

Die operative Behandlung der Hirngeschwülste von d-r. M Weil in Stuttgart. Halle a S. 1903.

Оперативное лечение мозговых опухолей.

Лечение мозговых опухолей было еще сравнительно недавно областью внутренней медицины. И въ настоящее время терапевтъ рѣшаетъ вопросъ о возможности операціи въ томъ или другомъ случаѣ, но представляетъ хирургу высказаться относительно деталей оперативнаго вмѣшательства. Последнее, по *Wernicke*, можетъ быть примѣнено съ цѣлью удаленія опухоли въ томъ случаѣ, когда точно установлена локализація tumor'a на поверхности мозга. Въ 1884 г. *Bennet* и *Godlee* опубликовали два случая удачнаго удаленія мозговыхъ новообразованій. Вслѣдъ за ними сторонниками этого метода леченія выступили *Horsley* и *v. Bergmann*.

Хирургическое лечение мозговыхъ новообразованій можетъ быть двоякаго рода: *полное удаленіе* опухолей—*радикальная операція* и *паллиативное*, т. е. устраненіе того давленія на мозгъ, которое обуславливаетъ тяжелыя симптомы страданія: сюда относятся *паллиативную трепанацію, пункцию желудочковъ и спинномозговую*.

О полномъ удаленіи опухолей можетъ быть рѣчь лишь при слѣдующихъ условіяхъ: локализація ихъ должна быть точно распознана, а поверхность мозга—доступна ножу хирурга; (напр. наружная выпуклая поверхность полушарій большого мозга, кора или субкортикальныя области).

Изъ опухолей, гнѣздящихся на основаніи мозга могутъ быть иногда оперированы тѣ, которыя расположены въ области передней черепной ямки (со стороны orbitae).

Horsley и *Bruns* опубликовали случай удаленія бугорка съ хіазмы; операція производилась со стороны височной области. Въ общемъ опухоли на основаніи мозга поддаются операціи крайне рѣдко.

Новообразованія малаго мозга также съ трудомъ подлежатъ оперативному вмѣшательству. По *Oppenheim*'у, изъ 45 больныхъ, у которыхъ былъ констатированъ „tumor cerebelli“, умерло 32, т. е. 71%, между тѣмъ какъ выздоровленіе наблюдалось лишь въ 15, 5% заболѣваній. Новообразованія въ области центральныхъ ганглий, желудочковъ и пожекъ не могутъ быть оперированы. Не выполнѣ точное распознаваніе локализаціи опухолей, диффузное ихъ распространеніе, метастазъ

саркомы или карциномы, равно и множественныя формы новообразований — уменьшают число показаній къ операціямъ. По нѣкоторымъ даннымъ видно, что приблизительно въ 80% всѣхъ случаевъ локализція опухолей можетъ быть точно діагностирована и только 32% новообразований въ тоже время подлежатъ хирургическому леченію, но изъ этого числа радикальная операція можетъ быть примѣнена только въ 8—6%; считая 2% неудачнаго вмѣшательства, получимъ всего 4% благоприятно оперируемыхъ случаевъ.

Вообще, какъ показали опыты, вскрытіе черепа должно считаться весьма серьезнымъ пособіемъ, влекущимъ за собой нѣрѣдко тяжелыя послѣдствія. Къ послѣднимъ должно причислить *шокъ, кровотеченіе, инфекцію, отекъ мозга, параличъ сердца, менингитъ* и др.

Нѣрѣдко мозгъ обнажается въ несоотвѣтствующемъ локализціи tumor'a мѣстѣ; въ 102 случаяхъ изъ 371, собранныхъ *Орренгеймъ*омъ, было ошибочно распознано мѣсто нахожденія новообразованія.

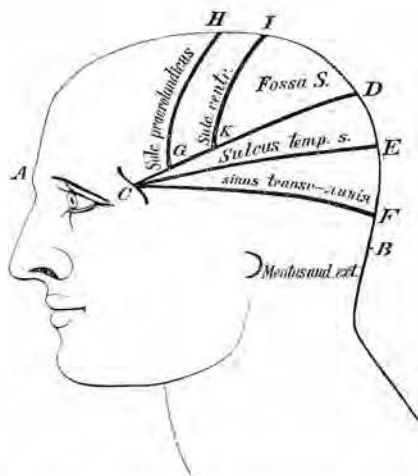
Несмотря на все это, постоянно надо имѣть въ виду хирургическую помощь при опухоляхъ мозга, при чемъ никогда не слѣдуетъ *настаивать* на операціи, а лишь *предложить* ее, тщательно взвѣсивъ діагнозъ страданія, расположеніе опухоли, характеръ ея и т. п. При множественныхъ образованіяхъ (напр. туберкулезныхъ) оперативное вмѣшательство противопоказано; при гуммахъ слѣдуетъ сначала испробовать противосифилитическое леченіе. Наиболѣе подходящими для радикальной операціи являются фибромы, саркомы, гліомы, гліосаркомы и кисты. Само собой разумѣется, что общее состояніе больного должно быть вполнѣ удовлетворительно: сوتا, тяжелое дыханіе, упадокъ сердечной дѣятельности служить противопоказаніемъ для операціи. Практика учитъ, что большинство мозговыхъ опухолей занимаетъ *центральныя извилины* благодаря чему и возможно болѣе или менѣе правильное и точное опредѣленіе локализціи новообразованія.

