

Кафедра госпитальной хирургии и неврохирургии -
Зав. проф. З.И. ГЕЛМАНОВИЧ, - Психоневрологи-
ческого факультета 2-го Харьковского Медицин-
ского института - дир. П.Л. ШУПИК.

Военврач III ранга - И.С. МАСТБАУМ.

ПАРАСАГИТТАЛЬНЫЕ МЕНИНГИОМЫ.

Диссертация на соискание
ученой степени кандидата
медицинских наук.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

После классических работ Кушинга о менингиомах, внимание исследователей было привлечено к изучению диагностики и лечения опухолей мозговых оболочек локализованных в том или ином участке головного мозга.

Вопрос о парасагиттальных менингиомах, несмотря на двадцатилетнюю давность с момента описания их Кушингом, освещены в литературе недостаточно. Опубликованные в специальной иностранной литературе работы Кушинга (1922, 1938 г.г.) Эльсберга (1931 г.) и Оливекрона (1934 г.) дают всестороннюю характеристику парасагиттальных менингиом.

В отечественной же литературе, лишь в монографии Тэриана "Менингиомы головного мозга" (1941 г.) имеется небольшая глава, посвященная парасагиттальным менингиомам. Все другие работы, встречающиеся в доступной нам литературе, либо касаются описания единичных случаев парасагиттальных менингиом, либо освещают отдельные моменты из клиники и морфологии менингиом локализуемых на протяжении продольного синуса.

Вот почему, мы, по предложению профессора З.И. Геймановича, занялись изучением парасагиттальных менингиом, имеющих большое значение для современной неврохирургической клиники.

Представляемый нами материал клиники госпитальной хирургии и неврохирургии психоневрологического факультета 2-го Харьковского медицинского института, руководимой проф. З.И. Геймановичем, охватывает 26 случаев верифицированных парасагиттальных менингиом. Изучение нашего материала, как будет видно в самой работе, шло по двум направлениям: во-первых, по линии выявления основной клинической характеристики этих опухолей, особенностей их хирургического лечения и во-вторых, по линии выявления морфологических особенностей менингиом в данном топографо-анатомическом районе, изу-

чения состояния костей черепа при них и значения дополнительных методов исследования для диагностики парасagitтальных менингитом.

Клиническое течение и симптоматология парасагиттальных менингитом исследовались нами отдельно в пределах каждой трети продольного синуса.

Считаем своим долгом выразить глубокую благодарность своему учителю - профессору З.И. Геймановичу за общее руководство данной работой, а также профессору Г.Л. Дерману и доценту М.И. Тороповой за указания в морфологической части нашей работы.-

ИСТОРИЯ ВОПРОСА.

В 1922 году Гарвей Кушинг (H. Cushing) среди других локализаций, впервые выделил "парасагиттальные менингиомы". Как видно из самого названия этот термин обозначает менингиому, находящуюся вдоль (*para*) стреловидного (*sagitta*) синуса. Здесь указывается только на территориальную близость опухоли к синусу, не говоря более точно о ее анатомических связях. Из ниже приведенной классификации Кушинга, построенной на принципе локализации и соответствующей симптоматологии, видно, что автор выделяет в отдельную группу менингиомы "периторкулярные" и "мозгового серпа."

1. Парасагиттальные менингиомы	- 65 случаев
2. Конвекситальные менингиомы	- 54 "
3. Менингиомы малого крыла	- 53 "
4. Менингиомы ольфакторной ямки	- 29 "
5. Супраселлярные менингиомы	- 28 "
6. Менингиомы задней черепной ямки	- 23 "
7. Периторкулярные менингиомы	- 12 "
8. Менингиомы височной ямки	- 8 "
9. Менингиомы мозгового серпа	- 7 "
10. Менингиомы без прикрепления к твердой мозговой оболочке	- 6 "
11. Менингиомы гассерова узла	- 5 "
12. Множественные менингиомы	- 2 "
13. Менингиомы комбинированные с невриномой	- 1 "
14. Внутриорбитальные менингиомы	- 1 "
Всего: 294 случая.	

На избирательную локализацию менингиом указал еще Шмидт (*Schmidt*) и, как мы увидим ниже, это имеет не случайный ха-

рактар. Такое распределение по анатомически стабилизированным линиям роста естественно определило перспективу открытия стабилизированных синдромов (А.И.Гейманович).

По такому же анатомическому принципу распределяет менингиомы (менингеальные фибробластомы - 1931г.) и Чарльс Эльсберг (*Ch. Eelsberg*), однако в его классификации мы видим не 14, а 9 групп менингиом, что идет за счет объединения некоторых из них. Так, к парасагиттальным менингиомам автор относит те, которые отходят от продольного синуса и мозгового серпа, вовсе не указаны периторкулярные менингиомы, т.е. отходящие от места слияния синусов. Оливекрона (*Oliverson*), в согласии с Эльсбергом, более правильным считает называть парасагиттальными менингиомами те, которые отходят от твердой мозговой оболочки непосредственно у края синуса, от стенки самого синуса, а также и мозгового серпа. Это четкое определение правильно в том смысле, что нередко трудно определить исходный пункт опухоли, так как она может быть одновременно связана с синусом, мозговым серпом и твердой мозговой оболочкой, или двумя из указанных образований (Эльсберг, Оливекрона), затем, клиническое проявление этих опухолей в общем сходно, и, наконец, оно отграничивает понятие о конвексительных менингиомах. К последним Оливекрона относит опухоли, имеющие более или менее узкую полоску твердой мозговой оболочки между продольным синусом и опухолью. Терриан, как и мы, отдает предпочтение этой классификации. В своей монографии "*Meningiomas*", вышедшей в 1938 году, Кушинг сам расширяет понятие "парасагиттальная менингиома", включая сюда те опухоли, центральное ядро которых может быть расположено несколько за пределами латеральной стенки продольного синуса. Опухоли, имеющие пунктом своей фиксации стенку расширенного синуса, и таким образом, отстоящие от средней линии на 2-3 см., также относятся автором к парасагиттальным. Приводится 3 случая менингиом,

исходящих из оболочек свода, которые относятся к парасагиттальным, так как они занимали своей массой парасагиттальный угол (угол между продольным синусом и серповидным отростком) и оттесняли медиальный край полушария в сторону. Если пространство между синусом и новообразованием значительное, то такие опухоли относятся к конвекситальным. Все это указывает на правильность характеристики парасагиттальных менингиом, данной Оливекрона. Однако, здесь следует оговориться в том смысле, что оперативная техника не совсем идентична для опухолей исходящих от продольного синуса и мозгового серпа, о чем более подробно будет сказано ниже. Принимая полностью предложенное Оливекроном определение парасагиттальных менингиом, мы хотим только указать на трудность клинической дифференциации менингиом, отходящих от места слияния синусов и начальной части поперечного синуса, а так как последние непосредственно прилежат к средней линии и нередко связаны с мозговым серпом, то при отсутствии изменений костей черепа они могут диагностироваться, как парасагиттальные.

Кл. Венсан (C^e. Vincent) к парасагиттальным опухолям относил только те, которые находятся по обе стороны продольного синуса, считая односторонние опухоли конвекситальными. Этот взгляд не нашел распространения в литературе. Кушинг, как и другие авторы, отмечает, что парасагиттальные менингиомы в большинстве случаев односторонние, могущие затем распространяться на противоположную сторону. В ниже приводимой таблице нами указаны данные, касающиеся частоты парасагиттальных менингиом у различных авторов.

№ п/п	А в т о р	Год	Общее к-во менингиом	Пара-сагит. менинг.	Отношение общего к-ва к парасагит. в %.
1.	Ellsberg.	1931	102	25	24,5
2.	Oliversona.	1934	82	34	40,0
3.	Cushing.	1938	294	65	22,1 + 7 фальс-менин. 2,4%
4.	Тэриан	1941	169	24	14,29

Билатеральные опухоли в материале Эльсберга были только 1 раз, Оливекрона - 13, Тэриана - 4, у нас - 2.

В общем, по данным Эльсберга, парасагитальные менингиомы составляют 1/4 их, а вместе с конвенсительными 3/5. По мнению цитируемого автора, парасагитальные менингиомы чаще всего встречаются впереди роландовой борозды, и это является благоприятным, так как продольный синус здесь уже, чем в других отделах, а вен и пахионовых грануляций меньше в количестве и объеме.

Следующая таблица указывает частоту парасагитальных менингиом в различных третях протяженности продольного синуса на материале Оливекрона, Кушинга и нашем.

№ п/п	А в т о р	Передняя 1/3	Средняя 1/3	Задняя 1/3	Менингиома: серповидн. отростка
1.	Оливекрона	10	14	3	7
2.	Кушинг	13	32	6	7
3.	Автор	9	11	6	-

14 парасагитальных менингиом, сопровождавшихся костными изменениями, выделены Кушингом в отдельную группу. Все наб-

людения Центрального Нейрохирургического Института давали более или менее характерную клиническую картину, укладывающуюся в синдром, описанный Оливекрона, как синдром парасагиттальной менингиомы средней трети продольного синуса (Тэриан). На материале Оливекрона среди односторонних опухолей 13 было расположено справа, а 8 слева. Возраст больных, в большинстве случаев, колеблется от 30 до 50 лет.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ.

Развитие органической неврологии, и главным образом, клиники опухолей головного мозга пошло по линии выявления определенных синдромов, характерных для повреждения той или иной доли головного мозга. Благодаря целому ряду исследований, в настоящее время мы получили возможность клинически определять локализацию патологического процесса совершенно точно, что так важно, в особенности в связи с развитием неврохирургии.

Однако, научные изыскания, направленные на выявление клинической характеристики поражения определенной доли головного мозга показали, что последние могут быть различными, в зависимости от локализации процесса в пределах данной доли.

Известный синдром, выделенный Кл. Венсаном при опухолях лобных долей, складывается из пареза лицевого нерва по центральному типу, афатических явлений и расстройств психики. Автор также придает значение здесь более редко встречающимся на его материале параличам глазных мышц и атаксии лобного типа. Пуссеп (Pussepp) важнейшими симптомами для топической диагностики опухолей лобных долей считает расстройство обоняния, которое он видел во всех 15 случаях, нарушение равновесия, в особенности при изме-

нении направления и прямом стоянии, головокружение. Также во всех случаях были различные психические расстройства, но им автор не придает первенствующего значения для диагностики, в отличие от Венсана. Совершенно справедливо Колодный (Kolodny) указывает, что лобная доля слишком велика, чтобы ее поражения дали определенную клиническую картину и поэтому отмечает лишь наиболее часто встретившиеся симптомы в 30 случаях опухолей лобной доли.

1) Головная боль была в 26 случаях, а в 16 из них она была первым симптомом, 2) Рвота - в 60%, 3) Застойные соски - в 63%, а в 30% они вовсе отсутствовали; 2 раза наблюдалась первичная атрофия зрительных нервов на стороне повреждения и отек на противоположной стороне, 4) Недержание мочи наблюдалось в 60%, т.е. в 3 раза чаще, чем в серии случаев автора опухолей височной доли, 5) Иногда психические расстройства преобладали в клинической картине, 6) в 50% было нарушение чувствительности, 7) парез лицевого нерва на противоположной стороне в 73% и в 50% ослабление двигательной сферы в одной или обеих конечностях также на противоположной стороне, 8) Афазия была в 47% (только при левосторонних локализациях). Автор отмечает еще целый ряд других более редко встречающихся явлений.

