

Изъ клиники нервныхъ болѣзней Императорскаго  
Казанскаго Университета.

## Примѣненіе остеопластической краніотоміи въ двухъ случаяхъ парціальной эпилепсіи<sup>1)</sup>.

Ординатора клиники Е. Н. АРХАНГЕЛЬСКОЙ.

Пользуясь любезнымъ предложеніемъ директора клиники проф. Л. О. Даркшевича, я хочу представить Обществу двухъ больныхъ. Они заслуживаютъ вниманія главнымъ образомъ съ точки зрѣнія хирургическаго вмѣшательства въ область невропатологіи. Это—довольно типичное проявленіе парціальной эпилепсіи, гдѣ было примѣнено удаление участка коры съ цѣлью устранить вліяніе предполагаемаго источника ея раздраженія.

I случ. Больная, дворянка, А. М. А. 24 лѣтъ. Анамнезъ ея слѣдующій: родилась она здоровымъ ребенкомъ, развилась, повидимому, нормально. Со стороны родственниковъ матери цѣлое поколѣніе является алкоголиками: какъ отецъ ея матери, такъ и всѣ его сыновья пили очень много. Мать тоже пила по временамъ, кромѣ того страдала мигренями, (есть свѣдѣнія о томъ, что у нея была кособокость), умерла она отъ какой-то женской болѣзни. 2 брата и сестра больной здоровы, еще 2

---

<sup>1)</sup> Сообщено въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 6 апрѣля 1911 г., гдѣ были продемонстрированы оба больные.

брата умерли отъ случайныхъ причинъ. Отецъ здоровъ, въ молодыхъ годахъ тоже пилъ порядочно, но потомъ бросилъ. Lues въ семьѣ отрицается. 5-ти лѣтъ дѣвочка перенесла скарлатину въ тяжелой формѣ, послѣ которой нѣсколько мѣсяцевъ были носовые кровотечения.

Года 2 спустя послѣ этого у нея стало появляться по временамъ трясеніе въ правой рукѣ. 8-ми лѣтъ отъ роду 1-ый припадокъ съ потерей сознанія, съ пѣной у рта и судорогами. Отмѣчаются еще 2—3 припадка за этотъ годъ. Далѣе, послѣ перерыва почти въ годъ, припадки снова появляются и, видимо, становятся все чаще. 10-ти лѣтъ больная поступаетъ въ Институтъ. Припадки происходятъ ночью, иногда по нѣскольку въ теченіе одной ночи, на утро больная просыпается разслабленная, съ небольшой головной болью, но всетаки въ состояніи заниматься.

Способности ея, по словамъ больной, не ослабѣвали нисколько. О припадкахъ она сохраняетъ воспоминаніе, замѣчаетъ, что они начинаются обычно въ видѣ ощущенія жженія въ правой рукѣ, переходящаго въ судороги, а далѣе она теряетъ сознаніе.

Иногда до появленія припадка чувствовалось овѣмѣніе во всей рукѣ или зудъ. Постепенно у больной выработалась привычка при такихъ явленіяхъ крѣпко сжимать лѣвой рукой середину плеча правой, при чемъ ей казалось, что она въ состояніи такимъ образомъ предупредить припадокъ.

Несмотря на припадки, въ Институтѣ пробыла 4 года. Принимала препараты брома, іода. Въ 1901 г. ей произведенъ курсъ ртутнаго лѣченія, но безрезультатно: количество припадковъ то какъ будто нѣсколько уменьшалось, то учащалось вновь.

Въ 1902 г. б. поступила впервые въ Казанскую нервную клинику, гдѣ пробыла съ 21/1 до 18/ш.

Припадки за это время наблюдались съ 24 янв. по 5-февр., далѣе 8-февр. 9, одиночные припадки, съ 5 по 9 марта опять приступъ припадковъ, потомъ одиночный припадокъ 17 марта, въ промежуткахъ еще иногда судороги въ правой рукѣ, явленія *petit mal*. При изслѣдованіи больной въ журналѣ 1902 г. отмѣчается слѣд.: въ лицѣ слабый парезъ нижней вѣтви п. *facialis* справа. Ослабленіе силы въ правой рукѣ и правой ногѣ, разстройство координаціи въ рукѣ

наклонность къ гиперэкстензіи во всѣхъ суставахъ. Разстройство болевой чувствительности въ видѣ незначительнаго пониженія ея на правой сторонѣ въ нижней части туловища и ногѣ и гиперэстезія въ верхней части плеча и отчасти въ лопаточной области. Отмѣчено далѣе похуданіе мускулатуры съ правой стороны туловища, недоразвитіе костнаго скелета и сколиозъ, обращенный выпуклостью вправо.

Б. выписывается изъ клиники (черезъ 2 мѣс.) и въ теченіе 4 лѣтъ живетъ дома, а въ 1904 г. поступаетъ въ пріютъ для неизлечимо больныхъ женщинъ въ г. Казани. Принадки по словамъ больной за это время продолжаютъ недѣли по 2 съ перерывомъ также недѣли въ 2.

Въ 1909 г. постепенно увеличивается слабость въ правой рукѣ (замѣтная при производствѣ разныхъ мелкихъ работъ), въ связи съ сведеніемъ въ локтѣ и кисти. Медленно это сведеніе растетъ вплоть до образованія контрактуры. Лѣтомъ 1910 г. А. уже совсѣмъ не въ состояннн что бы то ни было дѣлать этой рукой. 2 декабря она поступаетъ въ нашу клинику.

