

## Оперативное вмѣшательство по поводу припадковъ парціальной эпилепсіи, вызывавшихся опухолью головного мозга <sup>1)</sup>.

Ординатора В. Д. ЛАПУХИНА.

Больной С., котораго я имѣю честь представить Обществу, былъ оперированъ въ нервной клиникѣ Казанскаго Университета по поводу припадковъ парціальной эпилепсіи, вызывавшихся новообразованіемъ въ двигательной области коры праваго полушарія мозга. А такъ какъ такіе случаи не часты въ иностранной медицинской прессѣ а у насъ въ Россіи въ особенности, то я пользуюсь этимъ случаемъ въ качествѣ демонстраціи.

Исторія болѣзни этого больного слѣдующая:

Больной С., 23 лѣтъ, мѣщанинъ города Казани, поступилъ въ клинику 23 марта 1911 года съ жалобой на эпилептическіе припадки. Въ дѣтствѣ у него была оспа, оставившая знаки на лицѣ; 14-ти лѣтъ отъ роду былъ боленъ чешоткой; а въ 1908 году была свинка. Травмы не было. Отецъ больного умеръ отъ чахотки. Мать больного здорова. Больной женатъ; имѣлъ 3-хъ дѣтей, изъ нихъ двое умерло, одинъ живъ и здоровъ. Жена здорова, выкидышей не имѣла. Лѣтъ 12 назадъ, когда больной учился парикмахерскому ремеслу,

---

<sup>1)</sup> Доложено въ Обществѣ Невропатологовъ и Психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 11 Мая 1911 года.

съ нимъ было какое-то состояніе, на подобіе обморока. Въ 1903 году съ больнымъ случился первый припадокъ, во время котораго сознанія онъ не терялъ, а судороги были только въ лѣвой рукѣ. Послѣ этого въ продолженіи трехъ лѣтъ у больного припадковъ не было. Въ 1906 году больной женился, и на другой день послѣ свадьбы, онъ выпилъ водки, послѣ чего у него былъ припадокъ съ потерей сознанія и общими судорогами во всемъ тѣлѣ. Черезъ мѣсяцъ послѣ этого больной уѣхалъ изъ Казани въ Чистополь, гдѣ снова порядкомъ выпилъ и съ нимъ опять были общія судороги съ потерей сознанія. Затѣмъ года два былъ промежутокъ, во время котораго онъ принималъ бромистый натръ и іодистый калий; и припадковъ не было. Съ февраля 1908 г. припадки опять возобновились съ судорогами общаго характера и потерей сознанія; послѣ этого припадки стали повторяться черезъ недѣлю; такъ длилось нѣсколько мѣсяцевъ, а затѣмъ въ продолженіи 8 мѣсяцевъ припадковъ не было. 16 января 1909 года съ больнымъ припадки опять возобновились, вслѣдствіе чего больной въ тотъ же день обратился въ доктору. В. П. Цервушину, при чемъ сообщилъ ему слѣдующее. Въ 2 часа дня 16 января 1909 г. лѣвую руку стало „коверкать“, по выраженію больного, при этомъ онъ легъ и вскорѣ потерялъ сознаніе. При изслѣдованіи оказалось. Аппетитъ у больного средній; со стороны отравленій желудка увлоненій не отмѣчалось. Сонъ хорошій, иногда бываютъ головныя боли; довольно часто вкружить; 4-й годъ замѣчаетъ, что лѣвая рука слабѣ правой, иногда она деревенеетъ, а также край лѣваго уха и лѣвая половина головы. Пульсъ 120 ударовъ въ 1'. Языкъ удовлетворителенъ, руки не дрожатъ. Сухожильные рефлексъ на лѣвой рукѣ живѣе, сравнительно съ правой. Коленные рефлексъ удовлетворительны. Глазное дно удовлетворительно. Легкая гиперестезія на лѣвой рукѣ. Намевъ на парезъ п. *facialis sin.*

9-го марта 1909 года больной обратился въ нервную клинику, гдѣ было записано, что послѣдній припадокъ передъ тѣмъ, какъ обратиться въ клинику, былъ въ февралѣ, а до этаго въ январѣ. Голова начала болѣть 9 дней тому назадъ, болѣла очень сильно два дня, потомъ 2 дня болѣе не было. Разъ два головная боль была такъ сильна, что больной долженъ былъ лежать въ постели. Была два раза рвота; былъ