Такое различие в синдромах поражения одного и того же района, естественно, является лишь кажущимся противоречием, ибо дальнейшее изучение вопроса полностью объясняет нам их причину. Уже сам Пуссеп в 1925 г. близко подходит к разрешению этого вопроса, указывая, что острое расстройство равновесия в сочетании со скверной памятью говорит о локализации очага поражения между обоими лобными долями, а моторные симптомы указывают на поражение задних отделов лобных долей.

Эти указания мы считаем попыткой локализовать пато-

логический процесс в различных районах определенной доли головного мозга. Еще задолго до этого в конце прошлого столетия у Бергмана (*Bergman*) мы встречаем особые отделы, посвященные патологии передней центральной извилины, и в последующих работах целого ряда авторов поражение моторной зоны изучается отдельно. Но здесь речь идет об особо дифференцированном, функционально более низком районе головного мозга, в связи с чем семиотика поражений упрощена своей ясностью и постоянством. Выделение же других внутридолевых территорий, вследствие малой изученности анатомических и физиологических свойств, было значительно труднее.

Исследование цитоархитектоники головного мозга открыло большие возможности для клиники и "после работ Фохта, Бродмана, Эллиот-Смитта, Кемпбеля, Экономо и Коскинача - локализация по долям и даже извилинам мозга должна быть признана недостаточной" (М.Б.Кроль).

По этому пути были направлены мысли клиницистов, так как повседневная работа требовала умения более тонко локализовать патологические процессы в центральной нервной системе. В монографии Первеса-Стюарта (1929г.) из глобального понятия опухолей лобной доли выделяются задне-лобные опухоли, для которых характерны Джексоновские припадки, паралитические явления нередко по типу моноплегии, а при левосторонних локализациях и дефекты речи. При переднелобных опухолях рано наступают расстройства психики: изменяется характер и темперамент, притупляются умственные способности, снижается память, наблюдается эйфория, появляется склонность к детской шутливости, больные не могут критически оценить своего состояния. Как более редкие симптомы автор отмечает легкий гемипарез, одностороннюю истощаемость брюшных рефлексов, поражение обонятельного и зрительного нервов, шатающуюся походку. В этом отношении еще дальше пошел наш соотечественный автор Шендеров.

Последний по клинической характеристике наблюдаемых явлений при опухолях делит лобную долю, как-бы на 4 квадрата: 1) опухоли задневерхней локализации характеризуются: нарушением равновесия, движения головы и глаз, соответствующими эпилептическими припадками, наличием хватательных рефлексов, часто выраженным двусторонне, ранними тазовыми расстройствами при отсутствии психических нарушений. Здесь считаем нужным подчеркнуть, что в описании истории болезни этого отдела автор приводит типичную парасагитальную менингиому.

2) Опухоли задне-нижней локализации сопровождаются моторно-афатическими расстройствами при локализации процесса слева, а при распространении опухоли и на височную долю наблюдается парез лицевого нерва по центральному типу, иногда повреждение глазодвигательного нерва, по временам непроизвольное мочеиспускание, легкое нарушение равновесия.

3) Опухоли передне-верхней области характеризуются выраженными психическими нарушениями, аспонтанностью, различными явлениями поражения моторной зоны.

4) Опухоли передне-нижнего отдела характеризуются ранними расстройствами психики, аспонтанностью и расстройствами равновесия (так как здесь берет свое начало лобно-мозжечковый путь).

Для базальных опухолей характерно расстройство обоняния, синдром Фостер Кеннеди (*Foster Kennedy*) (гомолатеральная атрофия зрительного нерва с центральной скатомой и контрлатерально застойный сосок).

Аналогичным образом в теменной доле различают верхнюю и нижнюю доли. При повреждении верхней теменной доли определяются эпилептические припадки с поворотом головы, расстройство ло-

кализации, астерногноз, при сохранности поверхностной чувствительности, если процесс не заходит на территорию задней центральной извилины, с которой верхняя теменная доля граничит. Нижняя теменная доля (*gyrus supramarginalis et gyr. angularis*) включает в себя 39-е и 40-е поле Бродмана, т.е. специфические человеческие поля (Кроль). Локализация патологического процесса в этих отделах ведет к нарушению праксиса, наступает агнозия, расстраивается чувство локализации и схемы тела, нарушено спонтанное письмо и под диктовку - аграфия, может быть нарушено чтение - больной не может назвать предмета, если ему не напомнить первого слова - амнестическая афазия.

Хованская для поражения теменных долей считает характерным следующее:

- 1) Гемипарез со слабостью лицевого нерва - 93,3%;
- 2) Эпилептиформные припадки - 73,3%;
- 3) Парестезии - 26,0%;
- 4) Расстройство мышечно-суставного чувства 26,0%;
- 5) Астерногноз - 26,0%;
- 6) Гипестезия - 20,0%;
- 7) Амнестическая афазия - 20,0%;
- 8) Алексия - 13,3%;
- 9) В 20% также отмечался нистагм.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПАРАСАГИТТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ.

Указав на семиологию отдельных внутридолевых территорий, мы более или менее близко подошли к рассмотрению клиники парасагиттальных опухолей. Ведь совершенно ясно, что все верх-

ние отделы лобной, теменной и затылочной долей в своей значительной части имеют непосредственное отношение к парасагиттальному углу, естественно, поражение их опухолью в том или ином участке обусловит соответствующую клиническую картину.

Потребовалось 12 лет после выделения Кушингом парасагиттальных менингиом, чтобы ясно представить себе их клиническую картину. Эта заслуга принадлежит Оливекрону, который в своей замечательной монографии "*Die parasagittalen Meningiome*" с предельной ясностью охарактеризовал клинические синдромы, зависящие от локализации парасагиттальной менингиомы в том или ином отделе протяженности сагиттального синуса. Сагиттальный синус - самый большой синус головного мозга - тянется от петушиного гребня до места слияния синусов, делится Оливекроном на переднюю, среднюю и заднюю трети. Границы между указанными третями следует считать более или менее условными, так как довольно трудно установить анатомический предел определенной трети, кроме того опухоль часто занимает и смежную треть.

Исследованиями Оливекрона определено, что в большинстве случаев опухоли средней трети лежат за Роландовой веной, исходя из чего последнюю можно считать границей между передней и средней третью сагиттального синуса.

Кушинг, как и другие авторы (Тэриан) принимает целиком указанную классификацию, соответствующие трети называет еще фронтальной, центральной и затылочной частями.

А. ПАРАСАГИТТАЛЬНЫЕ МЕНИНГИОМЫ НА ПРОТЯЖЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПРОДОЛЬНОГО СИНУСА.

Для парасагиттальных менингиом, локализующихся на протяжении передней трети сагиттального синуса, главным и постоян-

ным Оливекрона считает изменение психики в виде притупления интеллекта, расстройств памяти, снижения трудоспособности, повышенной раздражительности, быстрой смены настроения, эйфории, склонности к детской шутливости, т.е. те явления, которые отмечены Хорошко, Венсаном, Колодным, Шендеровым, Шмарьяном и друг. при опухолях лобных долей. Из 10 случаев этой локализации автор лишь один раз видел отсутствие психических симптомов. Эльсберг оперировал несколько случаев парасагиттальных менингиом лобных долей, которые до этого долго лечились по поводу истерии. По наблюдениям Хорошко (1922 г.), расстройства психики определяются лишь повреждением правой лобной доли, левая же таковых не дает. Психические расстройства более часто и грубо выражены при локализации процесса слева (Денди). Колодный отрицает тот взгляд, что психические расстройства бывают только при локализации опухолей слева. На материале Оливекрона расстройства психики бывают, как при левосторонних, так и при правосторонних опухолях, но при двусторонних они выявляются более полно. Последнее Эльсберг объясняет срединным положением новообразования, которое компримирует ассоциативные пути мозолистого тела.

Следующим симптомом автор выделяет центральное поражение лицевого нерва. Редко бывают пирамидные симптомы, являющиеся более частыми спутниками опухолей глиомного ряда при данной локализации. Нарушение обоняния в виде аносмии или гипосмии, зависящие от непосредственного давления на обонятельный нерв, при парасагиттальных менингиомах были выявлены 4 раза, тогда как среди 43 опухолей лобной доли глиомного ряда указанные явления могли быть отмечены только в двух случаях. Это можно объяснить грубой компрессией нервной ткани менингиомой, которую по отношению к глиомам нужно считать в общем более плотной опухолью. Отмеченный выше синдром Кеннеди Оливекрона на своем материале парасагиттальных ме-

нингиом никогда не видел, однако, он предлагает свой вариант, наблюдаемый им в трех случаях. Последний заключается в том, что при двусторонних застойных сосках зрительного нерва явления атрофии зрительного нерва, ведущие к слепоте, развиваются первоначально на стороне поражения. Давид, Тибо и Клейн (*David, Thiebaut, Klein*) в случае парасагиттальной менингиомы левой лобной области, исходящей из мозгового серпа и резко вдавливавшейся в передний рог бокового желудочка, наблюдали первичную атрофию зрительных нервов при скудной другой симптоматике. При отсутствии застойных сосков атрофию зрительного нерва трудно об"яснить, и авторы склонны думать, что она наступила в результате давления на зрительный нерв расширенным третьим желудочком или отеочной мозговой тканью. Оливекрона в двух случаях наблюдал одновременное повреждение обонятельного и зрительного нервов, чего он не видел при глиомах. Эти случаи нужно отнести к опухолям, развившимся в самом начале парасагиттального синуса или соответствующем отделе мозгового серпа и, следовательно, указанные нервы могли быть компримированы тут-же расположенной опухолью.

Пузырные расстройства, наблюдавшиеся автором дважды в виде частого мочеиспускания днем и ночью, связываются с нарушением психики. Исходя из гипотезы Адлера (*Adler*) эти явления нужно было бы об"яснить нарушением центра осознанного восприятия, который локализуется им в лобной доле. (цит. по Г. Корнянскому). Наблюдаемые в 13 случаях расстройства мочеиспускания среди 53 менингиом лобных долей Корнянский связывает с расстройством побуждения и поведения. Недержание мочи при опухолях верхнего отдела лобной доли Шендеров считает почти постоянным симптомом и об"ясняет это поражением парацентральной дольки и нарушением психики.

Следует еще указать на наблюдавшиеся в четырех случаях Оливекроном эпилептические припадки различной интенсивности.

Аналогичные явления в 4-х из 13 случаев парасагиттальных менингитом фронтальной трети наблюдал и Кушинг на своем материале.

Указанным явлениям почти всегда предшествуют симптомы внутричерепного давления. Больные в течение долгого времени (больше года - Эльсберг, Оливекрона, Кушинг, Тэриен, Денди) страдают головными болями, реже другими явлениями повышенного внутричерепного давления; развивается вторичная атрофия зрительных нервов, и недостаток зрения приводит таких больных в лечебницу (Кушинг).

мы располагаем 9 случаями парасагиттальных менингитом, локализованных на протяжении передней трети сагиттального синуса, которые полностью и представляем.

Случай № 1. Л-ов. (№ 1678), 25 лет. Поступил в клинику 15.1.33г. с жалобами на полное отсутствие зрения, изредка головную боль. Считает себя больным около года, когда появилась боль в левой половине головы и шум в левом ухе. Приблизительно через пол года б-ной заметил снижение зрения в левом глазу, которое вскоре вовсе исчезло, а через месяц и в правом. В течение 4-х месяцев вовсе ничего не видит, стал хуже слышать на левое ухо. За все время заболевания трижды была рвота, не связанная с приемом пищи.