Обще впечатлѣніе отъ больной таково, что она — преждевременно разслабленный человекъ. Движенія ея медленны, вялы, какъ у міастеника. Рѣчь также медлительная, тихая, невнятная, съ остановками, какъ будто б. не сразу соображаетъ необходимое для выраженія ея мысли слово (брадилалия). Она апатична, вяло реагируетъ на все окружающее. Любитъ однако читать и читаетъ вслухъ лучше, чѣмъ говорить, прекрасно пишетъ лѣвой рукой и подъ диктовку, и самостоятельно. Все понимаетъ и правильно разсуждаетъ. Можно отмѣтить только общую подавленность психики, безъ какихъ-либо видимыхъ разстройствъ ея. Часто ее мучатъ безпокойные сны, иногда устрашающаго содержанія, отъ которыхъ въ ужасѣ она просыпается. Нѣсколько разъ бывали галлюцинаціи. По временамъ она испытываетъ какое-то безотчетное состояніе, ее „какъ будто уноситъ куда то“, пока она не сообразитъ, гдѣ находится и что ей нужно дѣлать. Эти моменты безотчетности (*petit mal*) наблюдались нами въ клиникѣ.

Чаще однако у больной крупныя припадки, появляющіеся обычно ночью, въ видѣ цѣлой серіи на протяженіи 1—2 недѣль.

Такой периодъ припадковъ наблюдался въ клиникѣ съ 5/xii по 18/xii каждую ночь (или одиночные припадки или до 3—4 и болѣе), далѣе наступилъ перерывъ въ 9 дней, опять 4 дня (съ 31 до 3 янв.) припадки, перерывъ съ 8-го до 11-го опять припадки. Съ 11/i до операціи, произведенной 22 янв., припадковъ не было.

Привожу мое собственное наблюденіе большого припадка 11 дек. въ 1 ч. 20 мин. ночи.

Въ началѣ припадка громкій, дикій крикъ. Дальше судороги въ правой рукѣ и въ правой ногѣ тонического характера. Одновременно клонико-тоническія судороги въ правой половинѣ лица, ритмично дергаетъ правый глазъ. Лицо страшно блѣдно, съ синеватымъ оттѣнкомъ, сильно искажено перекошено въ лѣво. Въ лѣвой рукѣ клоническія судороги. Тѣло трясется, какъ въ сильнѣйшемъ ознобѣ (на всей правой половинѣ гусиная кожа). Во время припадка непроизвольное мочеиспусканіе, пѣны изо рта нѣтъ, языкъ не прикушенъ.

Въ правой рукѣ продолжительная тоническая судорога, когда лѣвая уже совсѣмъ расслаблена. Зрачки широко открыты, не реагируютъ на свѣтъ.

Крикъ только въ началѣ, далѣе шумное дыханіе перешедшее въ храпъ. Дыханіе около 30 въ мин. п. около 140; судороги продолжаются мин. 5. Послѣ расслабленія мускулатуры сознаніе однако не возвращается: взглядъ неподвижный, точно остолбенѣлый. Прерываемое дыханіе и какое-то клокотаніе въ горлѣ создаютъ впечатлѣніе агоніи.

Послѣ припадка больная не засыпаетъ. Состояніе оглушенія продолжается долго.

На другой день больная помнитъ о припадкѣ, говоря, что всегда просыпается до его начала, ощущая сильное безпокойство и непріятный зудъ въ рукѣ, переходящій въ судороги.

Кромѣ этихъ ночныхъ припадковъ и явленій *petit mal*, у больной наблюдаются еще припадки безъ потери сознанія, проявляющіеся въ видѣ тонической судороги сгибателей правой руки, иногда сопровождающіеся судорогами въ правой ногѣ и правой половинѣ лица, при чѣмъ голова обычно отводится влѣво.

Въ періодъ припадковъ б. сильно худѣетъ. Лицо кажется осунувшемся, въ высшей степени утомленнымъ.

Головныхъ [болей обычно нѣтъ, но ходить она въ это время не въ состояніи отъ чрезмѣрной слабости.

Посмотримъ теперь, что даетъ въ цѣломъ изслѣдованіе ея нервной системы.

Изъ черепно-мозговыхъ нервовъ уклоненіе отъ нормы представляетъ только п. *facialis* справа: наблюдается незначительный парезъ нижней вѣтви, отчасти п. *acusorius Willisii*, также справа; меньшей объемъ поднятія плеча, чѣмъ слѣва, благодаря слабости *m. cucullaris*.

Правая рука постоянно согнута въ локтѣ и въ кисти до прямого угла, при чемъ движенія въ большомъ пальцѣ и указательномъ свободны, остальные три почти лишены движеній, пригнуты къ ладони и въ такомъ положеніи фиксированы.