жаръ, ознобъ, насморкъ и кашель. Голову сильно кружило. Со стороны произвольныхъ движеній черепныхъ нервовъ никакихъ измѣненій не отмѣчалось. Лѣвая рука слабѣе, иногда деревѣетъ. Сила правой 32 кгр.,—лѣвой 22 кгр. Со стороны непроизвольныхъ движеній имѣются судороги иногда общаго характера съ потерей сознанія, иногда парціальнаго, безъ потери сознанія, при чемъ судороги всегда начинаются съ лѣвой руки; tremor'a нѣтъ. Romberg'a нѣтъ. Сухожильные рефлексъ на рѣвой рукѣ повышены, сравнительно съ правой. Колѣнный и Ахилловъ рефлексъ живѣе слѣва. Брюшной и на cremaster нормальнаго типа. Подошвенный рефл. почти не вызывался. Рефлексъ со слизистыхъ оболочекъ нормальны. Зрачки одинаковы, реакція ихъ на свѣтъ вялая. Тазовые органы въ порядкѣ. Тонусъ мышцъ нормальный. Зрѣніе достаточно; слухъ нормальный. Всѣ виды чувствительности сохранены. Глазное дно по изслѣдованіямъ въ нервной клиникѣ; границы папиллы туманны и вены расширены; атрофіи нѣтъ. Данныя изъ глазной клиники отъ 13 марта 1909 года таковы: у больного имѣется neuritis oedematosa oculi utriusque. Больному рекомендована наружно мушка на тылъ шеи и внутрь BrNa. Отъ 6-го апрѣля 1909 года имѣется запись, что у больного было два припадка: одинъ ночью во время сна; больной проснулся, когда припадокъ уже окончился; другой три дня назадъ: начался съ лѣвой руки, появились въ ней подергиванія, потомъ потерялъ сознаніе и припадка не помнитъ. Голова не болитъ послѣ мушки. Рука лѣвая слабѣе, въ ней боли. Три послѣднихъ пальца деревѣютъ. Затѣмъ въ маѣ мѣсяцѣ почти каждую недѣлю были припадки, начинавшіеся съ лѣвой руки. Голова не болитъ съ весны. Былъ небольшой припадокъ въ іюлѣ; затѣмъ въ августѣ одинъ, и 10 сентября 1909 года былъ припадокъ, начавшійся съ четырехъ пальцевъ лѣвой руки. Были парѣстезіи въ лѣвой рукѣ и общія судороги; голова не болѣла, не кружило. Было два припадка въ октябрѣ, затѣмъ въ декабрѣ припадокъ, начавшійся опять съ особыхъ ощущеній въ среднемъ пальцѣ лѣвой руки; легъ въ постель. Сознанія не терялъ. Въ январѣ 1910 года было два припадка, появившіеся со всей лѣвой руки. Въ январѣ была желтуха, которая скоро прошла послѣ леченія больного въ терапевтической клиникѣ. 2-го февраля 1910 года было два припадка,

оба ночью: больной проснулся, когда стало сводить лѣвую руку; успѣлъ разбудить жену, велѣлъ убрать ребенка, затѣмъ уже не помнитъ, какъ распространялся припадокъ, такъ какъ „что-то вошло въ голову“. 5-го февраля припадокъ съ лѣвой руки. Головныхъ болей нѣтъ съ весны 1909 года.

