіе: 1) на границахъ области, захватываемой ею, 2) на соотношеніи разныхъ отдѣльныхъ видовъ чувствительности.

Относительно границъ нужно замѣтить, что онѣ не соотвѣтствовали ни области двигательнаго паралича, ни области развѣтвленія опредѣленныхъ нервныхъ стволовъ, ни топографоанатомическимъ границамъ и не были вполнѣ постоянны. На туловищѣ онѣ не доходили до срединной линіи; верхняя и нижняя, а равно и медіальная границы, идя неправильною линіею мѣняли свое положеніе въ разные дни изслѣдованія. Рѣзкаго перехода отъ области анэстезіи къ области съ нормальною чувствительностью не было.

Относительно отдѣльныхъ видовъ чувствительности нужно замѣтить слѣдующее.

Геміанестезія въ наблюдавшихся мною случаяхъ выражалась пониженіемъ не всѣхъ видовъ чувствительности, а только нѣкоторыхъ. Такъ, во II случаѣ наблюдалось полное отсутствіе стереогностическаго чувства при сохранности термической чувствительности и лишь ослабленіе мышечнаго чувства, чувства прикосновенія и давленія.

Въ I случаѣ стереогностическое чувство было понижено, всѣ остальные виды чувствительности (поверхностной и глубокой) не были понижены, напротивъ того, въ V случаѣ стереогностическое чувство, равно какъ тепловая и холодовая чувствительность и мышечное чувство были сохранены, а чувство прикосновенія, давленія и болевая чувствительность понижены. X случай отличается отъ V тѣмъ, что термическая чувствительность, подобно чувству прикосновенія и давленія, была понижена; стереогностическое же и мышечное чувство здѣсь, какъ и въ V случаѣ, было сохранено.

Въ IV случаѣ было сохранено чувство позъ и пассивныхъ движеній и понижено чувство прикосновенія и боли; въ VII случаѣ понижено чувство прикосновенія, давленія и способность локализировать ощущенія, въ меньшей степени— мышечное чувство; остальные виды чувствительности были сохранены.

Уловить какое-либо опредѣленное соотношеніе между мѣстомъ травмы и выпаденіемъ того или иного вида ея—врядъ ли возможно (я имѣю въ виду свои случаи). Вообще по отношенію къ разстройствамъ чувствительности я отмѣчу наличность ихъ (въ диссоціированной формѣ) тамъ, гдѣ можно думать о прямомъ или косвенномъ отношеніи раненія теменной долѣ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ гемиплегія и геміанестезія сопровождалась разстройствомъ слуха и зрѣнія (въ формѣ двусторонней одноименной геміанопсіи) на той же сторонѣ (случаи II и X); въ I случаѣ было также отмѣчено пониженіе слуха и въ IV случаѣ—геміанопсія, но на сторонѣ, противоположной параличу (ранены оба полушарія).

Правосторонняя гемиплегія въ 2 случаяхъ сопровождалась двигательною афазіею: въ случаяхъ II и V.

Разстройства зрѣнія наблюдались у нѣсколькихъ изъ моихъ раненыхъ. Только въ 5 случаяхъ не было вовсе такихъ разстройствъ (VI, VII, VIII, IX и X).

Въ 4 наблюдалась *бинокулярная одноименная геміанопсія:* во II, III и X случаяхъ—правосторонняя, въ IV— лѣвосторонняя. Въ случаяхъ II и X поле зрѣнія было огра-

ничено не только справа, но и снизу (въ меньшей степени). При изслѣдованіи съ цвѣтными значками получались результаты сходные съ тѣмъ, что давало изслѣдованіе для бѣлаго цвѣта. Изслѣдованіе съ помощью освѣщенія отдѣльныхъ мѣстъ сѣтчатки не давало геміопической реакціи. Недостатокъ самостоятельно не замѣчался больными. Онъ вліялъ на способность ориентироваться въ пространствѣ, особенно при ходьбѣ. Въ одномъ изъ случаевъ геміанопсія сопровождалась фотоптическими явленіями, но не геміопическаго характера (случай IV'); въ другомъ случаѣ центральное зрѣніе и цвѣтоощущеніе было понижено въ обоихъ глазахъ.

Отношеніе къ топографіи раны было таково: въ 2 случаяхъ рана находилась на одной сторонѣ головы и, повидимому, можно было допустить болѣе или менѣе поверхностное поврежденіе латеральной стороны затылочной доли и областей мозга, примыкающихъ къ ней спереди: въ случаѣ II одно изъ отверстій находилось на 1 сант. позади ламбдовиднаго шва, около верхушки его, другое — на довольно близкомъ разстояніи отъ него спереди: тотчасъ передъ лѣвымъ теменнымъ бугромъ. Проэцируя отверстія и область, лежащую между ними, на мозгъ, найдемъ: самый передній отдѣлъ верхн. затылочн. извил.; lobulus parietalis inferior et gyrus angularis; задніе концы височныхъ и теменныхъ извилинъ лѣваго мозгового полушарія; на ряду съ этимъ были клиническіе признаки поврежденія этихъ частей: утрата стереогностическаго и пониженіе мышечнаго чувства и осязанія, ослабленіе слуха и геміанопсія—все это—на правой сторонѣ.

Въ X случаѣ рана начиналась на 5 сант. кпереди отъ наружнаго затылочнаго бугра, т. е. вблизи отъ передней границы затылочной доли и, направлялась кпереди на 5 сант.; здѣсь было найдено болѣе ограниченное пораженіе чувствительности и двигательныхъ функцій, и именно—указывавшее на поврежденіе низко лежащихъ психомоторныхъ центровъ, или проводниковъ, идущихъ отъ нихъ: парезъ руки, пониженіе чувствительности въ области руки, туловища, шеи и лица; такъ же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, было пониженіе слуха и ограниченіе поля зрѣнія на сторонѣ противоположной поврежденному полушарію, т. е.—на правой. Проэкція раны и ея ближайшихъ окрестностей ложится здѣсь на переднюю

часть затылочныхъ, задніе отдѣлы височныхъ извилинъ и gyrus angularis лѣваго полушарія.

Въ двухъ другихъ случаяхъ геміанопсіею сопровождались поврежденія двустороннія и при томъ такія, въ которыхъ можно предположить сквозное раненіе полушарій мозга: отъ медіальной до латеральной поверхности ихъ. Въ одномъ изъ нихъ обѣ раны находились въ предѣлахъ затылочной кости и можно было предположить пулевой каналъ въ веществѣ обѣихъ затылочныхъ долей, слѣва могли быть поранены части наиболѣе близкія къ заднему полюсу, справа—можетъ быть, поврежденія локализировались нѣсколько далѣе отъ него. Здѣсь можно было, конечно, ожидать выпаденія обѣихъ половинъ поля зрѣнія—разстройства центральнаго зрѣнія, смотря по обширности поврежденій. На самомъ дѣлѣ случай отличался отъ другихъ тѣмъ, что острота зрѣнія, способность воспринимать свѣтъ и цвѣтоотношеніе были понижены, хотя и не до полной слѣпоты, но разстройство периферическаго зрѣнія было одностороннее, при чемъ hemianopsia соотвѣтствовала той ранѣ, которая лежала болѣе сзади (слѣва рана тотчасъ у inion; hemianopsia homonyma dextra); т. к. все-таки грубая оцѣнка положенія мозговыхъ ранъ (и то—на основаніи лишь топографіи костныхъ отверсій, а, вѣдь, было вокругъ нихъ и внѣдреніе осколковъ и т. д.) допускаетъ лишь самыя гадательныя объясненія (главнымъ образомъ то — что справа проэкціонныя волокна доли были пересѣчены на болѣе высокомъ уровнѣ, чѣмъ слѣва), то мы и не будемъ на нихъ останавливаться здѣсь (см. разборъ случая).

Въ IV случаѣ отношеніе ранъ къ затылочной долѣ можно опредѣлить ориентируясь разстояніемъ ихъ отъ linea verticalis retromastoidea и отъ наружнаго затылочнаго бугра. Въ лѣвой $^1/_2$ черепного свода рана лежала передъ lin. retromast., въ правой $^1/_2$—на 4 сант. кзади отъ нея. Мы знаемъ, что пересѣченіе задней вертикальной линіи (lin. retromastoidea) съ стрѣловиднымъ швомъ соотвѣтствуетъ верхнему концу Роландовой борозды, которая отсюда идетъ кпереди и внизъ подъ $\angle$ 67° (60—73° по разн. авторамъ) къ срединной линіи. Такимъ образомъ, lin. retromast. (передъ которой находилась рана) пересѣкаетъ поверхность теменной и височной долей;

Проэкція раны на стрѣл. шовъ отстоитъ на 15 сант. отъ inion., т. с.—на 8—9 сант. кпереди отъ передней границы затылочной доли, считая по срединной линіи. Это—въ лѣвомъ полушаріи. Въ правомъ полушаріи рана была въ области lobulus parietalis inferior или ея ближайшихъ окрестностей. Геміанопсія соотвѣтствовала этой послѣдней ранѣ (hemianopsia homonyma sinistra), гемиплегія (чувствительно-двигательная) — лѣвосторонней ранѣ (hemiplegia dextra).

Подобно тому, какъ при травмѣ двигательной области (предполагаемой) мы видѣли не только признаки паралича, но и раздраженія (подергиванія, судорожные приступы), такъ и при травмахъ близкихъ къ зрительной области, наблюдались, кромѣ выпаденія функцій (геміанопсія, пониженіе центральнаго зрѣнія), также *признаки раздраженія* галлюцинаторнаго характера: больнымъ казалось постоянно, что какіе-то предметы двигаются передъ глазами (случаи I, IV). Наблюдалось также раздвоеніе пламени. Со стороны сосѣднихъ областей теменной доли наблюдались при этомъ парэстезіи (чувство холода).

Въ 2 случаяхъ было найдено периферическое пораженіе зрительныхъ путей *(атрофія зрительнаго нерва)*.

При раненіяхъ мозговыхъ полушарій, могущихъ сопровождаться поврежденіемъ височной области, судя по вышеприведеннымъ литературнымъ даннымъ мы могли ожидать *пониженіе слуха* главнымъ образомъ на сторонѣ противоположной поврежденному мѣсту и въ меньшей степени — на сторонѣ травмы. Кромѣ того мы могли ожидать появленіе лѣхъ или иныхъ видовъ чувственной афазіи, а при двустороннихъ раненіяхъ—корковой или душевной глухоты.

На самомъ дѣлѣ пониженіе слуха на противоположной сторонѣ отмѣчено только въ 2 случаяхъ: (II: лѣвостороннее раненіе въ область gyrus angularis, захватывавшее, вѣроятно и прилегающ. къ ней части височныхъ извилинъ; пониженіе слуха на сторонѣ гемиплегіи и геміанопсіи, т. е. справа): X наблюденіе: раненіе по сосѣдству съ заднимъ краемъ лѣвой височной доли (начиная на 5 сант. отъ inion рана тянется впередъ на 5 сант.); пониженіе слуха также на сторонѣ гемиплегіи и геміанопсіи—именно тоже справа.

Въ VI случаѣ пониженіе слуха наблюдалось на сторонѣ

травмы: рана въ области лѣваго сосцевиднаго отростка—лѣвостороннее пониженіе слуха; можно было думать о периферическомъ происхожденіи глухоты и по анатомическимъ соображеніямъ (раздробленіе височной кости, пуля отсюда направилась въ область шеи) и въ виду того, что здѣсь, въ противоположность другимъ случаямъ, не было признаковъ поврежденія мозговой поверхности вокругъ слуховой сферы; напр.—зрительной области (не было геміанопсіи и др. разстройствъ зрѣнія), теменной области (чувствительность оставалась нормальною, гемиплегіи не было).

Въ случаяхъ I и XII наблюдалось одностороннее пониженіе слуха (именно — правостороннее въ обоихъ случаяхъ) при двусторонней травмѣ, но нужно замѣтить, что слуховой сферѣ соотвѣтствовала въ обоихъ случаяхъ рана одноименная съ глухотою: въ I случаѣ—рана въ области задняго конца Сильвіевой борозды и заднихъ концовъ височныхъ извилинъ, въ XII случаѣ—рана тотчасъ позади сосцевиднаго отростка. Рана же, противоположная глухотѣ, въ обоихъ случаяхъ локализировалась въ области переднихъ отдѣловъ лобной доли. Значитъ, и здѣсь можно думать о периферическомъ поврежденіи слухового аппарата. Замѣтимъ, что въ XII случаѣ и остальныя разстройства заставляли думать о поврежденіи нервовъ (зрительнаго, обонятельнаго, тройничнаго), а не мозга.

Въ случаяхъ III, V, VII, VIII, IX и XI слухъ оставался нормальнымъ на обѣихъ сторонахъ. Изъ нихъ въ XI случаѣ рана находилась далеко отъ височной области (двустороннее раненіе лобныхъ долей), въ остальныхъ — по сосѣдству съ заднимъ краемъ височной доли: въ предѣлахъ затылочной доли (III) и теменной доли (остальные).