Неврологический статус:

I - без изменений

П,Ш, IY, VI - полный амавроз на оба глаза: Анизокория $p > s$. Реакции зрачков вялые. Движения глазных яблок совершаются в полном объеме. Спонтанный нистагм при взгляде влево горизонтально-ротаторного характера.

У - Двигательная порция не нарушена. Чувствительная - снижение тактильной чувствительности слева; другие виды чувствительности не изменены. Корнеальный рефлекс слева отсутствует, справа значительно снижен.

УП - Слабость нижней ветви правого лицевого нерва.

УШ - Жалобы на снижение слуха слева. При грубом исследовании изменений слуха не обнаружено.

IX-XII - без изменений.

Двигательная сфера: активные и пассивные движения совершаются в полном объеме. Сила мышц и тонус их не изменены, за исключением правой руки, где имеется легкое снижение мышечной силы. Сухожильные рефлексы в правой руке выше, чем в левой, на нижних конечностях равномерные. Брюшные рефлексы справа живые, слева - отсутствуют. Подошвенный рефлекс слева отсутствует. Имеется хватательный рефлекс в правой руке и намек на хватание в правой ноге.

Чувствительная сфера: все виды чувствительности полностью сохранены.

Координация движений не нарушена, намек на адиадохокинез в левой руке.

Со стороны психики отмечается заторможенность.

19.I произведена цистернальная пункция, асперировано с трудом 1,5 куб.см.жидкости. 29.I-33 г. рентгенографически обнаружено расширение передне-заднего размера турецкого седла, спинка его несколько наклонена кпереди.

Операция (31.III) (проф.Павлонский Я.М.). Под местной анестезией произведен большой костно-пластический лоскут в левой лобной области с основанием к левой брови. Кость на наружной поверхности шероховата, кровоточит. Толщина кости неравномерная. У выпуклого края костного лоскута, вблизи средней линии твердая мозговая оболочка с трудом отделяется от кости и была во время операции в этом месте надорвана. По отбрасывании костного лоскута пульсация мозга не видна. Твердая мозговая оболочка вскрыта. Обнаружена большая опухоль, которая скрывается за границами костного дефекта. Ложкой взято несколько кусков этой опухоли для морфологического исследования. Кость удалена. Двухэтажный шов.

Второй этап операции (11.V.33г.). Местная анестезия. Разрез по старому рубцу. Костный дефект увеличивать не пришлось; в области, соответствующей горизонтальной части иссеченного разреза - интимная связь подлежащей опухоли с покровами черепа. Плоскостное отделение тупым путем; менее тесная связь покровов по окружности опухоли, более тесная здесь же с рассеченной при первом темпе твердой мозговой оболочкой, выделение опухоли в этих пределах сопровождается значительным кровотечением. По отношению к мозгу опухоль выделяется значительно легче, будучи связана с мягкой мозговой оболочкой рядом сосудов, которые удалось изолировать перевязать. В наиболее латеральном отделе операционного поля мозг был более тесно спаян с твердой мозговой оболочкой и опухолью, и здесь было его поверхностное повреждение. Опухоль имела вид лепешки, плоская поверхность прилежала к твердой мозговой оболочке, выпуклая к веществу мозга. Плоская поверхность избороздена; выпуклая, - гладкая, блестящая с большим количеством сосудов. Консистенция - плотно-эластическая и не везде одинаковая; опухоль в некоторых участках имеет вид цветной капусты. Размеры опухоли 8х8х3 см., вес 137 грамм. Во время операции кровотечение значительное. Двуслойный шов мягких тканей.

Гистологически: Саркомоподобная арахноидэндотелиома.

Больной выписан 1.VIII.33 г. после курса глубокой рентгенотерапии. При выписке неврологический статус почти без изменений. Соматическое состояние вполне удовлетворительное.

Резюме: В этом случае первоначально подозревали опухоль задней черепной ямки, именно левого полушария мозжечка. К последнему склоняло наличие быстро наступившего амавроза, шум в левом ухе и снижение слуха в нем, нистагм при взгляде влево горизонтально-ротаторного характера, отсутствие корнеального рефлекса слева и снижение его справа, снижение тактильной чувствительности в левой половине лица, намек на адиадохокинез в левой руке.

Однако, течение болезни, расстройство психики в ви-

де заторможенности больного, парез правого лицевого нерва, хватательный рефлекс в правой руке и намеки на него в правой ноге, дало возможность локализовать процесс в левой лобной доле, что и было подтверждено на операции.

Случай № 2. Ч-ва. (№ 712), 65 лет. Поступила в психиатрическое отделение 19.XII.34г., где находилась по поводу сенильного психоза. За месяц до поступления в психиатрическую лечебницу, б-ная перестала по ночам спать, стучала в стену к соседям, которую порубила топором, выходила раздетая, портила вещи, била посуду. Во времени и месте ориентирована недостаточно, память снижена, счет плохой. Со стороны неврологического статуса изменений нет. 2.I.35г. внезапно наступила смерть при явлениях падения сердечной деятельности.

Протокол вскрытия полости черепа № 2/887. Твердая мозговая оболочка едва напряжена. На внутренней поверхности последней в лобном отделе имеется очень плотная, окостеневшее внутри, опухолевое образование, от которого в левой передней центральной извилине имеется глубокое вдавление. Опухоль растет из угла мозгового серпа и самой твердой мозговой оболочки, величиною со сливу.

Гистологически: Псаммоматозная арахноидэндотелиома.

Резюме: Здесь мы имеем очень грубое расстройство психики, что привело больную в психиатрическое отделение. Неврологическая симптоматика отсутствует. Может быть в этом случае психические расстройства действительно являлись результатом сенильного психоза, а найденная на секции опухоль протекала бессимптомно?

Отсутствие патологических явлений со стороны центральной извилины, которая была грубо компримирована, дает право на такое предположение.

Случай № 3: Е-ин. (№ 1854). 44 лет. Поступил в психиатрическую кли-

нику 22 мая 1935 года с жалобами на головные боли, снижение памяти, скверное настроение, беспричинный плач. Указанные явления развились за 2 месяца до поступления в клинику. До этого был здоров. В клинике отмечаются частые головные боли, временами апатия, непроизвольное мочеиспускание. Контакт с б-ным поверхностный. В неврологическом статусе имеется лишь вяловатая реакция зрачков на свет, и невозможность отвести глаза кнутри (слабость конвергенции).

Лумбальная пункция (1.VI.35г.). Давление повышенное, жидкость бесцветная, прозрачная, белок - 1,59%, реакция Нонне-Аппельта - положительная, Вейхбротта - отрицательная. Белые кровяные тельца - 2 экз. в 1 куб.мм. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости - отрицательная.

Диагноз: Артериосклероз мозга.

Выписан 7.VIII.35г: с улучшением. Повторно поступил 26.XII-36г. До этого чувствовал себя удовлетворительно, отмечая лишь рассеянность и ослабление памяти. 21.XII во сне начался приступ судорог, который длился в течении 5 минут. Б-ной потерял сознание. Во время приступа стянуло левую руку и правую ногу, произвольного мочеиспускания не было. После приступа был очень беспокоен. На следующий день ряд аналогичных кратковременных приступов в течении 3-х часов, после чего парализовало левую половину туловища. Через сутки б-ной получил возможность двигать левыми конечностями. С этого времени по несколько раз в день появлялись приступы; во время которых он поворачивал голову и глаза сначала вправо, а потом влево, левую руку в согнутом состоянии протягивал к груди, а потом начинались подергивания, такие же клонические судороги были и в правой ноге. С 24.XII приступы стали очень частыми. Был доставлен в клинику "Скорой помощью" в эпилептическом состоянии, $T^{\circ} 38,8^{\circ}$. В приемном покое на вопросы не отвечает, пассивные движения возможны, активные производить трудно, зрачки на свет реагируют. Су-

хвильные и кожные рефлексы вялые, за исключением очень живого правого подошвенного рефлекса. 27. XII консультация невропатолога: вялый левосторонний паралич с отведением глазных яблок влево и вниз. Высказано предположение об остром энцефалите. Офтальмоскопически (29. XII) резкая гиперемия сосков зрительных нервов. Больной очень слаб, приступы появляются реже. 3. I. 37 г. наступила смерть при явлениях ослабления сердечной деятельности.

Протокол вскрытия полости черепа № 2/1320. Твердая мозговая оболочка напряжена, цианотична. Справа в лобном полюсе мозговой серп сращен с мягкой мозговой оболочкой, из которого растет опухоль глубокой вдавливающейся с медиального края в лобную долю, доходя каудальным своим полюсом до двигательной зоны правого полушария. Опухоль на разрезе серовато-красного цвета, богатая сосудами, величиною с яблоко, резко ограничена от мозговой ткани, круглой формы.

Микроскопически: Опухоль составлена из большого количества фиброзной ткани и паренхимы, клетки которой располагаются тяжами и хорошо отграниченными площадками. В тяжах клетки темные, веретенообразной формы, в площадках светлые полигональной формы с крупными светлыми ядрами.

Г-ри: фиброзная арахноидэндотелиома.

Резюме: Этот случай в первом своем этапе напоминает предыдущий. В последующем длительное эпилептическое состояние и психические расстройства дали своеобразную окраску заболеванию — острое заболевание с высокой T^0 и вялым левосторонним параличем, что направило мысль клиницистов на ложному пути.

Изучение нами вопроса показывает, что это совершенно особый случай течения парасагиттальной менингиомы лобного района.

Случай № 4. М-ко. (№ 235), 31 года. Поступила в клинику 7. IV. 37 г. с жалобами на головные боли, тошноты, рвоты и почти полное отсутствие зрения. Считает себя больной около года, когда впервые появились головные боли. Через 6 месяцев последние усилились, появились тошноты, иногда рвота. За месяц до поступления в клинику

начало резко падать зрение так, что к моменту поступления она лишь едва видит правым глазом.

Неврологический статус:

I - Обоняние нарушено с обеих сторон.

II, III, IV, VI - Слева - полное отсутствие зрения, справа - резкое его снижение. Движение глазных яблок ограничено только вверх.

V - Снижение тактильной чувствительности в области I-II ветвей тройничного нерва

VI-XI - без изменений.

XII - Язык отклоняется влево.

Двигательная и чувствительная сферы без грубых нарушений. Сухожильные рефлексы равномерные, высокие с обеих сторон. Клонус коленных чашек и рефлекс Гордона с обеих сторон. Справа рефлекс Оппенгейма и намек на него слева.

Со стороны психической сферы отмечается: дурашливость, эйфория, отсутствие критического отношения к своему состоянию, неадекватное поведение.

Б-ная переведена из неврологического отделения в психиатрическое, где все явления, особенно общемозговые, нарастают, вплоть до смерти больной (6.IV.38 г.)

Лумбальная пункция (8.IV.37г.) Жидкость бесцветная, прозрачная. Белка 1,73%. Реакция Нонне-Апельта - положительная. Реакция Вейсброта - отрицательная. Белковый коэффициент 0,33. Цитоз - 2 экз. Реакция Вассермана в крови и спинно-мозговой жидкости отрицательная.

Офтальмологически (9.IV.37г.). У = 0 с обеих сторон. На дне - застойные соски; очень извитые сосуды.