Съ марта мѣсяца 1910 года припадки *впервые* стали появляться съ лѣвой ноги; такъ 5-го марта 1910 года былъ припадокъ, начавшійся не съ лѣвой руки, а съ лѣвой ноги. Въ 12 часовъ дня на дворѣ появились подергиванія въ лѣвой ногѣ; больной упалъ, потерялъ сознание; были общія судороги. Послѣ припадка общая спутанность; больной не узнавалъ людей. Свѣдѣнія изъ глазной клиники отъ 8 марта 1910 года слѣдующія: у больного въ настоящее время имѣется картина *neuritis nervorum opticorum* въ регрессивной стадіи. Острота зрѣнія остается по прежнему нормальной. 17 марта 1910 года на улицѣ больной почувствовалъ, что лѣвую ногу сводятъ судороги; зналъ, что сейчасъ будетъ припадокъ, самъ легъ на снѣгъ, и съ нимъ дѣйствительно былъ припадокъ общій. Черезъ 3—5 минутъ припадокъ прошелъ, больной всталъ и продолжалъ свою дорогу. Въ лѣвой ногѣ послѣ этого сталъ ощущать слабость. Имѣется у больного ослабленіе лѣвой верхней конечности и лѣвой нижней конечности. Повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ на лѣвой рукѣ и лѣвой ногѣ. Со стороны чувствительности измѣненій нѣтъ. Головныхъ болей нѣтъ. Пульсъ 117 ударовъ въ 1'. 25 марта 1910 года былъ припадокъ, начавшійся судорогами въ лѣвой ногѣ. Сознанія не терялъ. 29 марта былъ припадокъ съ кисти лѣвой руки. Сознанія не терялъ. Затѣмъ въ апрѣлѣ, іюнѣ, августѣ и сентябрѣ 1910 г. было нѣсколько припадковъ съ лѣвой руки. Съ февраля и марта 1911 года припадки почти ежедневно, при чемъ начинались съ лѣвой ноги. Послѣ припадковъ головная боль.

23 марта 1911 года больной поступилъ въ нервную клинику. При изслѣдованіи оказалось: движенія глазныхъ яблокъ въ предѣлахъ нормы. Имѣлся незначительный парезъ *nervi facialis sinistri*. Со стороны другихъ черепныхъ нервовъ никакихъ уклоненій не отмѣчалось. Движенія головы и туловища въ предѣлахъ нормы. Движенія въ лѣвой рукѣ и лѣвой ногѣ по объему нормальны, по силѣ ослаблены. Сила правой руки по динамометру 37 кгр., лѣвой 22 кгр. Со стороны не-

произвольныхъ движеній отмѣчались эпилептическіе судорги, иногда парціальнаго характера и безъ потери сознанія, иногда общаго характера съ потерей сознанія. Дрожанія нѣтъ. Координація не разстроена. Атаксія и апраксія нѣтъ. Симптома Romberg'a нѣтъ. Сухожильные рефлексъ на правой рукѣ оживлены, на лѣвой—повышены. Колѣнный рефлексъ справа живой, слѣва повышенъ. Ахилловъ живѣе слѣва. Намекъ на клонусъ стопы слѣва. Подошвенный, брюшной и на сгемастер нормальны съ той и другой стороны. Корнеальный, конъюнктивальный, глоточный и съ мягкаго неба въ предѣлахъ нормы. Зрачки равны, съ вяловатой реакціей на свѣтъ. Тазовые органы въ порядкѣ. Тонусъ мышцъ нормальный. Полезрѣнія на бѣлый цвѣтъ нормально, на красный и зеленый сѣужено. Дно глаза: papillae сѣровато-грязнаго цвѣта, контуры сильно ступеваны, артеріи узки, вены широки, мѣстами пропадаютъ. *Nauritis nervi optici in stadio regressivo oculi utriusque*. (Глазная клиника). Слухъ, обоняніе и вкусъ нормальны. Всѣ виды чувствительности нормальны. Питаніе кожныхъ покрововъ, суставовъ и костей удовлетворительное. Черепъ при постукиваніи, а также нервныя стволы при давленіи не болѣзненны. Рѣчь не разстроена. Послѣ припадковъ нѣсколько часовъ держится головная боль. Пульсъ ритмичный, ускоренный до 117—120 ударовъ въ минуту. Тоны сердца чисты, границы сердца нормальны. Со стороны органовъ дыханія уклоненій отъ нормы не отмѣчалось. Селезенка и печень въ предѣлахъ нормы. Въ мочѣ сахару и бѣлка нѣтъ. 24 марта 1911 года была сдѣлана докторомъ В. П. Первушинымъ люмбальная пункция. Спинно-мозговая жидкость вытекала изъ позвоночнаго канала подъ нормальнымъ давленіемъ. Лимфоцитозъ 1, 7; слабая опалесценція. Реакція Wasserman'a въ крови и люмбальной жидкости отрицательная. За время пребыванія въ клиникѣ въ теченіе мѣсяца наблюдалось 11 припадковъ, начинавшихся съ лѣвой ноги и одинъ припадокъ 2 апрѣля, начавшійся съ лѣвой руки. Самъ лично я наблюдалъ только одинъ припадокъ съ самаго начала. Именно: 5 апрѣля 1911 года днемъ съ больнымъ случился припадокъ, начавшійся съ сгибанія колѣна въ лѣвой ногѣ, больного положили на постель, послѣ чего судорги распространились на всю лѣвую ногу, затѣмъ постепенно перешли на *m. m. ileo-psoas, quadratum lumborum*,