Поднятіе руки вверхъ свободно совершается до горизонтальнаго уровня, далѣе—затрудненіе, вслѣдствіе боли въ наружной сторонѣ плеча. Въ локтѣ разгибаніе возможно лишь до прямого угла, въ кисти—разгибаніе идетъ до выпрямленія ея, не дальше. Въ правой ногѣ есть ослабленіе движеній въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ сравнительно съ лѣвой, нѣсколько ограничены движенія стопы; остальные сохранены. Обѣ ноги въ спокойномъ состояніи нѣсколько приведены вкнутри (*pes varus*). Со стороны рефлекторныхъ движеній уклоненій отъ нормы нѣтъ. Далѣе, тонусъ мускулатуры на правой сторонѣ, въ области сгибателей плеча, предплечья, пальцевъ сильно повышенъ, до образованія контрактуры. Сильный спазмъ мышцъ на спинѣ справа, особенно въ области лопатки. Въ локтѣ и пальцахъ лѣвой руки наблюдается пассивно гиперэкстензія до образованія прямого угла пальцевъ съ кистью.

Со стороны чувствительности наблюдается разстройство только *болевою*: на предплечьи и на ногѣ справа незначительное пониженіе, въ верхней части плеча гиперестезія, постепенно возрастающая кверху и распространяющаяся въ области верхней части лопатки до границы волосъ сзади. Локалізація ощущеній уколовъ на всей правой половинѣ тѣла также ошибочна.

Мышечное чувство не нарушено. Астереогноза нѣтъ. Мышцы правой руки атрофированы сравнительно съ лѣвой, при чемъ питаніе ихъ нарушено главнымъ образомъ въ разгибателя предплечья и кисти, далѣе на всей вообще правой половинѣ туловища, чѣмъ должно быть и обуславливается рѣзкая деформация грудной клѣтки: правое плечо стоитъ значительно выше лѣваго, справа спереди грудная клѣтка уплощена, сзади выпукла, слѣва—уплощеніе сзади и выпуклость спереди. Позвоночникъ искривленъ рѣзко выпуклостью вправо до нижняго уровня лопатокъ, въ верхней части какъ бы втянутъ внутрь, почти достигаетъ внутренняго угла лопатки. Въ ниже-грудной и поясничной части сколіозъ сильно влѣво, образуется так. обр. фигура буквы S. Крыло лѣвой лопатки отстаетъ отъ грудной клѣтки настолько, что легко почти всѣми пальцами руки зайти подъ нее и ошупать углубленіе подъ ней. Справа нижній край ея почти не обрисовывается и крѣпко соединенъ съ ребрами, переходя незамѣтно въ ихъ выпуклость на этой сторонѣ. Фарадическая возбудимость мышцъ оказалась нормальной и равномѣрной съ обѣихъ сторонъ.

Грудныя железы развиты слабо (справа замѣтно меньше). Кожа очень тонка, нѣжна, подкожный жировой слой развитъ очень плохо. Дермографизмъ довольно рѣзкій. Измѣреніе груди на уровнѣ 3-го ребра отъ позвоночника до sternum справа=37 с. слѣва=41 с. окружность правой руки на 15 сант. выше локтя 21 с.—лѣвой руки на томъ же уровнѣ 23 с. длина рукъ одинакова; окружность правой руки на уровнѣ 5 сант. отъ epicondylae вверху=13 $\frac{1}{2}$  сант., лѣвой=14 $\frac{1}{2}$  с. Со стороны зрѣнія есть только периферическія явленія: б. жалуется на рѣзь въ глазахъ отъ сильнаго свѣта, носить консервы. Глазное дно нормально. Поле зрѣнія также не представляетъ уклоненій. Слухъ и друг. органы высшихъ чувствъ безъ измѣненій. Сердце, легкія норм. Моча безъ бѣлка и сахара.

Оцѣнивая всѣ эти данныя, мы можемъ отмѣтить въ главнѣйшемъ слѣдующее: парезъ всей правой половины тѣла, контрактура правой руки, незначительное расстройство чувствительности на ней, рѣзкая деформация грудной клѣтки и отсталость въ развитіи правой половины тѣла вообще сравнительно съ лѣвой, наконецъ, ясно установленное за время клиниче-

скихъ наблюданій начало въ видѣ судорожныхъ подергиваній въ правой рукѣ, распространяющихся затѣмъ и на другія области.

Итакъ, по клинической картинѣ это несомнѣнный случай Djakson'овской эпилепсіи. Кортиковое раздраженіе, начавшись съ опредѣленнаго центра, быстро распространяется на сосѣдніе, а далѣе переходитъ и на другую сторону, выражаясь судорогами на периферіи. Возможно, что это раздраженіе имѣетъ своимъ источникомъ ту инфекцію, въ данномъ случаѣ скарлатинозную, которая предшествовала появленію припадковъ и которая вызвала въ соотвѣтствующемъ отдѣлѣ головного мозга особое состояніе, въ видѣ хроническаго энцефалита. Въ виду неблагопріятной наслѣдственности м. б. головной мозгъ, какъ разъ представляя наиболѣе слабое сопротивленіе всякому раздраженію и наиболѣе интенсивно воспринялъ инфекцію.

Какъ начался этотъ процессъ, насколько онъ простирается въ ширину, выяснить съ точностью невозможно.

Можно только съ увѣренностью сказать, что онъ не можетъ быть рѣзко выраженнымъ анатомически, въ видѣ явленной грубой деструкціи головного мозга. Нѣтъ никакихъ признаковъ, говорящихъ за повышеніе внутри—черепного давленія, характеризующаго новообразованіе.