Протокол вскрытия полости черепа № 131/1666 . Твердая мозговая оболочка напряжена. В передней черепной ямке по средней

линии найдено шаровидное опухолевое образование величиною в апельсин, плотной консистенции, серовато-розового цвета - сращенная как с твердой мозговой оболочкой, так и с передним краем мозгового серпа. Опухоль располагается между лобными долями, на внутренних поверхностях которых имеется соответственной величины вдавления.

Гистологически: Саркомоподобная арахноидэндотелиома.

Резюме: Данный случай по нашему мнению, является поучительным в том смысле, что наличие резких расстройств психики и преобладание их над неврологической семиотикой может вести к просматриванию грубых органических процессов.

Больная, несмотря на наличие резко выраженных общемозговых явлений, большого количества белка в спинно-мозговой жидкости и проч. была переведена из неврологической клиники в психиатрическую, и здесь все время шла как психиатрическая больная.

Через год с лишним на секции была обнаружена значительных размеров опухоль, исходящая из мозгового серпа и твердой мозговой оболочки. На протяжении передней трети продольного синуса.

Случай № 5. В-ин (№ 1720), 44 лет. Поступил в неврологическую клинику 20.V-37г. с жалобами на головные боли в области висков и прогрессивное падение зрения. Головными болями страдает в течении 20 лет после бывшего касательного ранения в области правого лобного бугра. Приступы головной боли сопровождались рвотами и кровотечением из носа. Частота таких приступов 3-4 раз в год. В декабре 1936 года б-ной заметил ухудшение зрения в левом глазу, через некоторое время и в правом. Зрение падало с каждым днем все интенсивнее. В последние 3-4 месяца головные боли стали несколько слабее.

Неврологический статус:

I - Легкая аносмия в левой ноздре.

II, III, IV, VI - Зрение резко снижено, больше слева. Реакции на свет

I и II - вялые, на конвергенцию и аккомодацию сохранены.

Движения глазных яблок совершаются во все стороны в полном объеме.
У - Без изменений.

УП - Правая носогубная складка сглажена, при оскаливании зубов - рот немного перетягивает влево.

Активные и пассивные движения верхних и нижних конечностей совершаются в полном объеме, мышечная сила сохранена во всех сегментах.

Сухожильные рефлексy равномерные с обеих сторон, средней живости. Кожные рефлексy, также, равномерные с обеих сторон. Из патологических рефлексов отмечается хоботковый и намек на с.Бабинского слева.

Чувствительность не нарушена.

При краниографии (22.У) изменений в костях черепа не обнаружено.

Лумбальная пункция (23.У) Жидкость бесцветная, прозрачная, белка 1, 5%, р. Нонне-Аппельта положительная, реакция Вейхбротта - отрицательная. Белковый коэффициент 0,17, цитоз 2 эка. в 1 куб.м/м. Реакция Вассермана - отрицательная.

25.У-37 г. операция (проф.Гейманович, З.И.). Местная анестезия. Широким костно-пластическим лоскутом с основанием ко лбу и с переходом на правую сторону, вскрыта черепная полость.

Открылось сильное кровотечение из мелких сосудов твердой мозговой оболочки. Последняя имеет шероховатый вид вследствие разрастаний пахионных грануляций. Твердая мозговая оболочка вскрыта, при этом оказалось, что она плотно сращена с подлежащей тканью, оказавшейся плотной опухолью толщиной в 2 см., а в иных местах 3-4 см., пластом врастающая в поверхность мозга и переходящей за среднюю линию вправо. Кускованием опухоль удалена, при этом задние и боковые отделы удалены не полностью. Б-ной перенес операцию удовлетворительно, геморрагия в общем умеренная.

Кожно-мышечный лоскут уложен на место. Кость удалена.

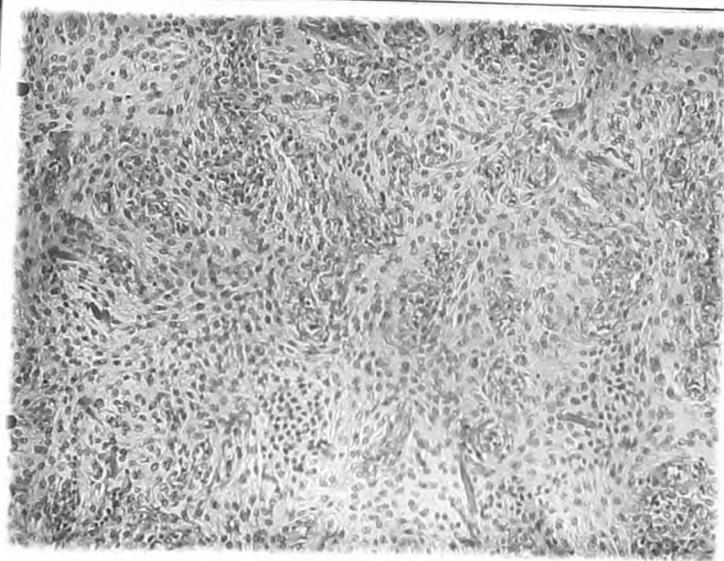
В послеоперационном течении отмечается тяжелое состояние, левосторонний гемипарез, больной плохо ориентирован, ясно выраженные явления двусторонней пневмонии, что привело больного к смерти (6.VI), почти через 2 недели.

Протокол вскрытия полости черепа № 81/1390. По снятии твердой мозговой оболочки обнаружено, что мозговой серп в лобном отделе прорастен опухольными массами и лобные доли обеих сторон спаяны плоскостно стелющимися опухольными массами по мозговому серпу, в одно целое.

Микроскопически: Опухолевая ткань в различных отделах имеет различное строение. Местами она имеет строение характерное для альвеолярной саркомы и представляет собой более или менее широкопетлистую коллагеную волокнистую смесь, ячейки которой выполнены крупными клеточными элементами. Местами опухоль состоит из плотной фиброзной, частично гиалинизированной соединительной ткани, в которую включены крупные или более мелкие островки клеток. В богатоклеточных областях частые очажки коагуляционного некроза и включенные в клеточную опухолевую массу площадки плотной фиброзной безъядерной соединительной ткани. Местами опухоль представляет сильную фиброзную массу с небольшим количеством клеточных элементов. Сосудами опухоль бедна (см. фото № 4). Подлежащее мозговое вещество, особенно находящееся между опухолями, в состоянии размягчения.

Гистологически: фиброзная арахноидэндотелиома. (см. микрофото № 1)

Случай № 6. О-ник, А. (376), 59 лет. Поступил в нейрохирургическую клинику 23.X-37 г. (Анамнез со слов жены). В 1932 г. больной был избит, после чего на голове были "шишки" - кровоподтеки. В 1934 г. повторно сильно избит, на голове были раны, в течении суток находился в бессознательном состоянии. С тех пор вялым и плаксивым. В марте 1935 г. появились головные



1. Микрофото опухоли случ. №5 Б-ной В-ин
фиброзная арахноидэндогелиома ?



2. Фото случ. №6 Б-ной О-ник А.
Макроскопический вид псаммоматозной
арахноидэндогелиомы.

боли и головокружение, наблюдавшиеся периодически. В феврале 1936 г. перешел на пенсию. Осенью 1936 г. головные боли стали постоянными и упорными. Весной 1937 г. появилась сонливость, слабость в правой руке, пошатывание при ходьбе во время головных болей. В июле 1937 г. был приступ сильных головных болей с потерей сознания и непроизвольным мочеиспусканием.

Неврологический статус:

I - Понижение обоняния слева

II, III, IV, V₁ - Глазные щели равномерно расширены, зрачки круглой формы.

Движения глазных яблок в стороны полностью не удаются.

Слабость конвергенции левого глаза. Реакции зрачков

I и II справа живее, чем слева.

У - Двигательная и чувствительная порции не нарушены.

УП - Правосторонний парез лицевого нерва по центральному типу.

УШ - Б-ной стал хуже слышать.

IX-XI - без патологических изменений.

XII - Отклонение языка вправо при высорывании.

Диффузная атрофия мышц правой руки больше в дистальных отделах. Шелушение кожи на ладони. Активные и пассивные движения в правом плечевом суставе возможны до горизонтального уровня. Тонус слегка повышен в правой руке. Сила мышц справа: дельтовидной = 3, трехглавой и двуглавой = 4. Все виды чувствительности сохранены.

Рефлексы Лери и майера с обеих сторон.

Периостальные и сухожильные рефлексы на верхних конечностях повышенные с обеих сторон. Коленные и ахилловы справа выше, чем слева. Брюшные рефлексы слева легко истощаются. С. Бабинского справа и намек на с. Оппенгейма. Слева живой подошвенный рефлекс. В правой руке и ноге иногда намек на хватание. Координация движений не нарушена. Сфинктеры в норме. Эмоциональная лабильность, плаксивость, снижение памяти. В клинике стало выступать затруднение

речи - забывает слова.

При психологическом исследовании обнаружена алексия и аграфия.

Офтальмоскопически (28.X) У справа 0,5, слева 0,2. Поле зрения и взора не ограничены. Зрачковые реакции живы. На дне застойные соски. В левом глазу застойные явления выражены резко, много кровоизлияний. 23.XI У = 0,1-0,2, остальное, как и 28.X.

Перитеральная пункция: Повышенное давление, жидкость бесцветная, прозрачная, белка 0,46%, белых телец - 1 экз., реакции Панди и Нонне - Анпельта - положительные, Вейхброта - отрицательная.

На рентгенограммах черепа (27.X) - расширение и углубление турецкого седла, контуры его четкие.

Реакция Вассермана^В крови (26.XI) - отрицательная.

29.XI - Операция (проф. Гейманович, З.И.). Широким костно-пластическим лоскутом соответственно левой лобно-теменной области обнажена твердая мозговая оболочка. Последняя у средней линии приращена частично к кости и отделена распатором. При осмотре мозг не пульсирует. Вскрыта твердая мозговая оболочка, при чем обнаружена резкая ин"екция венозных сосудов. В передних отделах, ближе к средней линии твердая мозговая оболочка припаяна и обойдена разрезом. Непосредственно под этим участком располагается опухоль размером 3х2,5 см. сине-багрового цвета, величиной с большой воложский орех. Последняя относительно легко, после коагуляции сосудов, выделяется. Был поражен один из впадающих сосудов в сагиттальный синус, при чем открылось резкое кровотечение, доставившее много беспокойств. Пульса нет. Рана зашита. Кость поставлена на место. Внутривенно введено 10% раствор поваренной соли. Трансфузия 200,0 одноименной, цитратной крови. Внутривенно введено 1000,0 физиологического раствора. Появился нитевидный пульс, который постепенно улучшался. К вечеру состояние б-ного относительно удовлетворительное.

Гистологически: Псаммоматозная арахноидэндотелиома. (см. макрофото №2)

Больной выписан 27.I-38г., т.е. через 60 дней после операции в удовлетворительном состоянии. Движения в полном объеме, речь внятна, свободна, несколько прерывиста. Явления алексии исчезли через месяц после операции. $У = 0,2 - 0,3$ (29.XII) застойные соски средней степени vystояния.

Случай № 7. И-ит (№ 1813) 40 лет. Поступил в неврохирургическую клинику 22.X-39г. в заторможенном состоянии с жалобами на головную боль. Впервые заболел несколько месяцев тому назад, когда появились интенсивные головные боли, рвота, нарушение психики, судороги в правых конечностях.

Дважды наблюдались приступы судорог в правой руке, сопровождавшиеся потерей сознания и непроизвольным мочеиспусканием.