Отмѣтивъ эти факты и высказавъ по поводу нихъ нѣсколько соображеній, хотя и въ высшей степени гадательныхъ, я долженъ напомнить, что спеціальнаго изслѣдованія остроты и широты слуха точными и тонкими приборами и изслѣдованія на послѣдовательный рядъ тоновъ я не могъ, вѣдь, производить на войнѣ за неимѣніемъ такихъ приборовъ и невозможностью достать ихъ. Мы стремились къ точности: изслѣдовали слухъ одними и тѣми-же часами, измѣряя разстояніе отъ уха, то-же—по отношенію къ рѣчи (шопотъ), паденіе гирекъ съ опредѣленной высоты, дополняли изслѣдованіе наблюденіемъ раненаго, но этого недостаточно для того,

чтобы дѣлать точные выводы изъ отрицательныхъ данныхъ и точно распознать по роду самихъ слуховыхъ разстройствъ центральное или периферическое происхожденіе ихъ.

Замѣтимъ еще, что въ разбираемыхъ случаяхъ поврежденія локализировались близко къ заднимъ отдѣламъ височной доли, а разстройство тонового слуха, какъ видно изъ литературнаго обзора, свойственны главнымъ образомъ поврежденіямъ и заболѣваніямъ переднихъ отдѣловъ ея, чѣмъ, можетъ быть, и объясняется отсутствіе центральныхъ слуховыхъ разстройствъ въ большинствѣ моихъ наблюденій.

За то здѣсь можно было ожидать появленія чувственной афазіи въ той или иной формѣ. На самомъ дѣлѣ она не наблюдалась, по крайней мѣрѣ,—въ томъ періодѣ, когда я изслѣдовалъ раненыхъ. Приходилось видѣть только признаки амнестической афазіи. Вѣроятно, соотвѣтствующіе центры самою пулею были поранены не на всемъ протяженіи, а отъ давленія костныхъ осколковъ вокругъ раны мозгъ былъ освобожденъ до моего посѣщенія раненыхъ—при операціи.

Рѣчевыя разстройства наблюдались во II, V и VI случаяхъ; во II и V случаяхъ афазія комбинировалась съ правостороннею гемиплегіею. На ряду съ афазіей наблюдались и признаки нарушенія хода психическихъ процессовъ: общее пониженіе вниманія и памяти (II и VI случаи), хотя и не въ такой мѣрѣ, чтобы этимъ можно было объяснить самое разстройство рѣчи. Раненые объяснялись съ помощью сохранившихся у нихъ словъ, жестовъ и т. д., понимали рѣчь хорошо, сознавали свой недостатокъ (вначалѣ, повидимому, не вполнѣ сознавали), старались поправиться. Полной и стойкой афазіи не было. Кромѣ перевиранія словъ и невозможности подыскать ихъ наблюдался медленный, негладкій характеръ рѣчи.

Во всѣхъ 3 случаяхъ рана локализировалась не непосредственно въ области рѣчевыхъ центровъ; преходящій характеръ рѣчевыхъ разстройствъ давалъ право думать о косвенномъ вліяніи по сосѣдству съ травмою или о вліяніи общей травмы головы. Сторона поврежденія: во II и VI случаѣ—лѣвая, въ V — главнымъ образомъ лѣвая, но въ меньшей степени и правая.

Остается упомянуть о *симптомахъ общаго характера*: 1) только-что упомянуто уже пониженіе памяти и вниманія у нѣкоторыхъ раненыхъ; 2) въ случаяхъ I, VIII, IX, XII были головныя боли, усиливавшіяся по временамъ до значительной степени (оговорка: въ IX случаѣ было рожистое осложненіе); 3) наблюдался безпокойный сонъ (IV случ.), 4) временное возбужденное состояніе (II); 5) головокруженіе (VI); 6) наклонность постоянно говорить, не слѣдя за содержаніемъ своей рѣчи, повторять одно и то-же и т. д., наконецъ 7) bulimia (I).

Сравнивая свои случаи съ случаями травматическихъ нейрозовъ, наблюдавшихся мною и извѣстныхъ мнѣ изъ литературы, я убѣдился въ отсутствіи у моихъ раненыхъ особенностей и признаковъ характерныхъ для нейрозовъ (см. выше) и потому объяснялъ наблюдавшіеся симптомы дѣйствіемъ травмы опредѣленныхъ центральныхъ областей. Можетъ быть, таковые признаки появились бы позже, такъ какъ отъ травмы до начала рѣзко выраженныхъ разстройствъ при нейрозахъ обыкновенно проходитъ порядочный промежутокъ времени. Еще разъ повторяю: я отмѣтилъ факты, какъ они сохранились въ моихъ запискахъ и въ моей памяти, а толкованіе ихъ считаю лишь гадательнымъ въ виду недостаточной точности клиническихъ и неполноты анатомическихъ данныхъ и невозможности прослѣдить случаи долго.

Относительно *случаевъ* наблюдавшихся мною *въ клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней* и тѣхъ, съ которыми и познакомился по исторіямъ болѣзни клиники, можно замѣтить слѣдующее. Прежде всего, они, дополняя мои наблюденія, сдѣланныя на войнѣ и относящіяся къ первоначальнымъ послѣдствіямъ раненій мозга (первые мѣсяцы), показываютъ, что параличи послѣ раненій, уменьшившись до извѣстной степени, сохраняютъ затѣмъ довольно стойкій характеръ: въ клинику, по прошествіи уже большого промежутка времени послѣ травмы раненые поступали съ гемиплегіями и параплегіями; тоже нужно сказать относительно паралича чувствительности. Тѣмъ не менѣе и здѣсь электротерапія, гидротерапія, гимнастика, массажъ и т. д. не оказывались безсильными и параличи за время пребыванія больныхъ въ клиникѣ уменьшались подъ вліяніемъ леченія.

По своему характеру параличи въ этомъ періодѣ отличались отъ того, что я видѣлъ въ мукденскихъ и тьелинскихъ госпиталяхъ. Тамъ судорожныя явленія наблюдались обыкновенно лишь вначалѣ, пока не было устранено раздраженіе по-

верхностныхъ слоевъ мозга осколками кости, инородн. тѣлами, омертвѣвшими и пораженными нагноеніемъ частями тканей и т. п.; иногда судороги повторялись и послѣ удаленія этихъ источниковъ раздраженія при операціи, но это только указывало на то, что не все удалено и соотвѣтствующее новое вмѣшательство устраняло судороги. Это относится къ случаямъ, подробно изучавшимся мною. Правда, я видѣлъ джексонову эпилепсію, и не только непосредственно послѣ раненія, при томъ—въ чрезвычайно бурной формѣ, но это—въ случаяхъ, съ которыми подробно я не могъ познакомиться: насколько могу судить по немногимъ даннымъ, извѣстнымъ мнѣ относительно такихъ случаевъ, въ нихъ и еще предстояло устранить причину раздраженія, или это уже былъ болѣе поздній періодъ, чѣмъ тотъ, о которомъ идетъ рѣчь въ приведенныхъ мною исторіяхъ раненій. Такимъ образомъ, держась въ предѣлахъ своихъ личныхъ наблюденій, я скажу: въ первыхъ періодахъ клоническія судороги отъ небольшихъ подергиваній до такихъ ужасныхъ припадковъ, во время которыхъ нѣсколько человѣкъ должны были удерживать раненаго отъ поврежденій, повидимому, наблюдались лишь въ видѣ реакціи на явное или скрытое раздраженіе мозга инородными тѣлами, внѣдрившимися костными осколками, вдавленіемъ кости, гноемъ, размозженными и омертвѣвшими тканями, скопленіемъ крови и т. п. Съ устраненіемъ источника раздраженія исчезали или значительно уменьшались судорожные симптомы.

Примѣры: у Петра Фр. (II) подергиванія правой руки (парализованной) послѣ оперативнаго извлеченія осколковъ и очищенія раны стали замѣчаться рѣже и въ менѣе значительной степени; они бывали и потомъ, но—въ очень легкой формѣ. У З—ева (V) послѣ операціи (подъемъ вдавленныхъ частей кости, извлеченіе осколковъ и т. д.). Судороги правой $^1/_2$ лица и правыхъ конечностей не прекратились, но повторное очищеніе раны при первой же перевязкѣ разъ на всегда прекратило повтореніе какихъ бы то ни было судорожныхъ симптомовъ.

Что касается спастическихъ явленій, то они наблюдались очень рѣдко и въ ничтожной степени. Параличи были преимущественно вялые, если не считать повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ.

Совершенно иное я видѣлъ въ клиникѣ и нашелъ въ исторіяхъ случаевъ, наблюдавшихся здѣсь. Въ этомъ періодѣ параличи имѣли явно спастическій характеръ, замѣчавшійся и при изслѣдованіи пассивныхъ движеній въ разныхъ суставахъ, и затруднявшій активныя движенія. Сверхъ того они затруднялись еще болѣе рѣзко выраженнымъ интенціоннымъ дрожаніемъ (неправильнаго типа, неравномѣрнымъ — въ случаяхъ, наблюдавшихся мною) и атаксіею. Неловкость, неувѣренность движеній и дрожаніе наблюдались мною и на войнѣ, но здѣсь (въ позднихъ періодахъ) это выступало гораздо болѣе рѣзко, чѣмъ тамъ.—Рѣзко бросалось въ глаза это, напр., у двухъ артурскихъ раненыхъ, изслѣдовавшихся мною въ клиникѣ: когда они протягивали руку за стаканомъ и т. п., казалось, что не столько слабость мышцъ мѣшаетъ имъ выполнить требуемое движеніе, сколько усиленіе спастическаго напряженія, атаксія и дрожаніе.

Наконецъ, здѣсь наблюдались и контрактуры въ области парализованныхъ частей тѣла (примѣръ: Го — о). Повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, конечно, здѣсь, въ позднихъ періодахъ, было ясно выражено.

Что касается распространенія паралича, то можно отмѣтить, что наряду съ гемиплегіею у раненыхъ Г—о и Б—ва наблюдался параличъ и на противоположной сторонѣ тѣла: обѣ ноги были парализованы.

Обратимъ еще вниманіе на hyperhydrosis unilateralis, наблюдавш. у раненаго А. М—а на сторонѣ гемиплегіи.

Изъ разнобразныхъ причинъ, могущихъ вызвать hyperhydrosis unilateralis, отмѣтимъ здѣсь въ особенности слѣдующія: 1) пораженіе мозговыхъ центровъ и проводниковъ, стоящихъ въ связи съ потоотдѣленіемъ; 2) рефлекторныя вліянія, 3) нейрозъ.

Въ своей книгѣ «Ученіе о функціяхъ мозга» (вып. VI, стр. 1154) акад. В. Н. Бехтеревъ, разбирая патологическія наблюденія, касающіяся поотдѣлительныхъ центровъ, приводитъ, если не ошибаюсь, какъ разъ тотъ примѣръ раненія мозга, на который я сослался. Описавъ топографію раненія (точнѣе, чѣмъ у меня приведено), Б. говоритъ: «при такихъ условіяхъ пуля неминуемо должна была повредить двигательную область мозговой коры».

Онъ указываетъ на корковое происхожденіе усиленнаго потоотдѣленія при падучныхъ приступахъ (Emminghaus),

на связь половиннаго потоотдѣленія съ психич. разстройствами, на случаи очаговыхъ пораженій въ области центральныхъ извилинъ, съ половиннымъ потоотдѣленіемъ; примѣрами могутъ служить случаи Meschede (атрофія части центральныхъ извилинъ—половинное потѣніе, особенно—лица), Pandi (травматич. пораженіе центра руки въ лѣвомъ и лица въ правомъ полушаріи — судороги лѣвой руки, параличъ и потѣніе лѣвой $^1/_2$ лица), Senator'a (размягченіе коры въ области центральныхъ извилинъ — судороги и чрезвычайно сильное потѣніе лѣвой руки), случай Adamkiewicz'a и др.

«Мы думаемъ», говоритъ акад. Бехтеревъ, «что установленіе точной локализаціи корковыхъ потоотдѣлительныхъ центровъ у человѣка надо предоставить будущему. Теперь же мы можемъ лишь считать несомнѣннымъ, что потоотдѣлительные центры у человѣка находятся въ предѣлахъ двигательной области мозговой коры».