Въ анамнезѣ нѣтъ и тревматическаго момента, нѣтъ и lues'a. Остается наиболѣе вѣрнымъ предположеніе о какомъ-то инфекціонномъ процессѣ, поразившемъ избирательно клѣткѣи двигательной зоны и распространившемся м. б. дальше за ея предѣлы, процессѣ, могущемъ не обнаруживаться никакими видимыми на глазъ измѣненіями, какъ сплошь и рядомъ наблюдается на вскрытіяхъ. Что касается роста процесса, на это указываетъ съ несомнѣнностью сравненіе состоянія больной съ тѣмъ, кот. наблюдалось въ 1902 г. Неизбѣжный выводъ изъ этого сопоставленія: усиленіе клиническихъ явленій, благодаря распространенію и усиленію процесса и въ

глубину, и по поверхности. Симптомы раздраженія въ видѣ частыхъ судорогъ, начинающихся въ рукѣ явленія пареза и контрактуры въ ней заставляютъ локализовать мѣсто пораженія глав. образомъ въ корковомъ центрѣ руки.

Въ виду того, что всѣ терапевтическія мѣропріятія въ данномъ случаѣ оставались безрезультатны, рѣшено было предпринять оперативное вмѣшательство—удаленіе источника раздраженія, который предполагался въ центрѣ руки. Съ 12-го до 20-го января—періодъ свободный отъ припадковъ. Этимъ промежуткомъ воспользовались для производства операціи, которая въ виду слабости больной предполагалась по двухмоментному способу.

Операція произведена въ нашей клиникѣ д-ромъ А. В. Вишневымъ 22 янв.

Больная приготовлена къ операціи обычномъ порядкомъ. послѣ ванны наложена асептическая повязка на голову. Моется передъ операціей мыломъ и спиртомъ. За 15 мин. до хлороформа введенъ 1 шприцъ морфія (0,01). До вскрытія черепа голова перетягивается резиновымъ бинтомъ отъ нижней части лба до затылка. Далѣе на лѣвой сторонѣ черепа начерчивается лоскутъ по двумъ вертикальнымъ линіямъ (первая—отъ середины разстоянія между наружнымъ угломъ глазницы и слуховымъ проходомъ, вторая—отъ задняго края основанія сосцевиднаго отростка. Вверху эти линіи соединены, нѣсколько не доходя до сагитального шва. Лоскутъ съ нижнимъ основаніемъ образованъ ручнымъ инструментальнымъ наборомъ *Doyle*'а и щипцами *Dalgrain*'а. По основанію надпиленъ пилой *Gigli*. Лоскутъ отвернуть внизъ въ связи съ кожей и мышцами, обнаруженная твердая мозговая оболочка оказалась въ нормальномъ состояніи, не кровоточитъ. Далѣе лоскутъ уложенъ обратно и подшитъ узловыми швами. Наложена крахмальная марлевая повязка.

Во время операціи припадокъ клоническихъ судорогъ въ лѣвой рукѣ, очень продолжительный.

Больная долго не приходитъ въ себя и до вечера въ сонливомъ состояніи. Пульсъ 90—96 очень слабый. Говоритъ

слабымъ голосомъ, очень блѣдна, вначалѣ съ синюшнымъ оттѣнкомъ слизистыхъ оболочекъ.

Къ вечеру глаза нѣсколько оживляются. Есть тошнота и нѣсколько разъ рвота.

Послѣ операціи наблюдается нѣкоторое общее ослабленіе, большая, чѣмъ всегда блѣдность лица, слабость пульса.

Сдѣлано вливаніе солевого раствора.—На другой день явленія контрактуры представляются ослабѣвшими, рука легче отводится отъ туловища и экскурсія этого движенія является большей, (какъ будто уже одно вскрытіе черепа создало облегченіе наблюдавшихся раньше симптомовъ). Черезъ 5 дней сняты швы. Заживленіе *per primam*.

Самочувствіе больной все время прекрасное. У нея есть какая-то увѣренность въ поправленіи.

Такъ продолжается до 3-го февраля, когда появляются впервые легкіе судороги въ рукѣ, какъ предвѣстникъ припадковъ (на 12-й день послѣ операціи).

Въ слѣдующую ночь подрядъ 10 припадковъ, потомъ уже днемъ продолжительный припадокъ съ сильнымъ приведеніемъ правой руки (вмѣсто тупого угла разгибаніе возможно теперь только до прямого).

Пульсъ около 120. Б. долго не приходитъ въ сознаніе (дольше, чѣмъ бывало раньше), поворачиваетъ лицо на подушкѣ, вскрикиваетъ и хрипитъ. Лицо и руки сильно цианотичны. Въ лѣвой рукѣ мелкое дрожаніе и сведеніе ея, когда правая сторона уже спокойна. Мышцы лѣвой руки долго остаются ригидными. Б. въ состояніи какой-то простраціи. Возникаетъ мысль о *status epilepticus*. 2-й моментъ операціи отложенъ въ виду сильнаго ослабленія больной. Ночью опять 7 припадковъ, но далѣе ихъ число постоянно убываетъ въ каждую слѣдующую ночь, сойдя на нѣтъ 9-го числа.