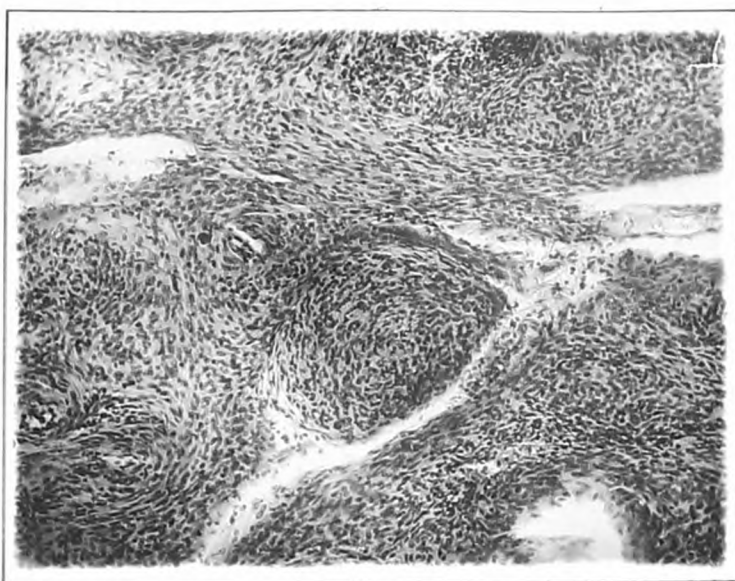
Объективно: Больной дезориентирован, заторможен, забывчив, мочит^{ся} под себя. Парез правого лицевого нерва по центральному типу, нерезко выраженный носогубный рефлекс, едва намечающийся хоботковый рефлекс. Легкое уклонение языка вправо. Тромор правой кисти. Повышение тонуса в мышцах правой руки. Хватательный рефлекс в правой руке. Некоторое повышение сухожильных рефлексов справа. Двусторонний симптом Бабинского. Брюшные рефлексы живые, равномерные.

Из-за психического статуса больного, более подробное исследование невозможно.

Офтальмологически: $У$ справа = 0,5-0,6. Слева = 0,5. Поле зрения и взора не ограничено. Застойные соски с обеих сторон.

Лумбальная пункция: (26.X) Жидкость бесцветная, прозрачная. Белка 0,31%, реакция Нонне-Аппельта - опалесценция, реакция Вейхброта - отрицательная. Белых телец 3 экз. в 1 куб.мм., реакция Вассермана - отрицательная.

25.X. Операция. Местная анестезия. Кожно-костный пластический лоскут в левой лобно-теменной области с основанием кни-



3. Микророто опухоли случ. №7. Б-ной Ц-ит.
Фибробластическая арахноидангиоэпителиома



4. Фото случ. №7. Б-ной Ц-ит.
Макроскопический вид той же опухоли

зу. Сосуды твердой мозговой оболочки обшиты и оболочка вскрыта в передне-нижнем отделе раны.

В лобном отделе отмечается участок мозгового вещества резко отличающийся по цвету от здорового мозга.

Сначала тупо шпатель, а затем введенным в рану пальцем легко выделена обширных размеров, плотная опухоль.

Последняя была связана с мозговым серпом. При ревизии обнаружены остатки опухольных масс в заднем отделе мозговой раны. После удаления этой части опухоли открылось значительное кровотечение, остановленное длительной тампонадой с перекисью водорода.

Кость уложена на место.

Послойный шов мягких тканей.

Операцию больной перенес удовлетворительно. Вес опухоли равен 126 грамм. (см. фото № 4)

15.XI состояние больного хорошее, вполне активен, хорошо ходит, более или менее логично рассуждает.

Гистологически: Фибробластическая арахноидангиома. (см. микрофото № 3)

Случай № 8. Б-ва. (№ 3335), 37 лет. Поступила 17.X.40 г. с жалобами на головную боль, рвоты, ослабление дрения больше слева, слабость левой ноги, шум в левом ухе.

Впервые заболела в мае 1940 г., когда после родов отметила усиление головных болей (начавшиеся 2 года тому назад). Темнеет в глазах. Боли во всей голове, во время, особенно сильных болей бывали рвоты. Приступы головных болей появлялись 1-2 раза в неделю. За 3 недели до поступления в клинику появились ноющие боли по задней поверхности левого бедра и слабость этой ноги, которая волочится при походке. Одновременно появилось снижение зрения, больше в левом глазу и шум в левом ухе. Все указанные явления постепенно прогрессировали.

Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, "золотуху" в детстве. После родов больная была в течение 1 месяца в больнице, по поводу чего не помнит, т.к., по словам больной, у нее было затемненное сознание.

Неврологический статус: I - жалоб нет.

II, III, IV, V I - снижение остроты зрения больше в левом глазу. Туман перед глазами. Движения глазных яблок в полном объеме. Вертикальный нистагм в левом глазу. Реакции зрачков на свет I-II, конвергенцию и аккомодацию нормальные.

У - двигательная порция без изменений. Поверхностная чувствительность не расстроена. Не всегда реагирует на раздражение роговицы.

УП - Изменений не отмечается.

УШ - Шум в левом ухе

IX-XII - Без изменений.

Активные и пассивные движения верхних конечностей в полном объеме. Мышечная сила хорошая. Отмечается ограничение активных движений в левой ноге, из-за боли. С. Ласега. Пассивные движения совершаются в полном объеме. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей равномерные. Коленные живые, равномерные. Ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. Подошвенные и брюшные рефлексы отсутствуют. Больная отмечает онемение левой ноги. Легкое повышение болевой чувствительности от D XI слева. Мышечно-суставное чувство сохранено.

Координация движений: при пробе Ромберга - легкое шатание. Походка - медленная, отстает левая нога, шатает вправо. Перкуссия черепа безболезненная.

Офтальмологически: (21.X) У справа = 0,9 слева = 0,3. Поле зрения определить не удалось. Офтальмоскопически - застойные соски с обеих сторон.

Дробальная пункция: Белка - 0,48%, реакция Панди положительная, лейкоцитов 3-5 изредка.

Рентгенологически: Спинка турецкого седла нечетко контурирована. Рентгенологических симптомов повышения внутричерепного давления не отмечается.

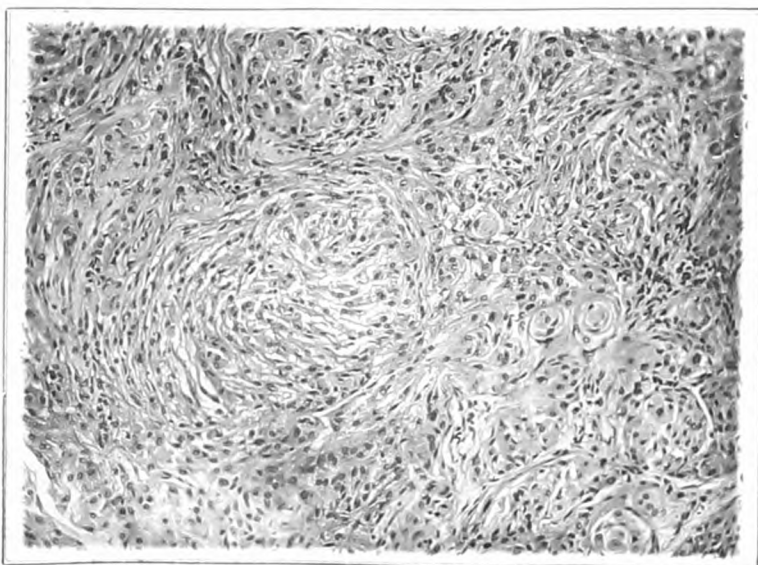
2.XI-40г. в 16-00 без каких либо предшествующих явлений, находясь в постели, больная потеряла сознание. Пульс 60 в 1" слегка напряжен. Дыхание поверхностное, несколько учащенное, незначительный цианоз всего лица. В 16ч.30м. больная в бессознательном состоянии. Явления цианоза нарастают. Пульс 90 в 1" слабого наполнения. Дыхание принимает характер Чейн-Стоксовского. В 17ч.15м., несмотря на все принятые мероприятия явления нарастают, больная умерла при явлениях паралича дыхательного центра.

Протокол вскрытия полости черепа № 269/2361. Черепная крышка с резко выраженными пальцевыми вдавлениями. Верхняя пластинка синуса турецкого седла истончена до толщины папиросной бумаги, легко ломается. Твердая мозговая оболочка значительно напряжена, особенно с левой стороны и сращена с веществом лобного полюса левого полушария мозга. Мозговые извилины уплощены. При горизонтальном разрезе мозга в лобном полюсе левого полушария обнаружена опухоль, исходящая из твердой мозговой оболочки и врастающая в вещество мозга. Опухоль имеет размеры голубинового яйца, отчетливо ограничена от вещества мозга, цвет ее розово-серый. Боковые желудочки умеренно расширены. (см. фото № 5)

Микроскопическое исследование: Опухолевая ткань состоит из концентрически расположенных, богатых протоплазмой клеточных элементов. Последние образуют луковичеподобные образования окруженные поясом коллатерной волокнистости. Нередко по полю препарата располагаются, находящиеся в центре опухолевых розеток, псаммоматозные тельца. Опухоль прорастает твердую мозговую оболочку, но за ее



5 Фото случ. № 8 Б-ная Б-ва
Фронтально-окципитальный разрез мозга вместе с опухолью



6 Микрофото опухоли случ. № 8 Б-ная Б-ва
Псамматозная арахноидангиома

пределы, в эпидуральное пространство не выходит. В отдельных местах опухольные массы прорастают мягкую мозговую оболочку, проникают в вещество мозга и погружаются в него на глубину 1-го и 2-го слоя, причем указанная выше структура опухоли не нарушается.

Гистологически: Псамматозная арахноидэндотелиома. (см. микрофото № 6)

Случай: № 9, Ч-ская. (№ 3073), 47 лет. Поступила в нейрохирургическую клинику 9.УП-40г. в оглушенном состоянии, на вопросы не отвечает, не реагирует на уколы булавкой. Состояние больной лишает возможности детально собрать анамнез и статус. Заболела осенью 1939 г., когда появились головные боли, тошнота и периодически наступающие рвоты. Указанные явления постепенно нарастали.

Неврологический статус: Больная эйфорична, память ослаблена. Незначительная анизокория: правый зрачок шире, чем левый, реакции зрачков на свет - вяловатые. Парез правого лицевого нерва по центральному типу. Тонус мышц нижних конечностей - повышен. Коленные рефлексы повышенные с расширенной рефлексогенной зоной. Ахилловы рефлексы справа выше, чем слева. Все виды поверхностной чувствительности сохранены. Мышечно-суставное чувство расстроено в пальцах ног. Слабо выраженный симптом Ромберга, незначительное шатание при ходьбе.

Офтальмологически: (16.УП). Острота зрения справа = 0,2; слева = 0,1. Поле зрения неограничено. Резко выраженные застойные соски. В левом глазу отдельные точечные кровоизлияния.

Лямбальная пункция: (11.УП). Жидкость бесцветная, прозрачная. Белка 1,33%. Реакции Понне-Апельта и Вейхбротта - положительные. Цитоз - I экз. в I куб.мм.

Краниография: (12.УП). На рентгенограммах обнаружена нечеткость контуров спинки седла.

Энцефалография (13.УП). На рентгенограммах воздух отчетливо виден только на рентгенограмме F -0. Скопление воздуха имеет причудли-

вую форму и говорить с уверенностью где находится этот воздух - в желудочках и в каком из них, или в щели между полушариями трудно. Можно только с большей вероятностью думать о смещении этого скопления воздуха слева направо.