Я могу указать еще на случаи, дающія поводъ думать о вліяніи пораженія головного мозга hyperhydrosis unilateralis: случаи «hemiplegia sudoralis» Chevalier (парализованная половина тѣла покрывалась обильнымъ потомъ), Gubler'a, Bouveret (считающ. свои два случая доказательствомъ существованія особыхъ потоотдѣлительныхъ центровъ въ мозгу), проф. G. Andrè (кровоизліяніе въ желудочекъ—hyperhydrosis верхн. части груди); Bloch видѣлъ параличъ правой руки послѣ рѣзаной раны среднеи $^1/_3$ лѣвой половины лба (поврежденіе и воспаленіе лѣвой лобной доли; вскрытіе); рука «обливалась потомъ». Adamkiewicz и Sioli видѣли hyperhydrosis и корковую атаксію правой руки послѣ апоплексіи; кромѣ моноплегіи здѣсь наблюдалась афазія. Въ случаѣ Senator'a абсцессъ въ области психомоторныхъ центровъ сопровождался корковою атаксіею, судорогами и потѣніемъ руки, противоположной мозговому пораженію. Въ случ. Seeligmüller'a hyperhydrosis unilateralis набюдался, при кровоизліяніи во внутренн. сумкѣ (+ гемиплегія), при множеств. склерозѣ и др. органическихъ пораженіяхъ мозга.

Другая группа случаевъ, могущая насъ интересовать въ данномъ вопросѣ,—рефлекторныя вліянія: мѣстное раздраженіе вызываетъ половинное отдѣленіе пота. Ducourneau видѣлъ появленіе пота у одной женщины на правой ногѣ при

кормленіи ребенка правою грудью и на лѣвой ногѣ — при кормленіи лѣвою грудью. Brown-Séquard указываетъ на появленіе мѣстнаго пота на кожѣ лица при раздраженіи слизистой оболочки рта и т. д.

Наконецъ, послѣ травмы ходъ нервныхъ процессовъ у пострадавшаго нерѣдко измѣняется такъ, что можно наблюдать появленіе особенностей, свойственныхъ функціональнымъ нейрозамъ. При этомъ наблюдается и hyperhydrosis unilateralis. Проф. Поспѣловъ наблюдалъ случай такого половиннаго потѣнія у нейрастеника. Theuscher указываетъ на появленіе h. u. при истеріи, нейрастеніи, мигрени и т. д. и указываетъ на значеніе при этомъ дегенераціи. Проф. Seeligmüller упоминаетъ истерію и другія функціон. нейрозы въ числѣ причинъ h. u.; то-же мы находимъ у I. Schwalbe и др. Въ случаѣ Wild'a травматическая истерія сопровождалась hyperhydrosis unilateralis sinistra (всей лѣвой $^1/_2$ тѣла). Сюда-же относится случай hyperhydrosis unilateralis при травматич. нейрозѣ, наблюдавшійся мною и вкратцѣ приведенный по поводу очаговыхъ симптомовъ при нейрозахъ.

Въ клиническомъ случаѣ (А. М—ъ) hyperhydrosis наблюдался на сторонѣ, противуположной зарубцевавшейся ранѣ, вслѣдствіе чего не было основанія думать о рефлекторномъ или функціональномъ происхожденіи симптома (и не было признаковъ нейроза, въ противупол. моему наблюденію и ему подобнымъ); общая картина болѣзни (правосторонній спастическій гемипарезъ съ повышеніемъ сухожильныхъ и пониженіемъ кожныхъ рефлексовъ и подергиваніями на парализованной сторонѣ, въ анамнезѣ—временная афазія) при наличности поврежденія соотвѣтствующей психомоторной области на сторонѣ, противоположной параличу, даетъ возможность поставить hyperhydrosis unilateralis въ прямую зависимость отъ поврежденія этой области.

По поводу разбираемаго симптома я могу добавить что наблюдалъ его у раненыхъ на войнѣ, но совсѣмъ при другихъ обстоятельствахъ: тамъ было раненіе шеи вблизи отъ позвоночника, травма усилена оперативнымъ вмѣшательствомъ по поводу анейризмы: потѣніе $^1/_2$ лица сопровождалось зрачковыми и сосудодвигат. симптомами.

Прежде, чѣмъ перейти къ окончательнымъ выводамъ, я позволю себѣ дополнить ту часть работы, которая касается *алексіи*, наблюдающейся при пораженіяхъ затылочной доли и lob. parietalis inferior, извлеченіемъ изъ исторій 2 наблюдавшихся мною случаевъ очаговаго пораженія мозга—именно только то, что касается самой алексіи: одинъ изъ нихъ служитъ примѣромъ общей алексіи, другой — частичный, благодаря чему они и могутъ иллюстрировать сказанное при обзорѣ литературы въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ.

I. У больного появился правосторонній половинный параличъ, наблюдались при этомъ судороги въ правой рукѣ, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ въ правыхъ конечностяхъ, позже—контрактуры въ области правой руки. Кромѣ того, обращало на себя вниманіе разстройство рѣчи: иногда двигательная афазія (въ неполной формѣ), замедленная рѣчь. Больной жаловался на невозможность работать вслѣдствіе паралича конечностей и на сильныя головныя боли, особенно сосредоточивавшіяся въ лѣвой половинѣ лба. Боленъ около года. Разстройства чувствительности отсутствовали.

Произведенное мною изслѣдованіе подтвердило перечисленные клиническіе симптомы и выяснило, что по отношенію къ способности рѣчи (въ обширномъ объемѣ этого понятія) дѣло обстоитъ такъ:

Больной прекрасно слышитъ и понимаетъ всѣ предлегаемые ему вопросы, по крайней мѣрѣ,—вопросы, не отличающіеся большою сложностью. Онъ отвѣчаетъ на нихъ правильно по смыслу, нѣсколько медленно, иногда затрудняясь припомнитъ какое-нибудь слово или перевирая его (что обыкновенно самъ замѣчаетъ при извѣстной долѣ вниманія и старается исправить). Если же предложить ему прочесть написанныя или напечатанныя слова, онъ совершенно не можетъ это исполнить. Онъ не понимаетъ значенія отдѣльныхъ буквъ и цифръ, написанныхъ на бумагѣ, все равно написаны-ли онѣ въ курсивной или печатной формѣ. Видя передъ собою буквы, онъ ихъ вѣрно срисовываетъ, но не можетъ и при этомъ прочесть слово, ни во время списыванія (при помощи двигательныхъ впечатлѣній), ни потомъ—при помощи зрѣнія.

II. Правосторонняя гемиплегія, съ усиленіемъ рефлексовъ, двустороннее пониженіе слуха, нѣкоторое нарушеніе правильности рѣчи въ видѣ неполной афазіи.

Громкую рѣчь слышитъ; правильно понимаетъ и повторяетъ услышанныя слова. Можетъ выразить свою мысль словами, иногда—коверкая слова или съ затрудненіемъ подыскивая ихъ. Читаетъ буквы, долженствующія изобразить опредѣленное слово или написанныя въ безпорядкѣ, правильно, называя ихъ по старинному: вѣди-онъ-рцы-о-онъ-азъ и т. п. Составить изъ нихъ слогъ или слово вслухъ или прочесть про себя совершенно не въ состояніи. Не можетъ даже списать ихъ: получаются каракули, хотя при выведеніи ихъ замѣтно слабое стремленіе передать очертанія даннаго типа буквы; при изображеніи буквы б это удается, хотя и въ крайне несовершенной формѣ; зрительный контроль здѣсь не играетъ роли, т. к. больной лучше выводитъ буквы просто рукою на столѣ или въ воздухѣ, чѣмъ карандашомъ на бумагѣ. Замѣчаетъ у себя недостатки и говоритъ, что до болѣзни ничего этого не было.

Въ исторіяхъ раненій, мною приведенныхъ, взяты лишь существенныя данныя, подлежавшія разбору.

На самомъ дѣлѣ изслѣдованіе раненыхъ велось такъ. Отмѣчались: ростъ, сложеніе, признаки, позволяющіе судить о питаніи изслѣдуемаго, осматривались и ощупывались отдѣльныя части тѣла съ цѣлью ориентироваться относительно состоянія частей скелета, мышцъ, суставовъ, железъ и т. д. Отмѣчались данныя измѣренія температуры тѣла, состояніе кожи; подробно изслѣдовались полости носа, рта, зѣва, глотки, внутренніе органы. Обращалось вниманіе на то, нѣтъ ли признаковъ вырожденія? Измѣр. обхватъ частей тѣла.

Изслѣдовались разнообразныя активныя и пассивныя движенія различныхъ мышечныхъ группъ: одиночныя, совмѣстныя и т. д.; наблюдалась мимика. Обращалось вниманіе на походку и осанку раненаго, на то, какъ онъ держится при стояніи съ открытыми и закрытыми глазами, какъ лежитъ и т. д.

Изслѣдовались разные виды чувствительности на всемъ тѣлѣ: болевая (уколы, щипки, давленіе), ч. прикосновенія, давленія, способность локализировать прикосновеніе и направленіе проведенной по кожѣ черты, термическая чувствительность (пробирки съ водою, нагрѣтою или охлажденною до опредѣленнаго числа градусовъ, а также — со льдомъ), чувствительность мышцъ и нервныхъ стволовъ, способность съ закрытыми глазами опредѣлять форму ощупываемыхъ предметовъ, пассивныхъ движеній и положенія конечности и т. д. Изслѣдовались разнообразные кожные, сухожильные, сосудистые рефлексы, рефлексы со слизистыхъ оболочекъ, при чемъ наблюдались разнообр. проявленія рефлект. возбудимости. Органъ зрѣнія съ окружающими его частями изслѣдовался осмотромъ и—гдѣ возможно,—офтальмоскоп., органъ слуха—осмотромъ. Изслѣдовалась острота зрѣнія (прибл.), движенія глазныхъ

мышцъ, аккомодація и конвергенція, реакціи зрачка—въ разн. отношеніяхъ. Поле зрѣнія изслѣдовалось импровизированными способами (бумажки: бѣлыя и цвѣтныя двигались по окружности опредѣленнаго радіуса), цвѣтоощ.—полосами, окрашенныя анилиновыми красками. Изслѣдованіе слуха: часами, рѣчью и паденіемъ груза съ опред. высоты, все это—на измѣренныхъ разстояніяхъ. Вкусъ — для каждой $^1/_2$ языка отдѣльно—на растворы соли, солян. кислоты, хинина и сахара. Обоняніе — на разныя пахучія вещества изъ госпитальной аптеки.

Рѣчь изслѣдовалась въ разнообр. отношеніяхъ. Отмѣчалась по даннымъ наблюденій память (въ разныхъ отношеніяхъ), вниманіе, способы къ воспріятіямъ, сужденіямъ, эмотивное состояніе (настроеніе, возбудимость), поведеніе больного, отношеніе его къ себѣ и къ окружающимъ, къ ѣдѣ, къ текущимъ и прошлымъ событіямъ и т. д., сонъ больного и т. д.

Что касается топографическаго изслѣдованія раненій, то, кромѣ опредѣленія отношенія раны къ разнымъ опознавательнымъ точкамъ, дѣлалось измѣреніе по способу Krönlein'a, для чего былъ устроенъ импровизированный приборъ изъ передвижныхъ горизонтальныхъ и вертикальныхъ картонныхъ полосъ, вращающейся мимо угломѣра косой полосы и сантиметровой мѣрочки.

ВЫВОДЫ

(по литературнымъ даннымъ и собственнымъ наблюденіямъ).

Сопоставляя наблюденія разныхъ авторовъ, изучавшихъ симптоматологію поврежденій и заболѣваній отдѣльныхъ мозговыхъ областей, данныя заимствованныя изъ клиническихъ исторій раненій и свои личныя наблюденія я могу сдѣлать слѣдующія выводы.

1. Поврежденія и патологическія измѣненія одной или обѣихъ лобныхъ долей не во всѣхъ случаяхъ оставляютъ послѣ себя явныя разстройства. Даже обширныя и двустороннія поврежденія могутъ не сопровождаться стойкими очаговыми симптомами. Доказательствомъ служатъ многіе случаи, описанные въ литературѣ. Въ одномъ изъ моихъ наблюденій, гдѣ слѣдовало предположить раненіе обѣихъ лобныхъ долей пулею, пронизавшею черепъ въ поперечномъ направленіи и, стойкіе мозговые симптомы также отсутствовали.