10 февраля произведенъ II й моментъ операціи: лоскутъ удалось отдѣлить тупымъ инструментомъ. При откидываніи лоскутъ выхвалывается въ трехъ мѣстахъ зажимами *Krause* (*Klauenzange Krause*), чтобы фиксировать его мягкія части на соотвѣтствующихъ мѣстахъ кости и тѣмъ предупредить ихъ смѣщеніе; сгустки крови, покрывавшіе твердую мозговую оболочку, удалены острой ложкой. Послѣ обкалыванія сосудовъ вскрывается твердая мозговая оболочка въ видѣ лоскута соотвѣтственнаго костному, но только меньшихъ размѣровъ.

и далѣе произведено раздраженіе униполярнымъ электродомъ *Krause* въ томъ мѣстѣ передней центральной извилины, гдѣ теоретически предполагался центръ руки. Какъ извѣстно, раздраженіе коркового слоя въ области двигательной зоны даетъ одиночное сокращеніе соответствующей мышцы или группы мышцъ. Въ данномъ случаѣ при раздраженіи центра руки получился цѣлый рядъ судорожныхъ сокращеній въ правой рукѣ, указывающій на такъ называемую „эпилептогенную зону“. Такимъ способомъ обнаруженъ источникъ раздраженія, который послѣ обкалыванія артерій удаленъ въ размѣрѣ около 5 копѣечной монеты и толщиной около  $\frac{1}{2}$  сант.

Опять раздраженіе произведено униполярнымъ электродомъ въ области эксцизии—сокращенія руки не послѣдовало, тогда какъ раздраженіе окружающихъ центровъ каждый разъ вызывало соответствующую одиночную реакцію на периферіи. Твердая мозговая оболочка уложена на мѣсто и зажита отдѣльными узловыми швами, какъ и костно-пластическій лоскутъ. Наложена крахмальная повязка.

Послѣ операціи пульсъ нѣсколько слабъ по наполненію, около 80. Во время раздраженія центровъ особенно замѣтны были колебанія и его ослабленіе. Сдѣлано вливаніе физиолог. солевого раствора.

Послѣ операціи б. долго въ состояніи оглушенія. Вяло реагируетъ даже на боль при вливаніи раствора  $\text{NaCl}$  (сдѣлано нѣсколько разъ). Явленія на 2-й день послѣ операціи:

Больная почти ничего не въ состояніи сказать, слаб. выговариваетъ слова: пить, да.... (моторная афазія); понимаетъ все, что ей говорятъ, но долго соображаетъ прежде, чѣмъ выполнить то, что отъ нея требуютъ. Полный параличъ правой руки. Парезъ нижней вѣтви *facialis* справа выраженъ сильнѣе, чѣмъ до операціи. На правой ногѣ слабо выраженъ симптомъ *Vabinski*. Языкъ чуть отклоняется вправо. Правый зрачокъ чуть шире лѣваго.

Черезъ 2 дня возстанавливаются движенія въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ (слабо, но въ тѣхъ же размѣрахъ, какъ и до операціи). Разстройство чувствительности то же, что и до операціи.

Отмѣченные выше симптомы послѣ операціоннаго травматизма исчезаютъ въ разные сроки въ теченіе приблизительно 2-хъ недѣль.

За это же время наблюдаются кратковременныя судороги въ правой рукѣ: на 3-й день послѣ операціи, на 15-й, 21-й и 24-й; на 40-й день больная неожиданно пожаловалась на головокруженіе, мельканіе передъ глазами, затѣмъ начались клоническія размахистыя движенія лѣвой руки въ видѣ сгибанія и разгибанія въ локтѣ и въ пальцахъ, общія подергиванія въ плечѣ. Больше нигдѣ въ тѣлѣ никакихъ движеній не было. Это продолжалось около  $\frac{1}{2}$  часа, а черезъ  $\frac{1}{2}$  часа опять повторилось на такой же промежутокъ времени. Б. сознанія не теряетъ, все время разговариваетъ, немного возбуждена.

Это повторилось втеченіе послѣднихъ дней нѣсколько разъ, при чемъ одинъ разъ трясеніе въ лѣвой рукѣ сопровождалось общимъ приподыманіемъ всего туловища на постели.

Замѣчено, что эти судороги иногда начинались, благодаря внезапному испугу, слерживаніе ихъ насильственно или отвлеченіе вниманія больной на которое время прекращало эти движенія. Остается еще сказать о тѣхъ болѣе стойкихъ явленіяхъ, кот. установились послѣ операціи:

Общее состояніе замѣтно рѣзко улучшилось. Самочувствіе больной радостное, вначалѣ почти торжествующее. Она совсѣмъ иначе реагируетъ на всѣ окружающія проявленія жизни. Получился какъ-будто новый импульсъ, какого не было раньше.

Б. сама говоритъ, что на ней лежалъ гнетъ, придавливающій ея умъ; все она дѣлала въ полусознаніи. То, что для нея было безотчетнымъ, ясно представляется ей теперь, какъ скованность мозга, отъ которой она освободилась послѣ операціи.