Психологическое исследование: (18.УП). Больная обнаруживает значительное изменение психики. Временами у больной бывает состояние оглушенности и не совсем ясного сознания, когда вопросы и инструкции воспринимаются с трудом, в выполнении - грубая perseverация. Наряду с этим у больной выступают грубые амнестические моменты. Она иногда не может вспомнить, как зовут ее мужа, а также собственную фамилию. Причем это не вызывает у нее огорчения, а веселое удивление и склонность к шуткам. Нарушены сукцессивные акты: больной почти недоступны задания, требующие рассуждения или последовательного хода действий. Кроме того, у больной обнаружена стойкая аграфия, смысловые сдвиги в речи, намеки на оптическую агнозию.

22.УП. Операция. (проф. Павлонский). Перед операцией в сидячем положении произведена ламбальная пункция. выведено 35,0 прозрачной жидкости. В положении на правом боку, под местной анестезией, произведен костно-пластический лоскут в левой лобно-теменной области (12x14 см.). По вскрытии твердой мозговой оболочки, в переднем отделе рана близко к средней линии, обнаружена опухоль ограниченная от мозговой ткани. Шпатель, а затем пальцем, опухоль выманивается целиком и полностью. Кровотечение из ложа опухоли остановлено временной тампонадой. В виду тяжелого состояния больной перелито 200,0 крови группы "0" и 350,0 физиологического раствора. Твердая мозговая оболочка незашита в виду тяжелого состояния больной. Костный лоскут положен на место и укреплен одним шелковым швом. Двухрядный шов мягких тканей. (см. фото № 8)

В послеоперационном периоде отмечается гемипарез и афазия. После снятия швов образовались лигатурные свищи, которые постепенно зажили.



7. Микросфото опухоли случ. №9. Б-ная Ч-ская
Фибробластическая арахноидангиоэнтелиома



8. Фото случ. №9. Б-ная Ч-ская
Макроскопический вид этой же опухоли

Гемипарез и афазия также постепенно уменьшались.

К моменту выписки больная свободно передвигалась без посторонней помощи, афатические явления нерезко выраженные. Расстройства психики не отмечается.

Больная выписана домой (7.1-40г.) в хорошем состоянии.

микроскопическое исследование: Опухолевая ткань состоит из клеток с овально вытянутыми ядрами и хорошо выраженной плазмой, расположенных в виде площадок с фасцикулярными структурами и типичными завитками.

Расположение опухолевых ядер местами сравнительно редкое. Количество стромы невелико.

Гистологически: фибробластическая арахноидэктолиома. (см. микрофото № 7)

Во всех представленных 9 случаях мы можем отметить давность заболевания от момента появления первых симптомов до операции или секции от 1-3,5 лет, что соответствует данным других авторов. (Оливекрона, Теризан). Однако, так как эти сведения черпаются нами из анамнеза, а больные этой группы в преобладающем большинстве страдают расстройством психики, то вряд-ли им можно придавать решающее значение.

Из девяти случаев было 5 мужчин и 4 женщины. Говорить о среднем возрасте больных только по одной этой группе мы не считаем возможным.

В восьми случаях из девяти заболевание началось явлениями повышенного внутричерепного давления, главным образом, головными болями, которые почти всегда предшествовали локальным симптомам. Рвота отмечается значительно реже.

Только в одном случае (№ 5) не отмечены психические явления, во всех остальных были более или менее выраженные расст-

роиства психики. У троих (№№ 2,3,4) они были настолько резкими, что больные попали в психиатрические отделения, и только на секции были обнаружены менингиомы соответствующей локализации. Один больной (№ 3) дважды поступал в психиатрическую клинику по поводу своего психического состояния. Здесь интересно отметить исследования Давидова, который на материале психиатрических учреждений Нью-Йорка выделил опухолевые заболевания головного мозга, из них 30,6% относились к менингиомам.

Все это говорит о значительных изменениях психики при опухолях, которые, как мы видели, подчас затрудняют, искажают диагностику и будучи не распознанными, ведут к смертельному исходу. Эти расстройства психики при опухолях лобных долей известны сравнительно давно, и описаны довольно четко, однако, их клиническое выражение настолько разнообразно по интенсивности и качеству, что нельзя ожидать всегда одних и тех же картин.

В одних случаях это различной степени выраженности заторможения, снижения памяти, эмоциональная лабильность, в других же мы имеем целую гамму их: эйфория, дурашливость, расстройство критики, неадекватное поведение (случай № 4) и т.п.

Здесь возможны различные нюансы, и что особо следует отметить, они ни в какой мере не находятся в зависимости от неврологической симптоматики.

Несоответствие психических расстройств неврологическому статусу по своей глубине, как мы видели, - встречается не редко, что подчас ведет по ложному пути, поэтому мы считали нужным это подчеркнуть.

Анатомическим выражением такого несоответствия нужно считать оральное положение опухоли, по мере ее прорастания в задне-лобные отделы, будет нарастать и неврологическая симптоматика, и наоборот, локализация опухоли в заднелобном отделе даст максимум

неврологической симптоматики, а психические явления будут выражены в зависимости от протяженности опухоли кпереди.

Вторым важным симптомом является повреждение лицевого нерва в виде пареза по центральному типу на противоположной стороне повреждения. Этот симптом на нашем материале отмечается 5 раз.

Расстройства обоняния, Оливекрона из 10 своих случаев наблюдал только 2 раза, у нас этот симптом отмечен 3 раза, причем в одном случае (№ 4) оно было двусторонним, что легко объяснить локализацией опухоли, которая шла к основанию передней черепной ямки. Этим же и объясняется резкое падение зрения, бывшее у этой больной.

Эпилептические судороги с потерей сознания на нашем материале были 3 раза, что не противоречит данным других авторов. Здесь следует указать, что этот непостоянный симптом у различных больных протекает не одинаково по своей частоте, силе и характеру, все это, как мы уже указывали, зависит от раздражения примыкающей опухоли к моторной зоне.

Во всех случаях, где производилось офтальмоскопическое исследование, были обнаружены застойные соски с обеих сторон и снижение остроты зрения, степень которого может быть поставлена в связь с давностью заболевания.

Различные авторы указывают на относительную редкость пирамидных симптомов при данных опухолях. Мы в семи случаях из девяти могли отметить таковые, преимущественно в виде одностороннего повышения мышечного тонуса, сухожильных рефлексов, наличия патологических рефлексов, легкого снижения мышечной силы и т.п.

Первес-Стюарт также отмечает эти явления, как дополнительные при передне-лобных опухолях. Данное нами объяснение эпилептических приступов целиком соответствует и этим расстройствам. Расстройство чувствительности было только 3 раза в виде снижения тактильного чувства в области иннервации тройничного нерва на стороне опухоли и легкого повышения болевой чувствительности от Д XI

слева (см. № 8). Один раз наблюдались трофические изменения, и виде диффузной атрофии мышц руки и шелушения кожи на ладони в комбинации с афатическими расстройствами, что зависит от распространения опухоли в район соответствующих центров. Пита (Pitha (говорит, что мышечные атрофии при опухолях головного мозга зависят от длительного давления на пирамидные проводники, корковые центры или *Corona radiata*.

Среди других симптомов следует отметить отклонение языка - 3 раза, коботковый - 2 раза и 2 раза хватательные рефлекс; слабость конвергенции - 1 раз, клычаги - 2 раза, дрожание кисти - 1 раз и 1 раз ограничение движений глазных яблок в стороны.

Вся эта пестрота симптомов является кажущейся, так как на первый план выступают с большим постоянством явления, видные в представленных нами случаях, которые и составляют синдром менингиомы на протяжении передней трети сагиттального синуса, а именно:

1) Сравнительно длительное течение заболевания манифестирующее наиболее часто половыми болями. Постоянно имеются двусторонние стойкие носки и снижение остроты зрения различной степени, больше на стороне опухоли. Другие общесоматические явления выражены реже.

2) Психические расстройства выражены также почти всегда, но в различной степени. Наиболее часто они доминируют в клинической картине.

3) Парез лицевого нерва по центральному типу.

4) Легкие пирамидные знаки на стороне противоположной опухоли.

Все это, как видно находится в полном соответствии с синдромом Оливекрона, мы должны были только отметить и пирамидные явления, так как они встречались на нашем материале довольно часто.

Дифференциальную диагностику здесь следует проводить с менингиомами ольфакторной ямки и конвекса.

В первом случае Оливекрона говорит, что вряд-ли можно не распознать опухоли, так как, несмотря на обычно выраженные расстройства психики, имеется синдром Кеннеди - первичная атрофия зрительного нерва с центральной скотомой и застойный эксудат на второй стороне, одностороннее, а затем двустороннее расстройство обоняния и это решает дело. Наш случай № 4 демонстрирует возможность затруднений при дифференциации опухолей обеих локализаций.

Конвекситальные менингиомы отдифференцировать трудно, если они располагаются высоко, т.е. ближе к средней линии, чем больше они будут удаляться книзу, тем легче их диагностировать.

Рентгенисследование при наличии костных изменений может решить вопрос.

Оливекрона также указывает на то, что обычное течение менингиом Sylvianовой борозды можно принять за парасагиттальную менингиому в передней части, т.е. тогда, когда нет гемипарезов и изменений костей черепа, а выражены расстройства психики и центральное поражение лицевого нерва.

Б. ПАРАСАГИТАЛЬНЫЕ МЕНИНГИОМЫ, ЛОКАЛИЗУЮЩИЕСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПРОДОЛЬНОГО СИНУСА.

Парасагитальные менингиомы, локализующиеся на протяжении средней трети продольного синуса, встречаются наиболее часто (Кушинг, Оливекрона). В материале Денди и Терриана парасагитальные опухоли были только в данном районе. Однако, к этому положению нужно подойти критически и приведенные данные нельзя считать абсолютными. Относительная простота диагностики опухолей данной локализации и определяет их количественное пре-

обладание у авторов - клиницистов, тогда как менингиомы лобной трети в значительном проценте случаев являются секционной находкой или такие больные находятся в психиатрической больнице по поводу различных душевных заболеваний. (Давидов, Тут).

Менингиомы, локализующиеся на протяжении средней трети продольного синуса дают совершенно типичную семиологическую картину, по Оливекрона она складывается из явлений раздражения в виде моторных или сенсорных эпилептических припадков Джексоновского типа, которые очень часто предшествуют паретическим явлениям. Начальными симптомами здесь являются Джексоновские приступы, которые обыкновенно начинаются со стопы или даже большого пальца и медленно нарастают. Могут пройти годы пока нарушится двигательная функция соответствующей конечности, в результате разрушения пирамидного пути (Оливекрона, Бейли, Тэриан, Кушинг, Дэнди). Это по Перельману "судорожно-паретический синдром с судорожной манифестацией". Однако, указанные эпилептические приступы иногда могут начинаться и с руки (Кушинг, Дэнди), вследствие косого положения центральной извилины, при этом верхнее ее колено как-бы выстоит вперед и опухоль при определенном положении будет, прежде всего, раздражать центр руки, понадобится определенное количество времени для роста опухоли, чтобы поразились и центры стопы. Это не имеет существенного практического значения, указывает Кушинг, так как другие диагностические возможности помогут правильному определению опухоли.