Довольно удобными топографическими пунктами при опредѣленіи мѣста опухоли являются *лѣвая лобная доля, лѣвая височная, правая лобная и нижняя лѣвая теменная*.

Что касается палліативныхъ методовъ оперативнаго леченія новообразований мозга, то прежде всего слѣдуетъ упомянуть о *палліативной трепанаци*и, благодаря раскрытію че-

репа, а eo ipso уменьшенному давлению на мозгъ, устраняется на продолжительное время цѣлый рядъ тягостныхъ симптомовъ: головныя боли, рвота, судороги, застойный сосокъ. Мозговой пролапсъ предотвращается *наложениемъ пластического кожного покрова*.

Предварительно слѣдуетъ предупредить націента, что рѣчь можетъ быть только о смягченіи нѣкоторыхъ симптомовъ, а отнюдь не о радикальномъ излеченіи. Меньшее значеніе авторъ придаетъ *пункции спинномозговой и желудочковъ*. По *Wernicke*, наиболѣе выгоднымъ для прокола пунктомъ является мѣсто соединенія нижняго и задняго роговъ. Понятно, что проколъ желудочковъ имѣетъ больше всего значеніе при *hydrocephalus*.



При спинальной пункции слѣдуетъ обращать особое вниманіе на отношеніе давленія cerebro-спинальной жидкости въ полостяхъ мозга и спинномозговомъ каналѣ. Измѣненіе давленія удастся производить при помощи аппарата *Krönig'a*.

Вопросъ о томъ, гдѣ слѣдуетъ производить раскрытіе черепа соотвѣтственно мѣсту положенія tumor'a, рѣшается при помощи проекціи извилинъ бороздъ по методамъ *Broca*, *Reid'a*, *Turner'a*, *v. Bergmann'a*, *Horsley*, *Chirapuet'a*, *Rocher'a* и др.

Простой методъ *Chirapuet'a*, дающій при томъ хорошіе результаты состоитъ въ слѣдующемъ.

Назальный пункт *A* соединяютъ съ *protuberantia occipitalis externa B* линіей, проходящей вдоль борозды, раздѣляющей оба полушарія. На этой линіи отмѣчается слѣдующія пункты:

1) *H* („Praeroland.“), находящійся на разстояніи 45 cnt. отъ пункта *A*; 2) *I* („Roland.“) на 10 cnt. дальше перваго; 3) *D* („Sylvii“) на 15 cnt. впереди отъ втораго; 4) *E* („Lambda“) еще дальше на 10 cnt.; 5) *F*, находящійся на разстояніи 5 cnt. отъ *B*. Точки *D*, *E* и *F* соединяютъ съ *tuberculum retro-orbitale C* (на границѣ между вертикальной и ко-сой частью наружнаго угла глаза). Первая изъ трехъ построенныхъ такимъ образомъ линій *CD* соответствуетъ *fissura Sylvii*; 2-я *CE*—*sulcus temporalis sup.*, 3-я *CF*—*sinus transversus*. Обозначивъ на первой линіи *CD* границу между $\frac{2}{10}$ и $\frac{3}{10}$ ея длины *G*, получимъ линію *HG*, соответствующую положенію *sulcus praecentralis*, т. е. передней границѣ первой центральной извилины. Линія, идущая отъ границы между $\frac{3}{10}$ и $\frac{4}{10}$ Сильвиевой борозды, т. е. отъ точки *K* къ точкѣ *I*—*IK*—соответствуетъ положенію центральной борозды. Посредствомъ этого метода можно проецировать на поверхности черепа *fissuram Rolandi*, *fossam Sylvii*, *sulc. praecentr.* и *fiss. paroccipit.*, послѣ чего не трудно нарисовать проекцію извилинъ.

Л. Айхенвальдъ.

M. Toulouse. Продолжительность зрачковой реакціи отъ ядовъ, какъ ранній признакъ общаго паралича. (*La Semaine Medicale*. 1903 г. № 32).

Въ краткомъ сообщеніи на конгрессѣ психіатровъ и невропатологовъ въ Брюсселѣ, на 13 секціи, имѣвшей мѣсто отъ 1—8 Августа н. с., авторъ указываетъ на совершенно новый, по его мнѣнію, признакъ начальной стадіи прогрессивнаго паралича,—удлиненіе зрачковой реакціи отъ ядовъ, наблюдавшееся имъ въ нѣсколькихъ случаяхъ совмѣстно съ *Virgus*.

Авторъ вкапывалъ въ глазъ субъекта одну каплю раствора 1/10.000 атропина или эзерина и наблюдалъ за ихъ дѣйствіемъ, отмѣчая—1) скрытый періодъ, 2) время реакціи, т. е. промежутокъ времени, который употребляетъ расширеніе