шею; въ лѣвой рукѣ судорогъ не было. Очень незначительныя судороги были и въ правой ногѣ. Сознанія больной не терялъ. Черезъ 5 минутъ припадокъ прошелъ.

Итакъ у нашего больного первый припадокъ въ 1903 году начался съ лѣвой руки безъ потери сознанія. Въ началѣ припадки были рѣдки, при чемъ они начинались съ лѣвой руки, иногда ограничиваясь рукой, иногда переходя на все тѣло. Въ 1909 году съ больнымъ былъ жаръ, ознобъ; головная боль, продержавшаяся съ мѣсяцъ и въ это же время былъ обнаруженъ застойный сосокъ; припадки стали появляться чаще, но все же начинались съ лѣвой руки. Такъ дѣло обстояло до 1910 года. Въ мартѣ же мѣсяцѣ 1910 года *первы* судорожный припадокъ начался не съ лѣвой руки, а съ лѣвой ноги, и послѣ этого судороги стали появляться то съ лѣвой руки, то съ лѣвой ноги, при чемъ за послѣднее время судороги большею частью стали начинаться съ лѣвой ноги. Начавшись въ лѣвой ногѣ, судороги переходили на мышцы туловища и шею и этимъ заканчивались, при этомъ больной сознанія не терялъ; но иногда судороги, начавшись въ лѣвой ногѣ, быстро распространялись на все тѣло и больной терялъ сознаніе.

Имѣя передъ собой больного, страдающаго парціальнѣй эпилепсіей и лѣвостороннимъ гемипарезомъ, мы можемъ локализовать заболѣваніе въ правомъ полушаріи головного мозга, а самое хроническое теченіе даетъ намъ право исключить всѣ острыя формы заболѣванія головного мозга, посему приходится проводить дифференціальныя діагнозы между абсцессомъ мозга, ограниченнымъ менингитомъ и опухолью мозга.

Абсцессъ мозга исключается нами потому, что въ анамнезѣ больного нѣтъ этиологическаго момента для его возникновенія, какъ напр. травмы, отита и т. п., а также у больного не наблюдалось повышенной температуры. При постановкѣ же дифференціальнаго діагноза между хроническимъ менингитомъ и

опухолью мозга мы обращаемъ вниманіе съ одной стороны на свойства люмбальной жидкости, съ другой на анамнезъ больного. Обильный лимфоцитозъ церебро-спинальной жидкости, болѣе сравнительно съ нормой содержаніе въ ней бѣлка, а также и данныя анамнеза, указывающія на то, что у больного и раньше бывали головныя боли того же самаго характера, что боли возникли остро, и съ тѣхъ поръ появляются черезъ извѣстные промежутки времени, все это вмѣстѣ взятое будетъ говорить за менингитъ. Такихъ указаній въ пользу менингита мы у нашего больного не находимъ, а также не находимъ указанія въ анамнезѣ и теченіи болѣзни и на инфекцію, какъ напр. сифилисъ, туберкулезъ и др., благодаря которымъ могъ бы развиваться хроническій менингитъ. Такимъ образомъ, на основаніи застойнаго сока, ускореннаго сердцебіенія, припадковъ парціальной эпилепсіи, лѣвосторонняго гемипареза и исключая абсцессъ мозга и хроническій менингитъ, мы съ большей вѣроятностью можемъ высказываться за новообразование въ головномъ мозгу въ области двигательной зоны или же въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ нею въ бѣломъ или сѣромъ веществѣ головного мозга. Если бы мы имѣли новообразование въ бѣломъ веществѣ мозга, вблизи двигательной зоны, то сначала развились бы парезы, а потомъ уже появились припадки, а такъ какъ у нашего больного сначала появились припадки парціальнаго характера, а вслѣдъ за этимъ развились парезы, то мы имѣли основаніе предполагать у нашего больного, если не грубо макроскопическое, то во всякомъ случаѣ микроскопическое измѣненіе въ корѣ головного мозга въ области двигательной зоны, или въ крайнемъ случаѣ по сосѣдству съ ней въ лобной долѣ, но не въ теменной, потому что у нашего больного не было никакихъ разстройствъ чувствительности.