Существуетъ рядъ случаевъ поврежденій и заболѣваній лобныхъ долей (одной или обѣихъ), сопровождавшихся психическими разстройствами. Разстройства эти разнообразны: а) признаки пониженія процессовъ мышленія: вниманія, памяти, сужденія, способности къ оцѣнкѣ воспринимаемаго и къ контролю своихъ мыслей, утрата способности отдавать себѣ отчетъ въ своемъ положеніи, въ своихъ средствахъ и т. п.; дѣло можетъ доходить до спутанности или полнаго слабоумія; б) стремленіе вышучивать другихъ, дѣлать странныя сопоставленія, наклонность къ насмѣшливымъ и ироническимъ замѣчаніямъ, остротамъ; в) пониженіе эмотивной возбудимости; г) пониженіе интереса къ своему собственному положенію: нѣкоторые больные даже не замѣчаютъ такихъ рѣзкихъ измѣненій въ своемъ здоровьѣ, какъ слѣпота, или относятся равнодушно къ такимъ недостаткамъ; д) утрата привязанностей, общительно-

сти; равнодушіе даже къ самымъ близкимъ людямъ; е) ухудшеніе характера: больные дѣлаются жестокими, надменными, дерзкими, придирчивыми, циничными, обнаруживаютъ стремленіе повелѣвать, терроризировать окружающихъ, драться, иногда грозятъ поджечь домъ, убить отца и т. п.; наблюдаются приступы буйства; больные дѣлаются неряшливыми и неопрятными; ж) замѣчается отсутствіе иниціативы, энергіи; больные теряютъ расположеніе къ работѣ и способность продолжать свой прежній трудъ; они ѣдятъ что попало, или совершенно не ѣдятъ безъ постороннихъ побужденій; не пытаются согрѣть себя, соверш. не заботятся о себѣ; иногда остаются неподвижными и молчатъ по цѣлымъ часамъ; на всемъ поведеніи ихъ лежитъ отпечатокъ пассивности и автоматичности. Психическое угнетеніе можетъ доходить до состоянія, напоминающаго меланхолическое, до полной апатіи и безразличія ко всему, до полусоннаго состоянія, sopor'a и комы. Въ другихъ случаяхъ обращаетъ на себя вниманіе маніакальное возбужденіе, веселость, болтливость, буйство. Состояніе угнетенія и возбужденія можетъ чередоваться у одного и того-же больного. Измѣняется вся личность больного. Психическія разстройства могутъ имѣть преходящій или постоянный характеръ. При оцѣнкѣ наблюденій необходимо считаться съ одной стороны съ возможностью измѣненій и въ остальныхъ частяхъ мозга (непосредственныхъ измѣненій коры, или измѣненій условій снабженія ея кровью, обмѣна и т. д.), съ другой стороны—съ предрасполагающими вліяніями: напр., патологическая наслѣдственность, алкоголизмъ и т. д. То и другое не во всѣхъ сообщаемыхъ случаяхъ принимается во вниманіе и нерѣдко даже не отмѣчается авторами, благодаря чему выводы требуютъ большой осторожности.

3. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ раненія лобныхъ долей сопровождаются своеобразнымъ симптомомъ прожорливости и ненасытимости; этотъ симптомъ наблюдался и въ одномъ изъ моихъ случаевъ.

4. Изъ группы рѣчевыхъ разстройствъ при пораженіяхъ и травматич. поврежденіяхъ лобныхъ долей, преимущественно — лѣвосторонніхъ и близкихъ къ задней границѣ области наблюдается двигательная афазія и аграфія въ полной или неполной формѣ.

5. Близость центровъ и проводниковъ двигательныхъ им-

пульсовъ и положеніе нѣкоторыхъ изъ этихъ центровъ въ самой лобной области (центры движенія глазъ, головы, туловища) обусловливаетъ осложненіе извѣстнаго числа случаевъ поврежденій и пораженій лобной области двигательными разстройствами въ видѣ параличей (гемиплегія, моноплегія) или судорогъ; наблюдается паралитическое или судорожное отклоненіе глазъ и головы, разстройство содружественной подвижности глазъ, способности фиксировать подлежащій разсматриванію предметъ и т. д.

6. Иногда травмы и заболѣванія лобной доли сопровождаются атаксіею.

7. Распознать пораженіе лобной доли, особенно — regio praefrontalis и сторону пораженія по какимъ-либо характернымъ собственно для нея очаговымъ симптомамъ въ настоящее время возможно лишь въ рѣдкихъ случаяхъ.

8. Пораженія, захватывающія кору другихъ областей мозга, напр.—кору височной доли, также могутъ вызвать появленіе признаковъ разстройства душевной дѣятельности вплоть до слабоумія. Это объяснимо теоретически (частичное разстройство процессовъ, имѣющихъ ближайшее отношеніе къ душевной дѣятельности вслѣдъ за тѣмъ отражается на всемъ ходѣ ея) и подтверждается клиническими наблюденіями.

9. При пораженіяхъ височныхъ долей въ извѣстномъ числѣ случаевъ наблюдается разстройство рѣчи въ видѣ полной или неполной рѣчевой глухоты — такъ называемой корковой, т. е. такой, при которой разстроена и внутренняя рѣчь и больной можетъ вслѣдствіе этого не замѣчать свой недостатокъ, и подкорковая или «чистая»—безъ разстройства внутренней рѣчи. При этомъ встрѣчается рядъ степеней разстройствъ: способность воспринимать буквы, но не слова, короткія слова, но не фразы и т. п. Нужно различать истинную словесную глухоту, при которой слухъ въ предѣлахъ опредѣленнаго ряда тоновъ, необходимыхъ для воспріятія рѣчи, сохраненъ въ достаточной мѣрѣ, а рѣчь не понимается больнымъ, и ложную или «акустическую» словесную глухоту, зависящую отъ того, что для пониманія рѣчи нужна извѣстная длительность и интенсивность слуховыхъ воспріятій, гораздо большая, чѣмъ для обыкновеннаго тонового слуха, для различенія происхожденія звука (опредѣленіе предмета, паденіе котораго вызвало шумъ, величины колокольчиковъ по звуку ихъ, рода музык. инстру-

мента по оттѣнку звука и т. п.); пониженіе слуха ниже предѣловъ необходимыхъ для яснаго пониманія рѣчи, даетъ поводъ къ ложной словесной глухотѣ. Чтобы не смѣшивать эти случаи, нужно изслѣдовать слухъ по методу Bezold'a и т. п., обращая вниманіе на воспріятіе непрерывнаго ряда тоновъ и на размѣры колебаній камертоновъ.

10. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пораженія височной доли сопровождаются «душевною глухотою», напр. неспособностью узнавать людей и разныхъ животныхъ по голосу, происхожденіе того или иного шума или стука и т. п.

11. При одностороннихъ пораженіяхъ височной доли слуховыя разстройства преобладаютъ на противоположной сторонѣ, при двустороннихъ наблюдается полная корковая глухота.

12. Разстройство тонового слуха свойственно пораженіямъ, захватывающимъ переднюю часть височныхъ извилинъ, разстройства рѣчевого слуха—пораженіямъ заднихъ отдѣловъ ихъ (I височн. изв.).

14. Нѣкоторые случаи пораженій височной области сопровождаются утратою музыкальнаго слуха: больные слышатъ вмѣсто игры оркестра, вмѣсто пьесы исполняемой на роялѣ, на скрипкѣ и т. п., какой-то неясный шумъ, или не узнаютъ знакомыхъ пѣсенъ и принимаютъ веселую пѣсенку за религіозный мотивъ, романсъ за похоронный маршъ и т. п., не замѣчаютъ фальшивыхъ сочетаній и тоновъ, не могутъ слѣдить за тактомъ (напр.,—въ танцахъ), не могутъ вспомнить и повторить мотивъ. Разстройство музыкальнаго слуха можетъ наблюдаться при сохранности рѣчевого и наоборотъ, или же афазія (чувствительная) комбинируется съ амузіей.

15. При раненіяхъ и заболѣваніяхъ одной изъ затылочныхъ долей наблюдается нерѣдко геміанопсія на противоположной сторонѣ, при раненіяхъ же и заболѣваніяхъ двустороннихъ—двусторонняя геміанопсія, т. е. самое рѣзкое съуженіе поля зрѣнія; центральное зрѣніе при этомъ можетъ быть также утрачено или сохраняется. Геміанопсія наблюдалась и въ моихъ случаяхъ тамъ, гдѣ поврежденіе захватывало затылочную область или области, граничащія съ нею. Отсутствіе полной утраты периферическаго зрѣнія при двусторонніхъ раненіяхъ объясняется ходомъ пулевого канала, внѣ главной массы проэкц. зрит. волоконъ. Можетъ быть утрачена часть

половины поля зрѣнія — гомологическая для обоихъ глазъ (квадранты, секторы); въ моихъ случаяхъ этотъ дефектъ наблюдался, какъ дополненіе геміанопсіи. Съ теченіемъ времени поле зрѣнія можетъ расширяться (замѣна геміанопсіи скотомами или расширеніе границъ поля), или съуживаться (приближеніе границъ къ точкѣ фиксаціи, присоединеніе дефектовъ противоположной $^1/_2$ поля, двусторонняя геміанопсія). Пониженіе центральнаго зрѣнія при раненіяхъ затылочныхъ долей (и при отсутствіи измѣненій дна и тканей глаза) наблюдалось и въ моихъ случаяхъ.

16. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пораженія затылочныхъ долей сопровождаются душевною слѣпотою: больной не узнаетъ своего отца, принимаетъ фонарь за боченокъ, подушки за сѣно, изображеніе собаки—за человѣка, не знаетъ, что дѣлать съ кушаньемъ, которое видитъ передъ собою, но тотчасъ узнаетъ предметы на-ощупь, по запаху, по слуху и т. п.

17. При пораженіяхъ и травмахъ затылочныхъ долей наблюдаются разные виды и степени алексіи — буквенной, словесной, нотной и т. д.: больные соверш. не способны понять букву, слово, или схватываютъ смыслъ ихъ, но удерживаютъ лишь на самое короткое время, вслѣдствіе чего теряется связь; они, не понимая текста, знаютъ все-таки, что передъ ними именно текстъ, или не сознаютъ этого. Примѣры общаго и частнаго разстройства способности чтенія я привелъ и изъ своихъ личныхъ наблюденій.

18. Иногда пораженія затылочныхъ долей сопровождаются утратою способности вспомнить названіе предметовъ, находящихся передъ глазами, т. е. зрительной афазіею. Въ то-же время больной знаетъ назначеніе предметовъ и вспомнить названіе соли, попробовавъ ее на вкусъ, часовъ — услышавъ ихъ тиканье и т. п.

19. Въ случаяхъ раненій и поврежденій зрительной области наблюдается иногда диплопія и зрительныя галлюцинаціи и фотопсія (признакъ раздраженія зрительныхъ центровъ). Это наблюдалось и у моихъ раненыхъ.

20. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ поврежденія затылочныхъ долей остаются скрытыми.

21. Разстройства зрѣнія въ видѣ геміанопсіи и т. п. свойственны главнымъ образомъ пораженіямъ центральной области.

расположенной по бокамъ fiss. calcarinae и проводящихъ путей, идущихъ отсюда къ низшимъ зрит. центрамъ; алексія, душевн. слѣпота и т. п. характерна для пораженій близкихъ къ gyrus angularis.

22. При травмахъ въ области центральн. извилинъ и соотвѣтствующаго имъ бѣлаго вещества, какъ и при заболѣваніяхъ этихъ частей мозга, можно нерѣдко хорошо прослѣдить послѣдовательное пораженіе ниже-или вышележащихъ центровъ, въ соотвѣтствующихъ случаяхъ—двустороннее.

23. Раненія теменной области сопровождаются разстройствомъ чувствительности на противоположной сторонѣ тѣла и распространеніемъ вліянія травмы на сосѣднія области: кпереди—двигательную, кзади—зрительную, книзу—слуховую.

24. Геміанэстезія полная или неполная при раненіяхъ мозга выражается чаще всего диссоціированными разстройствами чувствительности; но типы разстройствъ встрѣчаются разные: въ однихъ случаяхъ утрачено стереогностическое чувство и сохранена термич. чувствительность, въ другихъ—наоборотъ и т. д. (см. разборъ случаевъ).

25. Очаговые симптомы послѣ травмы головы могутъ зависѣть и отъ того, что травма и пережитое эмоціональное возбужденіе даютъ толчекъ развитію или обнаруженію нейроза, но тогда эти симптомы отличаются извѣстнаго рода особенностями и у пострадавшаго обнаруживаются другіе признаки, характерные для нейрозовъ.

26. Гемиплегіи и моноплегіи послѣ раненій соотвѣтствующихъ частей мозга могутъ оставаться надолго, но характеръ ихъ мѣняется: въ начальномъ періодѣ параличъ обыкновенно вялый, позже онъ дѣлается спастическимъ и затрудненіе при движеніяхъ вызывается не только мышечною слабостью, но и усиленіемъ спастич. явленій при движеніи, атаксіею, интенціоннымъ движеніемъ и т. п. Появляются и контрактуры. Клоническія судороги (припадки) половиннаго характера зависятъ въ самомъ началѣ отъ раздраженія коры внѣдрившимися костными осколками, инородными тѣлами, вдавленною костью, излившеюся кровью и т. д.; въ дальнѣйшемъ иногда присоединяется нагноеніе и т. п. Устраненіе причины приводитъ къ исчезновенію судорогъ.

27. Крайне желательно, чтобы при наблюденіи травматическихъ и патологическихъ мѣстныхъ пораженій мозга примѣнялось по возможности всестороннее изслѣдованіе всевозможныхъ функцій нервной системы, объективное подробное изслѣдованіе разныхъ психическихъ процессовъ опредѣленіе индивидуальныхъ особенностей больного, тщательное, полное и точное изслѣдованіе слуха, зрѣнія, разныхъ видовъ поверхностной и глубокой чувствительности, всевозможныхъ реакцій на раздраженіе разныхъ мѣстъ кожнаго покрова, отмѣчались бы анамнестическія данныя, освѣщающія существованіе или отсутствіе у больного предрасполагающихъ вліяній и т. д. Желательно точное топографическое описаніе раненій черепа, а тамъ, гдѣ случай подвергается аутопсіи—всестороннее изслѣдованіе разныхъ частей мозга, по возможности—и гистологическое.