Это какъ будто подтверждается и объективно, помимо ея жизнерадостнаго настроенія, между прочимъ рѣзкимъ улучшеніемъ ея рѣчи: исчезла монотонность, невнятность, рѣчь стала живая, почти безъ затрудненій въ выраженіи своихъ мыслей. Лицо имѣетъ гораздо болѣе осмысленное выраженіе (о чемъ заявляли мнѣ даже нѣкоторые изъ интеллигентныхъ больныхъ). относительно спастическихъ явленій слѣдуетъ отмѣтить уменьшеніе ригидности въ локтевомъ суставѣ и въ пальцахъ, хотя возвращенія къ нормѣ въ смыслѣ полного расслабленія контрактуры не получилось. Парезъ нижней вѣтви *facialis* справа почти исчезъ. Больная постоянно прибываетъ въ вѣсѣ. Но

что самое ценное—это отсутствіе припадковъ. Последнія ея судороги по характеру и вызывающимъ ихъ причинамъ не похожи на эпилептоидныя, и мы болѣе склонны признавать ихъ за проявленіе общаго невроза. Кратковременныя судороги въ правой рукѣ тоническаго характера, наблюдавшіяся всего 4 раза въ разные сроки послѣ операціи, не могутъ и сравниваться съ бывшими раньше, вызывавшими глубокое помраченіе сознанія и создавшими впечатлѣніе агоніальнаго у нея состоянія

Если считаться съ тѣмъ, что хоть частично удаленъ агентъ, вызывающій періодически раздраженіе центровъ головного мозга и угнетающій въ цѣломъ психику больной, этого уже достаточно, чтобъ привѣтствовать успѣхъ операціи хотя бы на протяженіи еще только 2-хъ мѣсяцевъ съ момента ея совершенія <sup>1)</sup>.

*Случай II-й* также парціальной эпилепсіи, нѣсколько другого рода отчасти потому, что касается пожилого чловека, у котораго пораженіе мозга, выражающееся припадками, развивается не въ періодъ сформированія организма и потому не даетъ такихъ рѣзкихъ измѣненій въ его строеніи, какъ наблюдалось въ I-мъ случаѣ, во вторыхъ процессъ, который вызвалъ пораженіе мозга, дѣйствуетъ еще сравнительно, какъ свѣжій, недавно развившійся и не успѣвшій достигнуть той интенсивности, какъ въ I-мъ случаѣ, наконецъ, здѣсь наблюдается пораженіе правой стороны мозга, а не лѣвой, что очевидно имѣетъ значеніе для сопровождающихъ явленій. Больной, крестьянинъ, И. Ел. пріѣхалъ въ клинику, изъ с. Кривоозерно Чистопольскаго уѣзда съ определенной просьбой сдѣлать ему операцію, т. е. онъ слышалъ объ одной женщинѣ, которая избавилась, отъ припадковъ.

Онъ рассказываетъ, что припадокъ постигаетъ его совершенно неожиданно, при чемъ онъ падаетъ иногда лицомъ

<sup>1)</sup> Благодаря неоднократному посѣщенію больной клинической амбулаторіи до 9 мая 1911 г., можно было убѣдиться, что она находится въ цвѣтущемъ состояніи, припадковъ ни одного не было, явленія общаго невроза сгладились.

внизъ, ничего не сознавая. Опасеніе задохнуться совершенно случайно въ такомъ неловкомъ положеніи побуждаетъ его согласиться на всѣ рѣшительныя мѣры для избавленія отъ припадковъ.

26 январ. 1911 г. больной былъ принятъ въ клинику. Анамнезъ его очень не сложенъ. Ему 50 лѣтъ. До настоящаго заболѣванія былъ совершенно здоровъ. Со стороны наслѣдственности ничего особеннаго не отмѣчается. Туберкулеза не было. Венерическія болѣзни онъ отрицаетъ. Пить онъ, видимо, порядочно, хотя по его словамъ только въ мѣру: „никогда не былъ пьянъ по недѣлѣ, а дня 2—3 и то лишь въ торжественные моменты своей жизни“.

Теперь онъ вдовъ. Имѣлъ 6 родившихся въ срокъ дѣтей, изъ которыхъ двое живы и здоровы до сихъ поръ, остальные умерли, повидимому, отъ случайныхъ причинъ.

Изъ дальнѣйшихъ разспросовъ больного выяснилось, что припадками онъ страдаетъ 4-й годъ.

Онъ рассказываетъ, что наканунѣ I-аго припадка долго работалъ въ лѣсу: было холодно, дулъ сильный вѣтеръ, а онъ чувствовалъ сильную испарину и когда ѣхалъ домой, растегнулся и снялъ шапку. Прийдя домой, скоро легъ спать, и въ эту ночь съ нимъ былъ I-й припадокъ. Спавшій съ нимъ рядомъ сынъ проснулся отъ судорогъ отца и сообщилъ матери, что съ отцемъ что-то неладно. Въ присутствіи жены судороги еще продолжались мин. 3—4.

Вслѣдъ за этимъ больной замѣтилъ у себя лихорадочное состояніе продолжавшееся около недѣли.

Въ теченіе перваго  $\frac{1}{2}$  года припадки случались по нѣскольку разъ въ недѣлю, затѣмъ былъ свободный промежутокъ около 4-хъ мѣсяцевъ, а далѣе они снова появляются и дѣлаются все чаще.

Съ этого же времени появляются головныя боли, не сильныя, но всетаки почти постоянно заставляющія больного чувствовать себя „какъ въ угарѣ“, по его собственному выраженію. При этомъ обычно бывали еще непріятныя ощущенія въ области лѣвой щеки, особенно подъ глазомъ: ее жжетъ точно крапивой, а по временамъ начинаетъ дергать. Онъ замѣчаетъ далѣе, что, когда припадки часты, онъ не теряетъ сознанія и чувствуетъ подергиваніе лѣвой половины лица,

лѣвой руки и потомъ лѣвой ноги, голову отгибаетъ внизъ и влѣво.