Вслѣдствіе предполагавшагося новообразования въ кортикальныхъ двигательныхъ центрахъ или по сосѣдству съ ними 26 апрѣля 1911 года было сдѣлана докторомъ А. В. Вишнев-

скимъ операція—остеопластическая краніотомія съ вырѣзкой опухоли по одномоментному способу.

Больной подготовленъ къ операціи обычнымъ порядкомъ. Наканунѣ былъ vybrитъ; за 3 часа до операціи принялъ ванну. Была наложена асептическая повязка. Хлороформенный наркозъ. Съ цѣлью предупрежденія кровотеченія изъ мягкихъ покрововъ черепа—обвито вокругъ головы нѣсколько оборотовъ эластическаго бинта возможно ниже со лба на затылокъ. Очерченъ 4-хъ—угольный лоскутъ съ основаніемъ внизу. Лоскутъ, шириной 9 сант., высотой 10 сант., расположенъ внизу отъ стрѣловиднаго шва на выпуклой поверхности праваго полушарія. Костно-пластическій лоскутъ образованъ ручнымъ наборомъ Дуайэна и щипцами Донгрена. Послѣ отворачиванія лоскута оказалось, что твердая мозговая оболочка срослена съ опухолью, но не проросла ею. Твердая мозговая оболочка была отсепарована, послѣ чего оказалось доступно зрѣнію новообразование, которое вмѣстѣ съ корой было вырѣзано на глубину  $1\frac{1}{2}$  сант., при чемъ съ поверхности имѣло видъ неправильной четырехугольной фигуры длиннику 7 сант., поперечнику 5 сант. Форма опухоли имѣла видъ полумѣсяца, расположеннаго своимъ длинникомъ приблизительно въ сагитальномъ направленіи, слегка приподнятымъ переднимъ ея концомъ, при чемъ вогнутостью полумѣсяцъ обращенъ былъ кверху. Насколько можно убѣдиться во время операціи, опухоль была расположена слѣдующимъ образомъ. Кзади она заходила въ заднюю центральную линію, отсюда она шла въ переднюю центральную извилину и частью распространялась на самый задній отдѣлъ верхней лобной извилины; приблизительно она занимала верхній отдѣлъ средней трети и нижній отдѣлъ верхней трети центральныхъ извилинъ. Опухоль оказалась лежащей не глубоко и не распространялась макроскопически на бѣлое вещество мозга. Новообразование было довольно плотной на ощупь консистенціи, блѣдно-сѣровато-краснаго цвѣта. Послѣ удаленія опухоли, часть мозговой оболочки въ мѣстахъ сращенія была вырѣзана съ цѣлью предупрежденія возврата опухоли. Вслѣдствіе имѣвшагося кровотеченія между мозгомъ и костью былъ введенъ тампонъ и выведенъ наружу. Костно-пластическій лоскутъ вставленъ на свое мѣсто и пришитъ отдѣльными узловыми швами. Наложена асептическая повязка.