23. Hyperhydrosis unilateralis можетъ наблюдаться послѣ травмы черепа или какъ признакъ поврежденія мозговыхъ центровъ (вѣроятно,—въ той-же области, гдѣ и психомоторные центры), или какъ признакъ нейроза, развивающагося послѣ травмы, или—какъ рефлекторное явленіе.

Пользуюсь случаемъ принести глубокую благодарность всѣмъ тѣмъ, кто далъ мнѣ возможность заняться изученіемъ раненій мозга въ мукденскихъ и тьелинскихъ госпиталяхъ, и кто помогалъ мнѣ при этомъ, чѣмъ могъ. Особенно сердечно я долженъ поблагодарить доктора Владислава Фридриховича Высоцкаго и его сослуживцевъ по лазарету имени Императрицы Александры Ѳеодоровны за ихъ помощь въ работѣ и радушное гостепріимство.

При разработкѣ собранныхъ на войнѣ наблюденій и собраннаго литературнаго матерьяла мнѣ пришлось обратиться не разъ за совѣтомъ къ глубокоуважаемымъ академику Владимиру Михайловичу Бехтереву—по вопросамъ, касающимся нейрологіи—и профессору Николаю Александровичу Вельяминову и приватъ-доценту Николаю Николаевичу Петрову—по вопросамъ, имѣющимъ отношеніе къ хирургіи. За ихъ совѣты и указанія приношу имъ глубокую благодарность. Кромѣ того, пользуюсь случаемъ отъ всего сердца поблагодарить первыхъ двухъ изъ нихъ и за руководство въ подготовкѣ моей къ врачебной дѣятельности, а В. М. Бехтерева еще и за разрѣшеніе ознакомиться съ клиническимъ матерьяломъ и за тѣ руководящіе совѣты его, которыми я пользовался при

подготовкѣ къ изученію и разработкѣ другихъ вопросовъ, близко интересовавшихъ меня.

Сердечно благодарю также глубокоуважаемаго Романа Романовича Вредена за его совѣты и за любезное представленіе въ мое пользованіе принадлежащихъ ему печатныхъ источниковъ, изъ которыхъ нѣкоторые инымъ путемъ я не могъ бы и достать. Равнымъ образомъ я долженъ сердечно поблагодарить глубокоуважаемыхъ Петра Ивановича Бухмана, Алексѣя Раймундовича Войничъ-Сяноженскаго, Ричарда Владимировича Бутца, Григорія Константиновича Окладныхъ и другихъ лицъ, благодаря которымъ я могъ пользоваться при работѣ здѣсь и на войнѣ цѣнными справочными книгами.

ЛИТЕРАТУРА.

Лобная доля.

Бехтеревъ, В. М. Основы ученія о функціяхъ мозга, 1907 г. Спб. вып. VII.

Введенскій. Практич. Врачъ. 1904. № 31. 817.

Герверъ. Диссерт.

Гефтлеръ. Извилины головного мозга...

Гирголавъ, С. С. Военно-медиц. журналъ, 1906 г., іюль, стр. 417.

Голубевъ, Ф. А. Цит. по Дьяконову.

Гороховъ. Медиц. Обозр. 1892. № 24.

Гусевъ, П. Хирургія, 1906., т. XX, стр. 3.

Делятицкій, А. Г. Хирургія, 1906, т. XX, стр. 299.

Дзирне, И. Х. Русск. Хир. Архивъ, 1904 г. XX. Кн. 6, стр. 957. и др.

Диллонъ. Врачъ. 1905. № 5. 159.

Дьяконовъ, П. И. Военно-полевыя ранения черепа. Сообщ. на VII. Съѣздѣ россійскихъ хирурговъ 21 дек. 1907 г. Хирургія, 1900. Я. Ф.

Жегалкинъ, Медиц. Обозр. 1902. кн 15.

Жуковскій.

Контовтъ. Врачъ. 1901. № 29.

Кудинцевъ, И. В. Хирургія, 1904. т. XVI, стр. 303.

Кузнецовъ. Русск. Врачъ. 1905. № 40—42. (травмы черепа).

» Вѣстн. кл. и суд. Псих. IX (атаксія).

Перимовъ. Неврологич. Вѣстникъ. 1903. XI. 156. вып. I.

Поперъ. Воен.-Мед. Ж. 1903. т. II. 296.

Прибытковъ, Г. И. Врачъ, 1905, № 7.

Руковичъ, І. К. Военно-Медиц. Журн., 1905. Авг.

Тауберъ. А. С. Хирургія головного мозга. Спб. 1898. стр. 88, 90, 199 и др.

Тиховъ. Медиц. Обозр. 1902. № 15. стр. 167 и др.

Amberger. Beiträge z. klin. Chirurgie. 1902. Bd. 35. s. 595.

André, G. Précis clinique des maladies du système nerveux, 1893.

Anglade et Chocreaux. Jarb. f. Neurol. 1902. s. 845.

Anton u. Zingerle. Bau, Leistung u. Erkrankung des menschl. Stirnhirns. 1902. Graz.

Auerbach, S. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 22. 1902. 3—4.

Auvray. Thèse.

Aycart, L. La campana des Filipinas. 1900. Цит. по Nimier, p. 164.
Balfour. Lancet, 1873, Nov.-Dec., p. 837.
Baraduc. Bull. Soc. Anat. 1876. p. 277 и Progrès Méd. 1875. p. 520. Ref. y Bernh. 119.
Bateman. On Aphasia.
Bayerthal. Neur. Centr. 1902. s. 632; 1903. № 13. s. 619.
Bernhardt, M. Beiträge z. Symptomatol. u. Diagnostik d. Hirngechwülste. 1881.
Blaquière. Journal des connaissances médico-chirurgicales. 1900. Цит. по Nimier.
Booth a. Curtis. Annals of Surgery, 1893. Febr. p. 127.
Broca. Bull. Soc. Anat. 1861, 398.
Bruns, L. Die Geschwülste des Nervensystems, 1897.; Deut. med. Woch. 1892. № 7 (амакс.).
Byrom-Bramwell. Brain. 1899.
Caćković. Centr. f. Chir. 45.
Cantas. Lyon. Médical, vol CV, № 38, p. 433.
Cestan et Lejonne. Revue neurol. 1901. № 17.
Chapmann. Lancet, 1904. II. 1709.
Chipault, A. Chirurgie opératoire du système nerveux, 1893.
Clouston, Am. J. Med. Sc. 1866. ref. Bernh., 104.
Dawidson. Цит. по Jahresber. f. Nerv. u. Psych. 1902. s. 962.—J. Am. Assoc. 1902. v. 39. p. 1458 и Lancet 1877, March.
Demandre. Archives de méd. milit. 1884. t. III. Цит. по Nimier. p. 167.
Dentan, Цит. по Bernh., 100.
Diwald. Цит. по Jahresb. f. Nervenh. и Psych. 1902. s. 962. и Врачъ. 1902, № 15.
Dupré et Camus. Neur. Centr. 1906. № 15. s. 734.
Durante. Semaine médicale. 1885. № 39 и Brit. Med. Journ. 1902, Dec.
Elder u. Miles. The Lancet. 1902. I. 363.
Friedrich. Deut. Zeitschr. f. Chirurgie. 1902. Bd. 67.
Gianelli. Policlinico. 1897. 15 Aug.
Gordinier. Amer. Journ. of Insan. 1903. V. 59. № 3; Am. J. of Med. Sc. 1899. Mai.
Grasset, Anatomie clinique и др.
Grimm. Цит. по Bernh., s. 97.
Gussenbauer. Prager med. Wochenschrift. 1885. № 1; 1886. № 35. Цит. по Nimier, p. 187.
Herzfeld. Berl. klin. Wochensch. 1901. № 47.
Hitzig. Archiv f. Psych. 1884. Bd. XV. Цит. по В. М. Бехт. стр. 1448.
Höniger. München. med. Wochenschr. 1901. № 19.
Horsley. X Intern. Congress.; Brit. Med. Journ. 1890. Дек.
Keen. Journ. of nerv. and ment. Dis. 1902. № 6, p. 351.
Kuchárzewski. Medycyna, 1902. № 37. Цит. по Jahresber. f. Nervh. u. Psych. 1902.
Lépine. Revue mens. 1877.—De la Localisation. 1875. p. 33.

Luciani e Seppilli. Die Functionslocalisation an der Grosshirnrinde 1880.
Mc Burney a. Starr. Amer. Journal. of. Med. Sc. 1893 p. 360 t. 105.
Mc Ewen. British med. Journal, 1888.
Makins. Surgical experiences in South Africa. 1899—1900. Цит. по Nimier (въ разн. мѣстахъ).
Marie, P. Semaine médicale. 1906. Mai. Oct. Nov.
Marchant, G. Société de chirurgie, 1896, 10 Jan; Цит. по Nimier. 163.
Merkel. Topogr. Anatomie, I.
Monakow. Gehirnpathologie. Bd. II.
Müller. См. «Топогр. соотнош.»...
Müller, E. Zeitschr. f. Psych. Bd. 59. 11, 6.
Nimier, H. Blessures du crâne et de l'encéphale par coup de feu. Paris. 1904.
Nothnagel. Topische Diagnostik.
Oppenheim, H. Die Geschwülste des Gehirns.
Phelps. Amer. journ. of Med. Sc. v. 123. p. 588.
Phelps, Ch. Traumatic injuries of the brain. 1898.
Phelps. Localisation of mental faculties въ Amer. Journ. of the Med. Sciences. 1902. v. 123. p. 568.
Raymond. Bull. Soc. Anat. 1841.
Rosenthal Wien. med. Jahrb. 1878. Sitz. 26 Apr.
Sänger. Münch. med. Wochenschr. 1905. Ver. s. 628.
Schuster. Centralbl. f. Chirurgie, 1902.
Schuster.
Shaw-Bolton. Brain, 1903.
Simon. Berl. kl. Woch. 1871. № 49—50. V, VI и VII случ.
Smith, Th. The Lancet, 1879, v. I, 622.
Starr, A. Brain Surgery. Частью цит. по нѣмецк. переводу: Hirnchirurgie, 1894.
Swasey. Boston Med. a. Surg. J. 1901. March.
Thompson. Medical News. 1890. Mai.
Trousseau. Cliniques, II. 1873. Цит. по Nimier, p. 154.
Ventra, D. Gazette hebdom., 15 février 1900. Цит. по Nimier, p. 189.
Weber u Papadaki. Nouv. Icon. 1905. № 2. p. 145.
Welt, L. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. 1882. Bd. 42.—Ueber Charakterveränderungen infolge von Läsionen des Stirnhirns. 1888.
Wendel. Mittheil. Grenz. Med. и Chir. 1901. Bd. VII.
Wollenberg. 33 Versamml Süddeutsch. Psych. in Stuttgart. 1902. Nov. Neurol. Centralbl: 1902 s. 1132.
Woolsey. Transactions of the Amer Surg. Assoc. 1903.
Zacher. Neurol. Centralbl. 1901. № 23.

Височная доля.

Бехтеревъ, В. М. Основы ученія о функціяхъ мозга, вып. VII.
» Neurolog. Centr. 1900 № 20.
» Archiv. Psych. Bd. 36.

Гѣаголевъ, М. П. Хирургія. 1905. XVII. стр. 417.
Голубевъ. Цит. по Дьяконову.
Делятицкій, А. Г. Хирургія. 1906. XX. стр. 209.
Дзирне. Русскій Хирургическій Архивъ. 1904. № 6.
Ларіоновъ, В. Е. О корковыхъ центрахъ слуха. Диссерт. С.-Петерб. 1898 г.
Прибытковъ. Цит. по Дьяконову.
Руковичъ, І. К. Военно-Медицинскій Журналъ, 1905. Августъ.
Холинъ, Н. К. Русск. Врачъ. 1905. № 5.