Часто бываетъ только исключительное подергиваніе въ области п. *facialis* слѣва, тоже сопровождающееся ощущеніемъ сильнаго жженія въ ней.

При полной потерѣ сознанія картина припадка, которую передаетъ больной со словъ окружающихъ, заключается въ сильныхъ общихъ судорогахъ всего тѣла съ преусываніемъ языка, пѣной изо рта, иногда произвольнымъ мочеиспусканіемъ.

На основанія объективнаго изслѣдованія больного отмѣчается небольшая асиметрія лица, большая сглаженность лѣвой носогубной складки, парезъ *facialis sin.* и отчасти п. *trig sin.*, т. е. челюсть слѣва нѣсколько соскакиваетъ при закрываніи рта и *musc. masseter sin.* напрягается слабѣе, чѣмъ справа. Есть намекъ на *paresis p. hypoglossi* (легкое отклоненіе языка влѣво при высованіи). Произвольныя движенія головы, туловища, верхнихъ и нижнихъ конечностей въ предѣлахъ нормы. Сила рукъ по динамометру: правой = 40 *kilo*, лѣвой = 35.

Координація движеній не разстроена, рѣчь не измѣнена. Есть небольшой *tremor digitorum et palpebrarum*. Рефлексы сухожильные, кожные и со слизистыхъ оболочекъ нормальны. С. *Babinski*'аго отсутствуетъ. Зрачковая реакція норм. Тазовые органы въ порядѣ. Въ области чувствительности обнаруживается легкое пониженіе *болевой* чувств. въ лѣвой рукѣ, нѣсколько сильнѣе это пониженіе въ лѣвой половинѣ лица, (гдѣ понижено и тактильное чувство). Остальные виды чувствительности вездѣ сохранены. Поколачиваніе по черепу неболезненно. Высшіе органы чувствъ въ порядѣ. Глазное дно нормально. Довольно сильно выраженъ периферическій артеріосклерозъ. Электровозбудимость мускулатуры нормальна.

Итакъ изъ всѣхъ отклоненій отъ нормы можно отмѣтить только легкій парезъ п. *facialis*, *trigemini* и *hypoglossi sin.* и незначительное разстройство чувствительности на лѣвой рукѣ и въ лѣвой щекѣ.

Въ влиникѣ больному произведена люмбальная пункция, давшая слѣдующіе результаты: лимфадитозъ 6,5 (т. е. не повышенный) р. Nonne положительная, давленіе жидкости

нормально. Wassermann'a отрицательная и въ крови, и въ цереброспинальной жидкости.

Въ клиникѣ наблюдались припадки и парціального, и общаго характера (въ общей сложности 5 припадковъ), при чемъ подтвердилось заявленіе больного о томъ, что припадки начинаются съ подергиваній въ щекѣ.

Распознаваніе даннаго случая ставилось на основаніи этихъ периферическихъ проявленій припадковъ, какъ симптомовъ пораженія мозговой коры.

Районъ пораженія предполагался нѣсколькѣ иной, чѣмъ въ I-мъ случаѣ: наличность парестезій заставляла думать, что возможнымъ источникомъ раздраженія въ корѣ является не только центръ п. *facialis* и руки въ передней центральной извилинѣ, но отчасти и прилегающая къ нимъ область задней центральной извилины.

Что касается до характера процесса, по видимому, онъ такъ же, какъ и впервомъ случаѣ, не грубо анатомическаго характера. т. е. нѣтъ данныхъ, которыя указывали бы на послѣдній.

Въ виду строго установленной локализаціи процесса, рѣшено было произвести операцію. Противопоказаній не было.

Въ виду крѣпкаго сложенія больного, расчлененія на 2 момента рѣшено было не производить (какъ въ I-мъ случаѣ), и вслѣдъ за вскрытіемъ полости черепа произвести эксцизію соотвѣствующихъ центровъ.

Я не описываю подробнаго хода операціи, въ виду ея полного тождества съ операціей въ I-мъ случаѣ.

Упомяну лишь о нѣкоторыхъ особенностяхъ при ея производствѣ. Такъ при вскрытіи твердой мозговой оболочки, мягкая представилась нѣсколько мутноватой, видимо отъ хроническаго и воспалительнаго состоянія.

Раздраженіе униполярнымъ электродомъ *Krause* предполагаемаго центра лѣвой руки вызвало въ послѣдней клоническія судороги при 85 mm. разстояніе катушекъ фарадиче-

скаго аппарата. Вызвать сокращенія въ области п. *facialis* при той же силѣ тока не удалось. Въ виду этого при удаленіи центра руки захвачена нижележащая область, лишь теоретически соотвѣтствующая послѣднему центру и далѣе прилегающая къ нимъ область въ задней центральной извилинѣ. Операция закончена обычнымъ порядкомъ; черезъ верхне-заднее отверстіе лоскута введенъ газовый выпускникъ.

Б. сильно ослабѣлъ послѣ операции: п. около 130, лицо ціанотично. Состояніе полусознательное. Вливаніе солевого раствора однако подняло силы.