Только в 2 случаях Кушинга нельзя было определить характеристики приступов, в остальных 30 случаях они были типичными. Дальше Оливекрона указывает на возможность чувствительных расстройств в виде легкого повышения, главным образом, поверхностной чувствительности. Последнее выявляется, как правило, к тому моменту, когда имеется моно или гемипарез. Редко наблюдаемые афатические расстройства, при локализации слева, появляются в поздние стадии забо-

левания, что связывается Дэнди с размером опухоли. Эльсберг, наоборот, отмечает здесь значительную частоту моторной и сенсорной афазии при левосторонней локализации, даже, если опухоль небольших размеров. Это объясняется не давлением на соответствующие центры, а расстройством кровообращения в них. В 14 случаях опухоли двигательной зоны различной гистологической структуры, опубликованных Перельманом, отмеченные парезы всегда сопровождались пирамидными знаками. Наряду с двигательными расстройствами в виде моноплегии, с повреждением лицевого нерва, отмечались и чувствительные расстройства. Последние наблюдались также и Васкиным. Интересно отметить случай опухоли центральной извилины, описанный Холявкиным, который манифестировал болями в левой руке псевдокаузальгического характера. В 2-х случаях из 15 опухолей теменных долей, описанных Хованской, боль явилась начальным симптомом заболевания. Еще до этого Кроном были описаны опухоли коры головного мозга, где боль нарастала соответственно двигательным расстройствам.

На материале Оливекрона, Кушинга, Тэрриана, Перельмана, Васкина локальные симптомы не являются задолго до развития явлений повышенного внутричерепного давления. Крон, Христиансен и Дэнди говорят, что последние могут даже вовсе отсутствовать. Однако, Бэрэнд и Шиф (*Behrend, Schief*) описали секционный случай "немного", течения парасагиттальной менингиомы в сенсо-моторной области справа при наличии резко выраженных общемозговых явлений. Большинство указанных авторов к первому проявлению повышенного общемозгового давления относят нарастающую в своей частоте и интенсивности головную боль. Рвоты, застойные соски и другие более редкие здесь явления появляются значительно позже и соответствуют, в большинстве случаев, большим размерам опухоли.

Разбирая парасагиттальные менингиомы, локализованные на протяжении средней трети продольного синуса, Кушинг отмечает,

что на этом материале измерение асимметрии кожной температуры и кровяного давления на стороне повреждения раньше не производилось. Это положение, вероятно, нужно понимать, как ссылку на невозможность объективно оценить состояние вегетативных функций при опухолях соответствующего района поражения, так как раньше на это не обращали особого внимания. Сейчас уже имеются данные, подтверждающиеся и нашим материалом, что эта часть патологии имеет подчас определенное значение в клинике, так как "предшествуя иногда более грубым соматическим изменениям, висцеральная семиотика может способствовать топической диагностике". (А.М. Гринштейн). Экспериментально установлено, что на кожно-висцеральную семиотику максимальное влияние оказывает двигательная зона коры, особенно шестое поле Бродмана. Поэтому положение Слонимской и Савенко, говорящее о невозможности диагностического суждения по вегетативным симптомам, так как они только очень приблизительно указывают на топiku, касается лишь "общих" вегетативных явлений, т.е. явлений, обнаруживаемых при различных опухолях головного мозга со стороны дыхания, сердечно-сосудистой системы и проч. Это тем более верно, ибо "висцеральные функции коры, точно также, как и соматические локализованы" (Гринштейн).

Последнее убедительно демонстрируется данными Сувид, которая на материале Джексоновской эпилепсии показала, что раздражение коры моторной зоны определяет часто и расстройство потоотделения. Кора также оказывает влияние на гидрофильность и трофику тканей. Однако, эти изменения, как говорит проф. Гринштейн, не стойкие, ибо вегетативные корковые центры филогенетически более молодые и легко компенсируются гипоталамическими аппаратами. Атрофические явления мышечной системы конечностей, оставшиеся и после удаления опухоли, разбираемой локализации, указывают не только на наличие корковых висцеральных центров, но и на их топiku. Пита (Pitha)

разобрал 4 собственных и 15 собранных в литературе случаев мышечных атрофий оставшихся после удаления опухолей теменной доли. Автор приходит к заключению, что резкое похудание в руке, особенно, в дистальных мышцах, определяется давлением на соответствующий центр руки или *zona radiata*

Близким к этому вопросу следует считать расстройство мочеиспускания при парасагиттальных менингиомах. Корнянский из 18 случаев указанных опухолей 7 раз видел расстройство мочеиспускания. Материал автора подтверждает мнение Клейста (*Kleist*), локализирующего центр мочевого пузыря в парацентральной дольке, и мнение Пфайфера (*Pfeifer*), локализирующего этот центр между центрами руки и ноги, однако, он не подтверждает их мнения о расстройствах мочеиспускания только при двусторонних повреждениях, так как наблюдал эти расстройства и при односторонних опухолях.

Наш материал, касающийся менингиом, локализирующихся на протяжении средней трети продольного синуса, состоит из 11 случаев, причем два из них являются как-бы смешанными (см. № 18 и 19), так как опухоль распространялась и на территорию задней трети. Об особенностях этих случаев мы укажем при описании истории болезни.

Случай № 10: Д-ев (№ 2492), 21 года. Поступил в клинику 8.УШ-33 г. с жалобами на слабость в правых конечностях и по временам судороги в них.

Впервые заболел в декабре 1930 г., когда одновременно появилась слабость в правой руке и ноге; правая рука уставала от обычной работы (письмо), стал спотыкаться при ходьбе. В начале 1931 года появились судороги в правых конечностях, перешедшие затем на правую половину лица. Приступ сопровождался потерей сознания и прикусом языка. В последующем судороги появлялись приблизительно 1 раз в месяц, ограничивались только правыми конечностями и не сопровождалась потерей сознания. За два месяца до поступления

в клинику судорожные припадки участились - 1-2 раза в неделю и значительно выросла слабость в конечностях.

Неврологический статус:

II, III, IV, V1 - острота зрения нормальная. Анизокория - левый зрачок шире правого. Правая глазная щель несколько уже левой, легкое западение правого глазного яблока. Реакции зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию сохранены. Слабость конвергенции слева.

У - двигательная и чувствительные порции без изменений.

УП - слабость правого лицевого нерва по центральному типу.

УШ-ХП - изменений не отмечается.

Двигательная сфера: легкое похудание мышц правой кисти. Активные и пассивные движения совершаются в полном объеме. Мышечный тонус в правых конечностях несколько повышен по эластическому типу. Сила мышц в левых конечностях сохранена, - в правых ослаблена во всех группах и равна 3.

Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей справа более живые, чем слева. Брюшные рефлексы слева живее, чем справа. Патологических рефлексов нет.

Чувствительная сфера: все виды поверхностной и глубокая чувствительность не нарушены. Координация движений, речь, психика в пределах норм.

Офтальмологически: (31.УШ). У = 1,0 с обеих сторон. Поле зрения не ограничено. Соски зрительных нервов имеют вид близкий к застойным.

Ломбальная пункция: (13.УШ). Взято 20,0 светлой, прозрачной жидкости. Жидкость шла под повышенным давлением. Белка 0,21%. Белые тельца - 2-3 экз. в 1 куб.м/м. Реакции Нонне-Апельта, Панди и Вейкбротта - отрицательные.

Реакция Вассермана в крови и спинно-мозговой жидкости - отрицательная.

Рентгенологически: 29.УШ) - деструкция турецкого седла, а также ко-

стной ткани кпереди от седла в области передней черепной ямки. Резко выявлены признаки повышенного интракраниального давления, особенно, в лобно-теменном отделе.

В клинике наблюдались клонико-тонические судороги, начинающиеся с правой руки и мускулатуры шеи. Указанные судороги протекали при ясном сознании, после них наступал кратковременный парез руки; частота судорог заметно нарастала.

Операция: (I.X). (проф. Гейманович, З.И.). Под местной анестезией произведен овальный разрез в теменно-височной области слева, доходящий до средней линии и захватывающий костный выступ, примыкающий к средней линии. Тотчас по обнажении выступа определяется его губчатая и очень кровоточащая поверхность. Костно-пластический лоскут, с временным оставлением на месте упомянутого, измененного участка кости. Обшита средняя оболочечная артерия. Разрез твердой мозговой оболочки произведен отступя на 1-1½ см. от костного выступа, после чего тотчас выступают опухолевые массы темно-багрового цвета, плотно связанные с самой твердой мозговой оболочкой. При более широком рассечении твердой мозговой оболочки оказывается, что переход опухоли в мозговое вещество, хотя и замечается отчетливо, однако, между опухолевыми массами и мозгом определяется зона светло-желтого цвета, создающая интимную связь опухоли с мозгом и не дающая отчетливых границ, по которым возможно было-бы расслоение. Консистенция опухоли мягкая. Опухоль выделяется неполностью, тупым путем при значительном кровотечении из ее ложа. Основная масса опухоли лежит по медиальной поверхности полушария, вдаваясь в нее в лобно-теменном отделе и менее продолжается кзади. Вправо по выделении опухолевых масс видна медиальная (неизменная) поверхность правого полушария. Со стороны оболочек опухоль имеет широкую, интимную фиксацию. Иссечен, оставленный в начале операции, участок измененной кости. Оболочка на месте, соответствующем наибольшей связи с опухолью и кровоточа-

шая здесь, прижжена карболовой кислотой. Сама по себе опухоль, представлялась в более поверхностных частях в виде мягкой расползающейся массы, в глубине - в виде компактного яйцевидного тела, как бы имеющего свою оболочку и резко отличающегося по своим свойствам во всей зоне поражения. Эта опухоль довольно плотная, легко удалена целиком в то время, как первая могла быть удалена только кускованием. Цвет ее значительно светлей остальной опухоли. Оболочка не густо закрыта швами. Костный лоскут поставлен на место. Остается костный дефект размером до 5 см. в поперечнике. Двуслойный шов мягких тканей. К концу операции перелито до 400,0 цитратной крови.

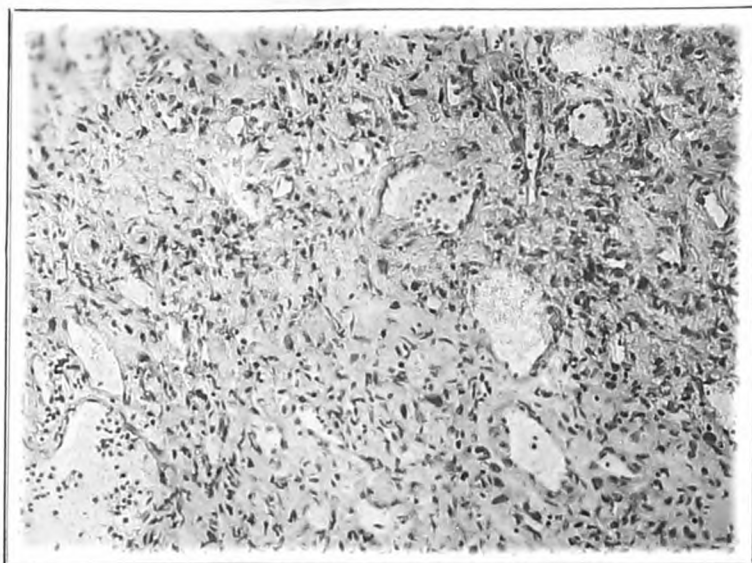
Микроскопическое исследование: Опухолевая ткань богата сосудами различной величины. Часто встречаются сосуды с кавернозно расширенными просветами. Опухолевые клетки пузырьковидные с хорошо выраженным ядрышком. Отмечается интенсивное развитие фиброзной ткани.