Adler, A. Neurologisches Centralblatt. 1891. № 10—11.
Alt. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1898. № 1.
Anton. Wiener klin. Wochenschrift. 1888, № 38.
» Archiv für Psychiatrie. Bd. 32. H. 1.
Arnaud. Archives de Neurologie. 1877, 1887, 1897, 1899.
Ballet. Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie.
» «Aphasie» въ Traité de médecine et de thérapeutique par Brouardel-Gilbert, 1901, t. VIII.
Ballet. Leçons de la clinique médicale. Paris. 1897.
» Revue neurologique. 1903.
Bastian, H. Ch. A Treatise on Aphasia. 1898, а также—нѣмецкое изданіе: Ueber Aphasie und andere Spachstöruugen, 1902.
Bastian, H. Ch. British Medical Journal. 1897.
Bateman, Fr. On Aphasia or Loss of Speech and the Localisation of the Faculty of Articulate Langage. II ediet. London.
Bernard. De l' aphasie et de ses diverses formes. Paris. Thèse. Цит. изд. 1889, стр. 108.
Bernhardt. Berliner klin. Wochenschrtft. 1872, s. 382.
» Centralblatt für Nervenheilkunde. 1882. Bd. V. s. 249.
» Neurologisches Centralblatt. 1882. № 11.
Bezold, Fr. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1906.
» Das Hörvermögeu der Taubstummen. Wiesbaden. 1896.
» Ueber die functionelle Prüfung des menschlichen Gehörorgans Wiesbaden. 1897 и 1903.
Bezold, Fr. Nachträge, 1897.
» Die Taubstummheit, 1902.
» Zeitschrit für Ohrenheilkunde. 1899. Bd. 36 и др.
(Примѣч. Труды Bezold'a цитир. отчасти по оригин., отчасти по Ларіонову, Bonvicini и др.).
Bishoff. Archiv für Psychiatrie. 1899. Bd. 32. H. 3. s. 730.
» Centralblatt für Nervenheilkunde. 1901. März., Juni.

Bishoff. Wiener klinische Rundschau 1901. № 42—43. (Цит. по ориг. и по Bonvicini).
Bleuler. Neurologisches Centralblatt. 1892. № 18. s. 562.
Blocq. 'Etudes sur les maladies nerveuses. Paris' 1894. p. 347. Amusie.
» Gazette hebdomad. de médiciue. 1893.
Bonvicini, G. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. 1905. Bd. 26. H. 2—3. s. 126.
Bouman. Ref въ Jahresbericht über die Leistungen d. Neurologie und Psychiatrie. 1900. s. 452.
Brazier. Revue philosofique. 1892.
Broadbert. The Lancet, 1878.—Med.—chir. Transactions., 1872. (Цит. по Monakow'y и др.).
Charcot. Archives de neurologie. 1887. t. XIII, p. 369. Цит. по Freund'y, 92.
Déjérine. Centres nerveux. II, p. 245 и др.
» Revue neurologique. 1904. № 15.
Déjérine et Sérieux. Revue de psychiatrie. 1898. Janvier.
» » » C. r. de la Soctété de Biologie. 1897. 18 décembre. p. 1074.
Déjérine et Thomas. Société de Neurologie. 5. VI. 1902. Archives de neurologie, 1902.
Déjérine et Thomas. Revue neurologique. 1904 № 15 и Neurol. Centralbl. 1904. № 19. s. 906.
Durante. British Medical Journal. 1902. II. p. 1825,
Edgren. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1894. s. l.
Edinger, L. Deutsch. Archiv für klin. Medicin. 1902. Bd. 73. Festschr. f. Prof. Kussmaul. (Цит. по Bonvicini и др.).
Ferrier. The Croonian Lectures on cerebral Localisation, 1890.
Flechsig. Gehirn und Seele. 1896.
Frankl-Hochwart. Deutsch. Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1891. Bd. I. s. 283, 288, 290, 291.
Freud, S. Zur Auffassung der Aphasien. 1891. Zeipzig und Wien.
Freund, C. S. Labyrinthtaubheit und Sprachtaubheit. Wiesbaden. 1895.
Freund, C. S. Neurol. Centralbl. 1904. № 19. s. 914—915 и Zeitsch. f. Psych., 60.
Giraudeau. Revue Méd. 1882. p. 448.
Gowers. Лекціи по діагност. болѣзней головн. мозга.
Gradenigo. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. 1900. Bd. 36. s. 141.
Grant-Allen. Mind. 1878. vol. III. p. 157.
Grasset. Les Centres nerveux. 1905. Paris.
» Rev. mens. 1882 и Montpellier méd. 1884.
» Diagnostic des maladies de l'encéphale. Paris. 1899.
» Leçons de Clinique médicale. t. I.
Hartmann. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 1887.; Болѣзни уха, 1893. (Цит. по Ларіонову, 28).
Henneberg. Monatsschrift für Psychiatrie. 1906. Bd. XIX. H. 1.
Hutin. De la température dans l'hémorrhagie cérébrale. These de Pa-

ris. 1877. Observ. V. (Цит. пи Wernicke и Friedländer'y; см. также Déjérine, Centres nerveux, p. 245.

Jackson, H. The Lancet, 1871, V. p. 430; Brain, vol. I—II,

Jackson and Stewart. Brain, 1899. 534.

Kahler und Pick. Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems, 1879, Leipzig.

Mills, Ch. K. Brain, 1890 и 1891; Neurol. Centralbl. 1895, № 5. (Цит. по Ларіонову, 352, по Monakow'e—Geschwülste и др.).

Mills. Journ. of nerv. aud ment. Dis., 1899. (см. Monak).

Mirallié, Ch. De l' Aphasie sensorielle. Thèse de Parts, 1896.

Monakow. C. Gehirnpathologie. II. Wien. 1905.

Munk, H. Ueber die Functionen des Grosshirnrinde, Breslau, 1890.

Nimier, H. Blessures du Crâne et de l' Encéphale par coup de feu, Paris, 1904. Chap. XIV. Région temporale; région auditive.

Oppenheim, H. Die Geschwülste des Gehirns.

» Charité-Annalen. 1885, X и 1888, XIII.

» Mittheil. a. d. Grenzgebiete d. Mediz и d. Chir. 1900. Bd. VI. См. Jahresber, 1900. s. 451.

Pick., Arn. Beiträge zur Pathologie und pathologische Anatomie des Centralnervensystems, Berlin, 1898.

Pick., Arn. Archiv für Psychiatrie, 1892, Bd. 23 s. 896 и 1903. Bd. 37. H. 1.

Pick., Arn. Zeitschrift für Hypnolismus, 1897, Bd. VI. H. 5.: см. Ларіон., 349

Pick., Anr. Wiener klin. Wochenschr. 1903.

» Neurolog. Centralbl. 1890.

Preyer. Die Seele des Kindes. 1895. s. 58.

Probst. Monatsschrift für Psychiatrie, 1901, Bd. IX, H. 1. s. 5. и Archiv für Psychiatrie und Nervenheilk. 1899.

Renvers. Цит. по Déjér., Centres nerveux, Bonvicini, s. 208 и др.

Rosenthal. Centralbl. f. Nervenheilk. 1884, Bd. VII. s. 1. и 1886, 225. (Цит. по Mirallié, 138, 139 и др.).

Sérieux, P. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1901, № 1.

» Revue de Médecine, Août, p. 733.

» Soc de Neurologie, 8. III, 1900; Archives de neurologie, 1900, IX, p. 346.

Shaw. Цит. по Mirallié, 145.

Stricker. Du langage et de la musique. Paris. 1885.

Strohmayer, W. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1902. Bd. 21. H. 5. 3. 370.

Stumpf. Tonpsychologie, 1883. s. 292, 293.

Uchermann. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 1901, Bd. 46., 3. 303.

» Jaresb. 1902. s. 595.

» Neurolog. Centralbl. 1904, № 2; 1906, № 18.

Veraguth, O. Deutsche Zeischrift, für Nervenheilkunde, 1900, Bd. XVII.; Centralbl. für Nervenheilk. 1901., № 134, s. 129.

Wallaschek, Vierteljahrsschrift für Musikwissencschaft, 1891. Bd. VII. s. 53. (Цит. по Edgren'y и др.).

Wernicke, C. Der aphasische Symptomen omplex, Breslau, 1874.

» Lehrbuch der Gehirnkrankheiten.

» Gesammelte Aufsätze und klinische Referate zur Pathologie des Nervensystems, Berlin, 1893.

Wernicke, C. Einige neuere Arbeiten über Aphasie: Fortschritte der Medizin, 1885—1886. III—IV.

Wernicke, C. и Friedländer. Fortschritte der Medizin. 1883. Bd. I.

Westphal, Berlin. klin. Wochenschr., 1883., № 49. (Цит. по Monak.

Wilson. The Lancet, 1888, 2 Déc. Цит. по Oppenh., Geschwülste).

Würtzen, C. H. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1903, XXIV и ref, въ Neurol. Centralbl. 1904. № 19. s. 909.

Ziehl, Fr. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1896, Bd. VIII, s. 258.

Затылочная доля.

Агаджанянцъ, К. С. О корковомъ центрѣ зрѣнія. Диссерт. С.-Петерб. 1904.

Бехтеревъ. Основы ученія о функціяхъ мозга. Вып. VII.

» Обозрѣніе Психіатріи. 1901. № 8.

» Архивъ Психіатріи. 1890. XV.

Голубевъ. Цит. по Дьяконову.

Делятицкій, А. Г. Хирургія. 1906. т. XX. стр. 209.

Дерюжинскій, С. Ф. Хирургія, 1906. т. XX. стр. 407.

Дзирне, И. Х. Русскій Хирургическій Архивъ. 1904. XX. Кн. VI. стр. 957.

Дьяконовъ, П. И. Хирургія, 1908. т. XXIII. Январь и Февраль.

Преображенскій, П. А. Докладъ въ Обществѣ нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ. 25. I. 1902.

Прибытковъ. Г. П. Цит. по Дьяк.

Ратимовъ. Больничная Газета Боткина. 1890.

Розенбахъ.

Тауберъ, А. С. Хирургія головного мозга.

Холинъ, Н. К. Русскій Врачъ, 1905. № 5.

Целерлицкій. Эксперим. изслѣдованія о функціяхъ мозговой коры затылочной области. Диссерт. С.-Петерб. 1890,

Чирьевъ, С. И. Archiv. für. Psychiatrie, Bd. 38.

Berger. Цит. по Vialet, p. 182.

Bernheimer, Wiener klin. Wochenschr. 1900.

Birdvall and Weir. Medical News., 1887, 16 Apr.; Journal of mental and nervous Diseases, 1887. p. 328. (Цит. по оригин. и по Vialet, 154.).

Bonhöfer. Archiv für Psychiatrie. 1903. Bd. 37.

Bouveret. Lyon Médical, 1887, p. 338.

Brissaud. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1902. № 4. p. 281.
» Maladies de l'encéphale.
Bruns, L. Die Geschwülste des Nervensystems, 1897.
» Wiener klin. Rundschau, 1897; Neurolog. Centralbl. 1891. s. 347.
Bull, G. V. St.-Bartholomews Hospital Reports. 1901. V. 37. p. 181—188.
Byrom-Bramwell. Brain. 1899. V. 22. p. 27, 41, 42.
Chauffard. Revue de Médicine. 1888. p. 131.
Christiansen. Nordiskt medicinskt Arkiv. 1902. Aft. II. H. 2. № 7.; Wiener Med. Blätter, 1902, № 13. (Цит. по Nimier, p. 369).
Clarke, J. Mich. a. Lansdown. The British Medical Journal. 1901. p. 879.
Cramer. Zeitschrift für Augenheilkunde. Bd. VIII. 1902. s. 300.
Déjerine. Sémiologie du Système nerveux въ Traité de Pathologie générale par Ch. Bouchard, v. V.
Déjérine. Mémoires de la Société de Biologie, 1892, 27 Février.
» Archives de physiologie, 1890. (Цит. по Vialet, p. 163).
» Bullet. Méd. 1895. 26 mars. (Цит. по Mirallié, 179).
Dercum. Journal of nervous and mental Diseases. 1901. Aug.
Dercum and Keen. Journal of nerv. and. ment. Dis. 1903.
Dide e Botcazo. Revue neurologique. 1902. p. 676.
Doyne. The Lancet. 1889. II. p. 1062.
Erbslöh. Monatsschrift für Psychiatrie. 1902. Bd. XII. s. 161.
Freund. Archiv. für. Psychiatrie. Bd. XX.
Grasset. Anatomie clinique des centres nerveux. 1902.
» Localisation dans les maladies cérébrales. 1880.
Guthrie. Commentaries on the Surgery of the War, 1855, p. 354. (Цит. по Nimier, p. 362).
Henschen. Klin. u. anat. Beiträge zur Pathologie des Gehirns. Bd. IV. s. 37.—Mittheilungen aus d. Greuzgabieten der Medicin u. Chirurgie, 1898, III.
Hinshelwood. The Lancet. 1902. I. p. 358.
Hosch. Zeitschrift für Augenheilkunde. V. s. 5. (Цит. по Jahresbericht. ür Neurologie und Psychiatrie, 1901.).
Hosch. Klin. Monats. f. Augenheilk. 1878. s. 284. (Цит. по Vialet, p. 124).
Hun. The American Journal of Medical Science. 1887. p. 148.
Janeway. Journal of nervous and mental Disease. 1886. XIII. p. 224. (Цит. по Vialet, p. 142).
Jonkowsky. Nonvelle Jconographie de la Salpêtrière, 1901. № 1. p. 1.
Mc Kennan. Journal of nervous and mental Diseases. 1904. v. 31. p. 301.
Makins. Surgical experiences in South Africa. 1899—1900. Наблюденія LXV—LXVII. (Цит. по Nimier, 364, 367—368).
Monakow, C. Gesellsch. deut. Psych. im. Frankf. am Main. 20--30 IV. 1900.
» Archiv. f. Psych. Bd. XVI, XX, XXII и XXIII. (См. Агаджан., Vialet. (p. 192, 195), Mirallié (p. 156).
Monakow, C. Gehirnpathologie, Bd. II. Wien. 1905.
Nimier, H. Blessures du Crâne et de l'Encéphale par coup de feu, s. 1904. Ch. XII. Région occipitale ou visuelle.
Oothnagel. Topische Diagnostik. s. 389.