На слѣдующій день обнаруживаются такія явленія: полный параличъ лѣвой руки и нижней вѣтви п. *facialis*, парезъ лѣвой ноги (органиченіе движеній, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, с. *Vabinsci*'аго), довольно частыя подергиванія въ нижней и средней вѣтви п. *facialis*. Рѣчь слабая, но сохранена.

Чувствительность *болевая* разстроена рѣзче, чѣмъ до операции, въ области руки и лѣвой половины лица разстроено мышечное чувство въ рукѣ и полный астереогнозъ ея. Такія рѣзкія явленія, отъ сильнаго раздраженія коры послѣ операции, наблюдались, 5 дней, пока не вынуть тампонъ и не сняты швы. Послѣ удаленія тампона самочувствіе сразу улучшилось. Явленія коркового пораженія стали убывать.

Какъ и въ первомъ случаѣ, мы наблюдаемъ здѣсь симптомы выпаденія, постепенно выравнивающіеся. М. б. въ виду большого травматизма мозговой коры (вслѣдствіе большей эксцизіи и большого кровоизліянія изъ мягкой обложки) восстановленія ея функций происходитъ однако не такъ скоро.

На 10-й день послѣ операции впервые появляются движенія въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ парализованной руки, постепенно улучшающіеся въ дальнѣйшемъ.

На 13-й день наблюдаются слабыя судороги въ нижней вѣтви п. *facialis* и въ лѣвой рукѣ (2 й разъ послѣ операции).

Самочувствіе хорошее. Головной боли нѣтъ. Общая слабость исчезла. Припадковъ съ потерей сознанія ни одного не было. Теперь къ концу мѣсяца сохраняется рядъ такихъ явленій: неполнота объема движеній въ лѣвой рукѣ, проявляющаяся особенно въ пальцахъ, повышеніе тонуса мускулатуры плеча, болѣе живые рефлексы на лѣвой рукѣ и на лѣвой ногѣ.

Выдѣляются особенно стойкія явленія: потеря мышечнаго

чувства и астереогнозъ лѣвой руки: больной, напр., приподнимаетъ обѣими руками скамейку или стулъ, лѣвая рука при этомъ помогаетъ правой, но больной не чувствуетъ, захваченнаго ею предмета: нуженъ непременно контроль глазъ, чтобъ направить ее на предметъ, нужно слѣдить за ея дѣйствіями, иначе пальцы цѣпляются неправильно и предметъ выскользаетъ.

Въ послѣднее время послѣ операціи б. сталъ ощущать постоянный холодъ въ лѣвой рукѣ отъ пальцевъ до локтя, т. ч. ему приходится закладывать ее за бортъ халата, чтобъ согрѣть. На взглядъ она представляется болѣе цианотичной, чѣмъ правая; и кожная  $t^{\circ}$  кажется нѣсколько ниже правой. Эти послѣднія явленія—дефекты послѣоперационныя.

Сопоставляя эти два оперированныхъ случая парціальной эпилепсіи, можно отмѣтить много тонкихъ особенностей въ картинѣ послѣоперационнаго теченія болѣзни въ томъ и другомъ случаѣ.

На первый взглядъ кажется, что въ I-мъ случаѣ, гдѣ вся картина припадковъ тяжелѣе, гдѣ процессъ мозговой уродуетъ организмъ во многомъ неисправимымъ уже образомъ, операція приноситъ всетаки особенно благопріятные результаты, сглаживая многіе недочеты дооперационныхъ явленій, тогда какъ во II-мъ случаѣ, гдѣ организмъ уже болѣе стоекъ и не такъ поддается измѣненіямъ, тѣмъ не менѣе оперативное вмѣшательство, устраняя дѣйствительно припадки, вызываетъ однако новыя изъяны, правда такого рода, съ которыми примиряется больной, но отсутствующіе въ I-мъ случаѣ.

Чѣмъ это вызвано, отвѣтить на это довольно трудно теперь, м. б. имѣетъ значеніе еще недостаточное количество времени послѣоперационнаго наблюденія (особенно для II-го случая), когда многое еще не успѣло выправиться только благодаря большому дефекту мозга (между прочимъ можетъ быть здѣсь играть роль и эксцизія въ области задней центральной извилины) можетъ быть имѣло значеніе и то обстоятельство, что въ I-мъ случаѣ было пораженіе лѣваго полу-

шарія, пораженіе, вызывавшее угнетеніе окружающихъ центровъ и психики больной (въ частности затрудненіе рѣчи), благодаря чему эффектъ отъ операціи, устранившей это угнетающее вліяніе, обрисовался яснѣе.

---

Что касается до успѣшности операціи въ ея основной цѣли, устраненіи припадковъ, невозможно пока говорить о достиженіи ея въ смыслѣ полного устраненія ихъ на будущее время. Другіе оперированные случаи, извѣстные изъ литературы не допускаютъ такой свѣтлой прогностики.

Можно рассчитывать однако на то, что ослаблено всетаки то болѣзнетворное начало, которое порождаетъ эти припадки а гарантіей этого, повидиму, является, отсутствіе этихъ припадковъ у нашихъ больныхъ до настоящаго времени.<sup>1)</sup>

---

<sup>1)</sup> Приношу свою искреннюю благодарность профессору Л. О. Дарьшевичу и ассистенту В. П. Перушину за предоставленіе мнѣ этихъ случаевъ для наблюденія и руководство при ихъ клиническомъ изученіи.