На другой день послѣ операціи 27-го апрѣля 1911 года имѣлся полный параличъ лѣвой руки и парезъ лѣвой ноги, при чемъ при движеніи лѣвой ногой получались содружественныя движенія въ правой ногѣ; былъ парезъ верхней вѣтви и параличъ нижней вѣтви *n. facialis sinistri*. Глазъ лѣвый смыкается вполнѣ, но удержатъ закрытымъ не можетъ. Лѣвый уголъ рта не оттягиваетъ. Подошвенный рефлексъ слабо выраженъ слѣва. Рефлекса Бабинскаго нѣтъ. Брюшного слѣва нѣтъ, справа живой; на *cremaster* ослабленъ слѣва, живой справа. Сухожильные рефлексы на лѣвой рукѣ и лѣвой ногѣ повышены, справа живые. Клонусъ стопы слѣва. Мышечное и стереогностическое чувства глубоко разстроены въ лѣвой рукѣ и слабѣе разстроены на лѣвой ногѣ. Остальные виды чувствительности нормальны. Сознаніе не нарушено. Рѣчь не ясна, вслѣдствіе паралича *n. facialis sinistri*.

29 апрѣля появилось сгибаніе и разгибаніе въ локтевомъ суставѣ лѣвой руки. Сухожильные рефлексы повышены слѣва. Подошвенный и брюшной отсутствуютъ слѣва; на *cremaster* слѣва слабо выраженъ. Чуть замѣтная ригидность въ сгибателяхъ предплечья, мышечное и стереогностическое чувства разстроены также какъ и на другой день послѣ операціи. Чувства: болевое, привосновенія, давленія, вибраціонное, — сохранены. Дермографія. Головныхъ болей не отмѣчаетъ. 3-го мая 1911 года появились движенія въ плечевомъ суставѣ лѣвой руки. Остальные *in statu quo*.

4 мая 1911 года. Движенія въ плечевомъ суставѣ лѣвой руки еще объемистѣе. Имѣется парезъ *n. facialis sin.* нижней вѣтви, тогда какъ на другой день послѣ операціи былъ параличъ этой вѣтви. Появились парѣстезіи въ видѣ холода въ лѣвой рукѣ и лѣвой ногѣ, хотя очень незначительныя.

Небольшая ригидность въ сгибателяхъ предплечья. 7 мая 1911 года утромъ былъ припадокъ, начавшійся съ лѣвой ноги и быстро распространившійся на все тѣло. Сознаніе вскорѣ послѣ начала припадка больной потерялъ, успѣлъ позвать только сидѣлку. Черезъ 3 минуты припадокъ прекратился. 10 апрѣля послѣ перевязки были подергиванія въ пальцахъ лѣвой ноги и сердцебіеніе, которыя черезъ 1—2 минуты прекратились.

11 апрѣля 1911 года было 2 припадка. Первый былъ утромъ, и начался съ судорогъ въ мышцахъ бедра лѣвой ноги

и туловища. При сжиманіи ноги сидѣлкой судороги этимъ ограничили и дальше не распространялись. Сознаніе больной не терялъ. Второй припадокъ былъ днемъ; когда больной лежалъ на подкладномъ суднѣ, у него появились судороги въ мышцахъ бедра и туловища лѣвой стороны; у больного удерживали ноги. Черезъ 3 минуты припадокъ прекратился. Сознаніе больной не терялъ.

Такъ какъ срокъ послѣ операціи очень незначительный, то говорить о послѣдствіяхъ данной операціи еще не приходится. Что же касается припадковъ, которые возникли послѣ операціи, то о происхожденіи ихъ судить пока очень трудно. Можно высказать только предположеніе, что они возникаютъ или отъ того, что мозгъ не освободился еще отъ травмы, какъ напр. отъ находящагося томпона, сгустковъ и т. п. или же не все еще удалено, что вызывало прежніе припадки, такъ какъ мы удалили патологическій процессъ, который былъ доступенъ зрѣнію макроскопически, микроскопически онъ могъ распространяться болѣе обширно, какъ въ сѣромъ, такъ и въ бѣломъ веществѣ мозга. Больной представляетъ интересъ по тому симптомокомплексу, который выступилъ тотчасъ послѣ операціи, что же касается результатовъ самой операціи, то вслѣдствіе малаго срока послѣ операціи я пока этого вопроса не считаю возможнымъ касаться, надѣясь это сдѣлать тогда, когда срокъ послѣ операціи будетъ достаточенъ для того, чтобы говорить о послѣдствіяхъ операціи болѣе опредѣленно.