Otis. Surg. and med. History of the War of Rebellion. Surg. Vol., I. Part. (Цит. по Nimier, p. 362).
Oulmont. Gazette hebdomadaire, 1889, p. 607. (Цит. по Vialet, p. 185).
Reinhardt. Archiv für Psychiatrie. 1886 — 1887. (Цит. по Vialet, p. 144—154).
Richardson and Walton. American Journal of the Medical Sciences. 1893. v. 106. p. 629.
Rosenfeld, M. Neurologisches Centralblatt, 1901, № 9, s. 395.
Sachs, H. Vorträge über Bau und Thätigkeit des Grosshirns und die Lehre von der Aphasie nnd Seelenblindheit. Breslau. 1893. — Arbeiten aus d. psych. Klinik zu Breslau, 1893.
Sanders. The Lancet. 31 Aug. 1900. v. 161. p. 580.
Seymour I. Sharkey. Brain Surgery, 1898. v. 21. p. 323.
» British Medical Journal. 1887. 19 Nov. (Цит. по Vialet, p. 149.).
Thiem. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 48.
» Отч. о 31-мъ Съѣздѣ Общ. Нѣм. Хир. въ Русск. Хир. Арх. 1903. XIX. Кн. 2. стр. 420.
Vialet, N. Les Centres cérébraux de la vision. et l'Appareil nerveux visuel intra-cérébral. Thèse de Paris. 1893.
Wernicke, C. Fortschritte der Medizin. 1883.
» Lehrbuch der Gehirnpathologie.
Wernicke und Hahn. Virchow's Archiv. 1882. s. 335 (Цит. по Vialet, p. 130).
Wilbrand. Hemianopische Gesichtsfeldformen, 1890, p. 60.
» Die Seelenblindheit als Herdeerscheinung und ihre Beziehung zur homonymen Hemianopsie, zur Alexie und Agraphie.
Wilbrand. Archiv für Ophthalmol. 1885. XXXI. s. 119. (Цит. по Vialet, p. 140).
Zeuner. Journal of nervous and mental Disease. 1904. Febr.

Теменная доля и область центральныхъ извилинъ.

Веберъ, Ф. К. Труды и протоколы засѣданій Русскаго Хирургическаго Общества Пирогова. 1900—1902 г.г. XIX—XX. Изд. 1903 г.
Глаголевъ, М. И. Хирургія, 1905. XVII.
Голубевъ. Цит. по Дьяконову.
Делятицкій, А. Г. Хирургія, 1906. т. XX. стр. 209.
Дьяконовъ, П. И. Хирургія, 1908. т. XXIII. Янв.
Левоневскій, П. К. Военно-Медицинскій Журналъ. 1906. Ноябрь.

Azam. Archives génér. de Médecine. 1881. 7-e série. t. VI. p. 231. (Цит. по Nimier, p. 273).
Baudens. Cliniques de plaies d'arme à feu, 1836. (Цит. по Nimier, p. 259).
Bergmann. Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. 1899.
Billet. Неиздан., цит. по Nimier, p. 214.

Campenon. Gazette hebdom. 15 Nov. 1889. p. 742. (Цит. по Nimier, p. 262).

Dandridge. Cincinatti Lancet Clin. 1886. v. XVI. (Цит. ib., 235 и 247).

Douglas Drew. The British Medical Journal, 1902. 18 Janv.

Dubbers. Neurol. Centralbl. 1897. s. 61.

Duval. Société de Neurologie. 9 Janv. 1902.

Guthrie. Commentaries on the Surgery of the War 1855. (Цит. по Nimier, p. 243).

Hitzig. Ueber einen interessanten Abszess der Hirnrinde.

Lagarde. Неиздан., цит. по Nimier, p. 235.

Loison. Bulletin de la Sociélé Chirurgie. 27 Nov. 1901. p. 1107.

Longheed. The Lancet, 20 Juli. 1901.

Makins. Surgical experiences in South Africa. 1899—1900. (Цит. по Nimier; наблюд. LXI—LXIII).

Marchand, G. France Médicale. 22 Déc. 1877, (Цит. по Nimier, p. 247)

Nimier, H. Blessures du Crâne et de l'Encéphale par coup de feu. Ch. VI—X. Région Rolandique ou sensitivo—motrice.

Otis. Surgical and medical history of the War of the Rebellion. Surgical vol., I Part. (Цит. по Nimier).

Péan. Bulletin de l'Academie de Médecine. 28 Nov. 1893.

Peugniez et Rémy. Цит. по Nimier, p. 274.

Segond. Цит. ib p. 276.

Топографическія соотношенія долей мозга съ черепными костями.

Алтуховъ, Н. Энцефалометрич. изслѣдованія мозга. 1891. Москва.

Гефтлеръ, Ф. Извилины головного мозга у человѣка и отношенія ихъ къ своду черепа. Диссерт. СПБ. 1873.

Лысенковъ, Н. К. Топографія и оперативная хирургія черепной полости. Москва. 1898.

Тауберъ, А. С. Хирургія головного мозга. СПБ. 1898.

Anderson, W. a. G.-H. Makins. Experiments in craniocerebral topography. The Journal of Anatomy v. 23. 1889. p. 455.—The Lancet. 1889, 13 July. p. 61.

d'Antona. La Rifoma. 1891. t. IV. p. 475.

E. v. Bergmann и R. U. Krönlein. Поврежденія и болѣзни черепа и его содержимаго въ сборн. руководствѣ практической хирургіи, составл. подъ ред. E. v. Bergmann'a, P. v. Bruns'a и J. Mikulicz'a. Русск. перев. 1900 г. т. I.

E. v. Bergmann, P. v. Bruns u. J. Mikulicz. (ред.). Руководство практической хирургіи. Т. I. Хирургія головы.

Bishoff. Die Grosshirnwindung en des Menschen. 1868. München. —Abhandlungen d. k. Bayer. Akademie d. Wissensch. II Kl. X Bd. II Abth. (Цит. по Müller'y, Le Fort'y и др.).

Broca, P. Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé. 1861. Bulletin de la Soc. anat. de Paris. 1861. 2-же série. t. VI. p. 340.

Broca, A. et Maubrac, P. Traite de chirurgie cérébrale. Paris. 1896.

Charpy, A. Système nerveux.: Traité d'anatomie humaine par. P. Poirier.

Chiaruggi. La forma del cervello umano. 1886. (Цит. по Le Fort'y).

Chipault, A. Chirurgie opératoire du systeme nerveux. Paris. 1895.

Dana, C.—L. Medical Record. 1889. № 21. № 2. (Цит. по Le Fort'y, Waldeyer'y и др.).

Debbierre. Ch. Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie 1890 и 1891. Междунар. Врачебн. Конгр. въ Берлинѣ. 7 авг. 1890.—Assoc. franç. pour l'avancement des sciences, Limoges. 12 août. 1890. (C. r. 1891). Verhandlungen des X intern. mediz. Congresses, Berlin, 1890. Цит. по Le Fort'y, Waldeyer'y и др.

Ecker, A. Ueber die Methoden zur Ermittelung der topogr, Beziehungen zwischen Hirnoberfläche und Schädel. Archiv f. Anthropol. Bd. X s. 233. см. также. Bd. IX. 61. (Цит. по Le Fort'y).

Ecker, A. Ueber die topogr. Beziehungen zwischen Hirnoberfläche u. Schädel. Archiv für Psychiatrie. 1876.

Ecker, A. Hirnwindungen des Menschen. (Цит. по Müll, 23, Waldeyer'y и др.).

Féré Ch. Journal de l'anat. et de la psych. 1885; Revue d'anthropol. 1879 и 1881. Bullet. de la Soc. anat., 1875, 1877. Archies de physiol. 1876. Bullet. et mem. de la Soc. de biol. 1876. (Цит. по Müller'y, Le Fort'y, Weldeyer'y и др.).

Froriep, A. Die Lagebeziehungen zwischen Grosshirn und Schädeldach. zeipzig. (Цит. по Waldeyer'y).

Gratiolet. Anatomie comparée du système nerveux. t. II. Paris. 1857. (Цит. по Le Fort'y, Müller'y и др.).

Hare, A. W. Journal of anatomy and physiology, 1884. v. XVIII. p. 174. (Цит. по Waldeyer'y).

Horsley, V. The American Journal of the Medical Sciences. 1887. t. III. 348—357. (Цит. по Le Fort'y. Müller'y, Лысенкову, Waldeyer'y и др.).

Huschke. Цит. по Merkel'ю.

Krönlein. Beiträge zur Klinischen Chirurgie 1895. Bd. XIII и XXII (Цит. по Waldeyer'y).

Le Fort, R.—L. La topographie Crânio-cérébrale. Applications chirurgicales. Paris et Lille. 1890.

Lucas-Championnière J. La trépanation guidée par les localisations cérébrales, Paris, 1878. (Цит. по Le Fort'y, Müller'y и др.). См. также Journ. de Méd. et de Chir. 1876, 1878. Acad, Méd. 1887, и l. c. (Цит. по Waldeyer'y).

Masse. E. a. Woolonghan. 1894. см. Broca et Maubrac. См. также Gazette hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux., 1894. (Цит. по Waldeyer'y).

Merkel, Fr. Handbuch der Topographischen Anatomie. Bd. I. Kopf. 1885—1890.

Müller, L.—A. Ueber die topographischen Beziehungen des Hirns zum Schädeldach. Bern. 1889. Diss.

Pansch. Furchen und Wülste. Berlin. 1879. Цит. по Müll., 23.

Poirier, P. Topr graphie crânio-encéphalique. et Trépanation.

Reid, R. W. Observations on the Relation of the principal Fissures and Convolutions of the Cerebrum to the outer Surface of the Scalp. The Lancet. 27 Sept 1884. v. II s. 539. (Цит. по Le Fort'y, Waldeyer'y).

1895. Leipzig-Wien.

Thane G. D. «Quains elements of anatomy». London. 1896. (Цит. по Waldeyer'y).

Starr A. Brain Surgery. London. 1893. и нѣмецк. переводъ. Hirnchirurgie.

Thane. Amer. Journ. of Medic. Scinces. 1887. p. 351. Transactions of the American Surgical Assoc. 1885. vol. III. p. 33. (Цит. по Le Fort'y и др.).

Turner. Report of the Human Crania.: Challenger's Reports. 1884. t. X. The Journ. of Anat. and phys. 1873. Nov., и 1874. t. VIII. p. 142. 369. (Цит. по Le Fort'y, Müller'y и др.).

Waldeyer. Topographie des Gehirns. Deutsche medicinisnhe Wochenschrift. 1901. № 26, 27, 28 и 29.

Woolonghan, J. M. E. Recherches de topographie crânio-cérébrale. Détermination des Rapports du sillon de Rolando et la scissure de Silvius avec la boîte crâniene. Thèse de Bordeaux 1892. (Цит. Waldeyer'y и др.).

Дѣйствіе пуль на черепъ и мозгъ.

Веберъ, Ф. К. Труды и протоколы засѣданій Русскаго Хирургическаго Общества Пирогова. 1900—1902 г.г. XIX—XX. Изд. 1903 г. стр. 3.

Вреденъ, Р. Р. Русскій Врачъ. 1905. № 24.

Ильинъ, И. П. Къ Вопросу о механизмѣ поврежденій череповъ пулями изъ трехлинейной русской винтовки. Диссерт. С.-Петерб. 1894.

Павловскій, А. Д. Русскій Врачъ, 1906. № 22.

Павловъ, Е. В. О механизмѣ костныхъ поврежденій пулями. Сообщ. въ Общ. Русск. Врачей, 23 Ноябр. 1894. (отдѣльный оттискъ).

Павловъ. Боевыя качества пуль трехъ-линейной винтовки и сходственныхъ съ нею пуль. С.-Петербургъ. 1896.

Тиле. Критическій обзоръ ученія о механическомъ дѣйствіи современныхъ пуль на ткани животнаго тѣла.

Huguet, J. Gazette des hôpitaux, 1897. № 131 et 134. Цит. по Воен.-Мед. Журн., 1897., стр. 975.

Функціональные нейрозы.

Акад. В. М. Бехтеревъ. Обозрѣніе психіатріи, 1899. и 1900 г.; Обозрѣніе психіатріи, 1903 г. См. отчетъ о V съѣздѣ русскихъ врачей; отдѣлъ нервныхъ и душевно-болѣзней. 23. XII. 1893.

Блюменау, М. Б. Врачъ. 1894 и 1895 гг.

Горшковъ. Вопросы нервно-психической медицины. 1897. № 1.

Грейденбергъ, Б. С. Врачъ, 1887, 1888 и 1894 гг.

Корниловъ, А. А. Медицинское Обозрѣніе. 1894, т. XLII, 866; VIII Пироговскій Съѣздъ.

Левенбергъ. А. П. См. ст. Россолимо.

Маштаковъ. А. В. Военно-Медицинскій журналъ. 1897. X.

Мендельсонъ, М. Э. На XIII Международномъ Медицинскомъ Съѣздѣ въ Парижѣ, секц. нервн. бол. См. Обозр. Псих. 1901.

Новоселъскій, С. Военно-Медицинскій Журналъ. 1897. XI.

Озерецковскій, А. Объ истеріи въ войскахъ. Диссертація. Москва. 1891 г.

Поспѣловъ. Къ вопросу объ истеріи у солдатъ. Военно-Медицинскій Журналъ. 1898. VIII.

Розенбахъ, П. Я. О травматическихъ неврозахъ. V Съѣздъ Русскихъ врачей. Отдѣлъ нервныхъ и душевно-болѣзней. 28. XII. 1893.

Россолимо, Г. И. VIII Съѣздъ Общества Русскихъ врачей въ памятъ Пирогова (въ Москвѣ). Секц. нервн. и душ. бол.

Ротъ, В. К. Журналъ невропат. и псих. имени С. С. Корсакова, 1901. I. Кн. 1.

Савичъ, В. А. Медицинское Обозрѣніе 1894, т. XLII, № 19. Общество военныхъ врачей въ Москвѣ.

Сыркинъ-Шкловскій. Врачъ, 1901, № 25.

Трапезниковъ, А. В. Врачъ. 1891, № 15.

Щепинскій, А. А. Неврозы у солдатъ. 1-й очеркъ: Врачебн. Вѣстн. 1907 г. № 19.—2-й очеркъ: Врачебн. Вѣстн. 1908 г. № 1—4.—3-й очеркъ: Врач. Вѣстн. 1908 г. № 13—14, 15—16 и 17—18. Случай hyperhydrosis unilateralis. Военно-Медиц. Журн. 1902.—О распознаваніи сифил. и функціон. гемиплегій. Врач. Вѣстн. 1907 г. № 15—18.

Щербакъ, А. Е. Клиническія лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ. Варшава. 1901.

Юцкевичъ. Военно-Медицинскій Журналъ. 1893. XI и Проток. Двинск. Мед. Общ. за 1892—93.

Яроцкій. Военно-Медицинскій Журналъ. 1897. III.

André, G. Précis clinique des maladies du système nerveux. Переводъ 1898.

Adamkiewicz, A. Centralbl. f. med. Wissensch. 1898. s. 26.

Babinski. J. Gazette des hôpitaux 1900. Mai; Progr. méd. 1886.

Bruns. Die traumatischen Neurosen. Wien. 1901.

Charcot. Cliniques des maladies du système nerveux. — Leçons du mardi à la Salpêtrière. XVIII и др. лекціи.—Progrès méd. 1888. № 5—6; Bull, méd. 1887. № 25 и др.

Ferrier. Докл. на XIII междунар. медиц. съѣздѣ въ Парижѣ, секц. нервн. бол. 1900. (дифференц. діагн. гемипл. органич. и истерич.).

Grasset, J. et Gaussel, A. Revue neurol. № 17. p. 881. 1905.

Marinesco. Nouvelle Iconogr. de Salpêtr. 1900. XIII.

Oppenheim Max. Münch. med. Woch. 1900. № 21.

» Die traumatischen Neurosen. Berlin. 1889. и 2-е изд. 1892.

— Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1905. Vierte Auflage. Bd. II.

Pick. XIII Междунар. съѣздъ въ Парижѣ. Секц. нервн. бол.

Schultze, Fr. Niederrhein. Gesellsch. f. Natur.-und Heilkunde 19 Nov. 1900. Deut. med. Woch. 1901. № 3.

Schwalbe. Основы частн. патологіи. Перев. 1902.

Seeligmüller. Руков.

Thoinot, L. «Hémiplégie». въ Manuel de médecine sous la dir. G. M. Debove et Ch. Achard.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. При леченіи страданій суставовъ по методу Bourget салициловая кислота проникаетъ вглубь организма и можетъ быть открыта въ его выдѣленіяхъ. Побочныхъ дѣйствій гораздо меньше, чѣмъ при внутреннемъ назначеніи салициловыхъ препаратовъ.

2. Ментолъ, улетучиваясь при нагрѣваніи его въ сухомъ видѣ, проникаетъ при вдыханіи въ дыхательные пути на такую глубину, какая немыслима для распыленныхъ растворовъ лекарственныхъ веществъ. Такое примѣненіе ментола оказываетъ хорошіе услуги при леченіи катарральныхъ и др. заболѣваній дыхательныхъ органовъ.

3. По своему обеззараживающему и вяжущему дѣйствію соединенія соціодола съ металлами оказываются полезными при леченіи болѣзней соединительной оболочки глазъ. Побочныя дѣйствія при нихъ встрѣчаются рѣже и въ гораздо болѣе слабой степени, чѣмъ при другихъ аналогичныхъ лекарственнымъ препаратахъ.

4. Ростъ скелета въ періодѣ сформированія организма (pubertas) происходитъ въ разныхъ частяхъ тѣла не равномѣрно: пропорціональное соотношеніе размѣровъ разныхъ частей скелета измѣняется. Поэтому, напр., точныя формулы пропорціанальныхъ размѣровъ школьной мебели для каждаго роста, безъ поправокъ на индивидуальныя особенности, не достигаютъ цѣли.

5. Наслѣдственная передача страха наблюдается иногда въ самой исключительной формѣ.

6. Hyperhydrosis unilateralis встрѣчается и въ качествѣ симптома органическаго пораженія нервной системы, и при нейрозахъ.

7. При изученіи развитія и сохранности памяти у какого-

либо лица важно собрать данныя для характеристики этой способности по отношенію къ разнообразнымъ видамъ воспріятій, затѣмъ—установить соотношенія съ развитіемъ другихъ сторонъ душевной жизни: напр., ассоціативной дѣятельности, вниманія, воображенія, эмоціональной реакціи и т. д.; наконецъ, безусловно необходимо отдавать себѣ отчетъ въ физіологическихъ условіяхъ дѣятельности мозга у даннаго лица.

8. Появленіе тяжелыхъ мозговыхъ осложненій на первомъ и второмъ году послѣ зараженія сифилисомъ встрѣчается въ извѣстномъ числѣ случаевъ и не противорѣчитъ признанію этихъ осложненій зависящими отъ сифилиса, но только послѣ строгаго критическаго обсужденія клинической картины.

9. По отношенію ко кофеину у нѣкоторыхъ лицъ наблюдается рѣзко выраженная невыносливость. Поэтому, не зная индивидуальной выносливости къ нему, нужно начинать назначеніе его съ минимальныхъ дозъ.

10. Изученіе разныхъ случаевъ афазіи непремѣнно должно сопровождаться тщательнымъ и точнымъ изслѣдованіемъ памяти, вниманія, ассоціацій и другихъ сторонъ душевной дѣятельности (по отношенію къ ихъ сохранности у даннаго лица) и установленіемъ индивидуальнаго типа душевной дѣятельности у даннаго лица, а также—точнымъ измѣреніемъ функцій органовъ чувствъ, условій жизнедѣятельности мозга и т. д. Иначе чисто афазическій характеръ наблюдаемыхъ разстройствъ является не вполнѣ доказаннымъ.

11. Пренебреженіе подробнымъ и тщательнымъ изслѣдованіемъ нервной системы у солдатъ является причиною многихъ ошибокъ, чрезвычайно тяжело отражающихся на судьбѣ отдѣльныхъ нижнихъ чиновъ.

12. Долгое промедленіе съ операціей гастростоміи при непроходимости пищевода послѣ отравленій ѣдкими веществами можетъ привести къ такому истощенію организма, что операція оканчивается смертельнымъ шокомъ.

CURRICULUM VITAE.

Александръ Александровичъ Щепинскій, сынъ дѣйств. статскаго совѣтника, православнаго вѣроисповѣданія, родился 14-го декабря 1873 года въ С.-Петербургѣ. Среднее образовлніе получилъ во 2-й С.-Петербургской классической гимназіи, въ которой окончилъ курсъ съ золотою медалью въ 1892 году. Въ томъ-же году поступилъ въ Императорскую военно-медицинскую академію, въ которой окончилъ курсъ со званіемъ лекаря въ 1897 году. 30 ноября 1897 года зачисленъ въ военно-медицинское вѣдомство и назначенъ въ 72-й пѣх. тульскій полкъ младшимъ врачемъ; съ мая 1898 г. исполнялъ должность ординатора варшавскаго уяздовскаго военнаго госпиталя, въ качествѣ прикомандированнаго къ нему. Въ ноябрѣ 1898 г. переведенъ по разстроенному здоровью на службу въ г. Полтаву и назначенъ младшимъ врачемъ 36-го пѣх. Орловскаго полка. Въ іюнѣ 1900 г. былъ командированъ на Дальній Востокъ и назначенъ сначала младшимъ, затѣмъ — старшимъ врачемъ 2-й восточно-сибирской летуч. артиллер. парк. бригады, въ составѣ которой и участвовалъ въ военномъ походѣ въ Монголіи и Маньчжуріи. Въ февралѣ 1901 г. былъ возвращенъ въ 36-й пѣх. Орловскій полкъ. Съ іюня 1904 г. до декабря 1905 г. находился въ составѣ войскъ X армейскаго корпуса на Дальнемъ Востокѣ, гдѣ принималъ участіе въ походахъ и бояхъ. Во время прохожденія службы въ 72-мъ пѣх. Тульскомъ и 36-мъ пѣх. Орловскомъ полкахъ несъ все время обязанности ординатора полкового лазарета, а во время лагернаго сбора — ординатора своднаго лазарета. Съ тою-же цѣлью былъ прикомандированъ въ 1903 г. къ 33-му пѣх. Елецкому полку и въ 1906 г.—къ 35-му Брянскому полку. Съ ноября 1906 г. перешелъ на службу въ вѣдомство учрежденій Императрицы Маріи и назначенъ ординаторомъ въ боль-

ницу Всѣхъ Скорбящихъ. Въ этой должности состоитъ и въ настоящее время.

Докторантскіе экзамены выдержалъ при Императорскомъ Харьковскомъ Университетѣ въ 1901 — 1902 году. Въ первомъ полугодіи 1906 года, находясь въ долгосрочномъ отпуску, состоялъ слушателемъ Императорскаго Клиническаго Института В. К. Елены Павловны.

Въ 1903 и 1907—1908 г. занимался изученіемъ развитія нервной системы и разныхъ сторонъ душевной дѣятельности въ школьномъ возрастѣ—путемъ изслѣдованія учащихся различныхъ среднихъ учебныхъ заведеній и воспитательныхъ учрежденій.

Имѣетъ печатныя работы:

1) Случай hyperhydrosis unilateralis. Напечат. въ Военно-Медиц. журн. 1902 г.

2) Къ вопросу о примѣненіи соединеній соціодола въ глазной практикѣ. Напечат. тамъ-же.

3) Леченіе суставного ревматизма по методу Bourget. Напечатано въ Больничной Газетѣ Боткина. 1902.

4) Вдыханія ментола при болѣзняхъ дыхательныхъ органовъ. Напечат. во Врачебной Газетѣ.

5) Примѣненіе раствора двууглекисл. натрія при леченіи нагноеній и ранъ. Напечат. тамъ-же.

6) Періодическая параплегія. Напеч. въ Русск. Врачѣ. 1903.

7) Поврежденія и заболѣванія затылочной доли. Напечат. тамъ-же. 1907.

8) Къ вопросу объ идіопатическихъ безбѣлковыхъ отекахъ. Напечат. во Врачебномъ Вѣстникѣ въ 1907 г.

9) Неврозы у солдатъ. I очеркъ. Напечат. тамъ-же.

10) Къ вопросу о распознаваніи сифилитическ. и функціональныхъ гемиплегій. Напечат. тамъ-же.

11) Неврозы у солдатъ. II очеркъ. Напечат. во Врачебн. Вѣстникѣ. 1908 г.

12) Неврозы у солдатъ. III очеркъ. Напечатано тамъ-же.

13) Школьная гигіена. Руководство, изд. ред. Соврем. Медицины и Гигіены. 1904 г.

14) Роль самоотравленія въ патологіи. Изд. той же редакціи. 1907. Монографія.

15) Новѣйшіе успѣхи въ распознаваніи и леченіи нервныхъ болѣзней. Монографія. Изд. той же редакціи. Послѣдн. выпуски печатаются.

16) Къ вопросу о распознаваніи поврежденій отдѣльныхъ долей большого мозга.

Послѣднюю работу представляетъ для соисканія степени доктора медицины.