Диагноз: Ангиретикулома. (см. микрофото № 9)

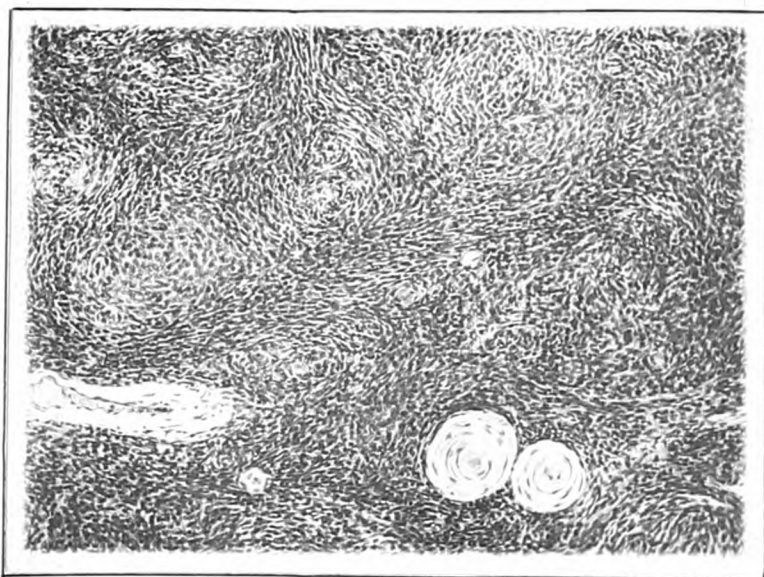
Больной повторно поступил в неврохирургическую клинику 8.УП-40 г., т.е. через 7 лет с жалобами на приступы подергиваний в правых конечностях, которые бывают 1 раз в 3-4 недели, снижение памяти. Указанные судороги появились у больного года через 2 после операции и не прогрессируют. Больной выполнял обычную для него педагогическую работу. В повторной операции не нуждался.

Резюме: В этом случае мы хотим отметить, что несмотря на давность заболевания, более чем в 2,5 года, общемозговые явления не были выражены, субъективно никаких жалоб, зрение не изменено, зрительные соски только в начале своего развития и только рентгенологически было определено повышение интракраниального давления, особенно четко в месте локализации опухоли.

Случай № 11: О-к (№726), 42 лет. Поступил в неврохирургическую клинику 4.1-34 г. с жалобами на головную боль, слабость левой руки и ноги, судороги в левой половине тела.



9. Микрофото опухоли случ. №10. Б-ной Д-ев
Ангиоретикулома



10. Микрофото опухоли случ. №13 Б-ной Б-ка
Псамматозная менингеоэндоthелиома

Считает себя больным с сентября 1933 г., когда получил ушиб вагоночкой. После ушиба был без сознания в течение 1 часа. Через 2 недели после травмы появились резкие боли в большом пальце левой стопы стреляющего характера, что затем перешло на всю ногу. Указанные боли появлялись приступообразно. Вскоре развились судороги клонического характера в левой ноге, также начавшиеся с большого пальца. Указанные судороги появлялись довольно часто, постепенно распространившись на левую руку и соответствующую половину лица. В последнее время судороги стали реже, но иногда они генерализовались - заканчивались потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией. В начале заболевания появилась слабость левой ноги, которая постепенно нарастала, начиная с пальцев, менее была выражена слабость в левой руке. В последнее время появились головные боли, дважды были рвоты.

Неврологический статус:

I - суб"ективно - без изменений.

II, III, IV, VI - выраженная экзофтальмия, может быть справа больше, чем слева. Реакции зрачков I и II живые (равномерные). Недостаточная конвергенция, небольшое ограничение движений глазных яблок кнаружи, обоих глаз равномерно.

V - двигательная и чувствительные порции не нарушены.

VII - Парез нижней ветви левого лицевого нерва; можно отметить легкую складчатость лобных складок слева.

VIII - при грубом исследовании отмечается снижение слуха, больше слева.

IX-X - без отклонений от нормы.

XI, XII - движения головы свободны, язык по средней линии.

Отмечается ограничение активных и пассивных движений в левом плечевом суставе. Пассивные движения болезненны. Мышечная сила значительно снижена в разгибателях левой руки, особенно в пальцах. Гипертония флексорного типа. Ограничение активных движений в левом тазобедренном и голеностопном суставах. Пассивные движения

совершаются в полном объеме. Движения пальцев и левой стопы почти невозможны. Мышечная сила снижена в сгибателях. Гипертония в разгибательной группе. Отмечается повышение периостальных и сухожильных рефлексов слева больше, чем справа. Клонус стопы слева, иногда клонус коленной чашечки. Намек на с.Бабинского. Иногда нерезко выраженный хватательный рефлекс в левой руке. Чувствительность не нарушена. Менинго-радикулярные реакции выражены вдоль позвоночника. Сфинктеры не нарушены. Левая половина тела холоднее правой и иногда цианотична. Больной ходит с трудом - спастически-паретическая походка. В клинике отмечались приступы судорог с повышением температуры, как это было и в начале заболевания.

Офтальмологически: (11.1-34г.) у правого глаза = 1,0, левого = 0,2. Поле зрения и взора не ограничено. Зрачковые реакции живые. Застой в левом глазу.

Лумбальная пункция - жидкость бесцветная, прозрачная, белка - 1,46%, реакции Понне-Аппельта - положительная, Панди и Вейхбротта - опалесценция. Клеточных элементов 7 экз в 1 куб.м/м.

Реакция Вассермана в крови и спинно-мозговой жидкости - отрицательная.

2.11-34г. Операция. (проф.Гейманович З.И.): Под местной анестезией произведен костно-пластический лоскут в правой теменно-височной области, вершиной достигающий до средней линии. Костный край несколько от нее отступает. Твердая мозговая оболочка резко напряжена, мозг не пульсирует. Вблизи средней линии масса крупных венозных сосудов в твердой мозговой оболочке. По вскрытии твердой мозговой оболочки отмечается, что оболочка эта плотно связана с подлежащей тканью.

При более широком вскрытии твердой мозговой оболочки обнаруживается опухоль у средней линии, отчетливо контурованная по отношению к веществу мозга и располагающаяся по медиальной поверхности полушария своей главной массой, часть опухоли выстоит

по своду мозга. Обшиты в нескольких местах сосуда, переходящие с мягкой мозговой оболочки на опухоль, после чего внешний отдел опухоли легко выделяется, давая, однако, очень значительное кровотечение. В глубине опухоль выделена пальцем, ее ножка обращена к продольному синусу, здесь опухоль отсечена, вырезан участок твердой мозговой оболочки. Кровотечение останавливалось длительной тампонадой. Также значительное кровотечение из ложа опухоли. К концу операции больной в тяжелом состоянии, с очень слабым и частым пульсом. (Через 1 час после операции состояние больного значительно улучшилось).

Кость в районе опухоли обнаруживает диффузное утолщение, не дающее выстояния и изменения в цвете по поверхности, этот участок иссечен дополнительно. Опухоль имеет овальную форму, темно-багрового цвета, эластической консистенции, размером 6х5х3 см. Вес 30,0 гр.

Через неделю после операции можно было отметить нарастание движений в левых конечностях.

Гистологически: Псаммоматозная арахноидэндотелиома.

Случай № 12. П-ко. (№ 3625). 39 лет. Поступила в нейрохирургическую клинику 15.IX-37 г. с жалобами на головные боли, слабость в левых конечностях и судороги в них. Считает себя больной с 18.VI-37г., когда неожиданно появились судороги клонического характера, начавшиеся с большого пальца левой ноги и постепенно распространившиеся на ногу и руку. Такое состояние длилось $1\frac{1}{2}$ -2 минуты. На следующий день было 6-7 аналогичных приступов. В последующие дни почти ежедневные судороги по 8 раз в сутки.

Больная указывает, что в 1934 г. при беременности в 6 мес. были аналогичные судороги, прекратившиеся после аборта.

Левосторонний гемипарез после судорог кратковременно переходил в полный паралич. 4.VII-37 г. произведен аборт по поводу

3¹/₂-месячной беременности, после чего судороги прекратились, однако, гемипарез остался в той-же степени. Головные боли стали интенсивнее, появились рвоты, не связанные с приемом пищи.

Неврологический статус:

II, III, IV, VI - глазные щели равномерно расширены. Зрачковые реакции на свет I и II, на конвергенцию и аккомодацию, живые. При подъеме глазных яблок вверх отмечается уклонение правого глаза внутрь.

V - двигательная и чувствительная порции не нарушены.

VI - некоторая сглаженность левой носогубной складки, при оскале зубов левый угол рта слегка отстает.

VIII, IX, X, XI, XII - не изменены.

Левая верхняя конечность отекает, цианотична, движения затруднены во всех суставах. Сухожильные рефлексы повышены.

Больная не может стоять из-за слабости левой ноги. Левая стопа в положении свисания. Повышение коленного рефлекса слева. Клонус левой стопы. Симптом Бабинского не отчетлив и непостоянно вызывается. Брюшные рефлексы слева отсутствуют.

Офтальмологически: (17. IX). У = 0,8 в обоих глазах. Поле зрения и взора не ограничено. Зрачковые реакции живые. На дне - резко выраженные застойные соски одинаковой степени выстояния.

Лимбальная пункция - (19. IX). Жидкость бесцветная, прозрачная. Белка I, 59%, реакция Нонне-Аппельта - положительная, реакция Вейхбротта - отрицательная. Белковый коэффициент 0,5. Белых телец 2 экз.

Реакция Вассермана - отрицательная.

19. IX. Операция. (проф. Павловский, Я.М.). Под местной анестезией произведен костно-пластический лоскут размером 12x10 см. с основанием к скуловой дуге, в правой лобно-теменной области.

По вскрытии черепа мозг напряжен, не пульсирует. Со-

зуды оболочек резко расширены. Поясничным проколом выделилось кубиков 20 жидкости, однако, напряжение мозга в операционной ране почти не уменьшилось. Вскрывается твердая мозговая оболочка. В области парacentральной долики обнаруживается плотная опухоль, которая резко отграничена от мозга и плотно припаяна на широкой ножке к мозговому серпу. После перевязки сосудов изади от опухоли, последняя при помощи держалок, наложенных на опухоль отделяется от мозга. От мозгового серпа после перевязки ножки, опухоль острым путем удаляется. Ложе временно тампонируется марлей смоченной перекисью водорода. Кровотечение умеренное. Мозговое вещество пролабирует в рану, твердая мозговая оболочка не зашивается, кость из доскута удалена. Двуслойный шов. Перелито около 300,0 крови группы "0".

После операции неврологический статус без изменений. Явления повышенного внутричерепного давления суб"ективно не выражены.

Больная выписана из клиники 1.XII-37г., т.е. почти через 3½ месяца в удовлетворительном состоянии.

Резюме: Данные случаи являются совершенно типичными для парасагиттальных менингиом на протяжении средней трети продольного синуса. В случае № 12 интересно отметить появление судорог в связи с беременностью и исчезновение их после аборта.

Случай № 13: Б-ко (№ 750), 27 лет. Поступил в клинику в третий раз 8.IX-37г. с жалобами на слабость в правой ноге, судороги в ней, снижение зрения. Летом 1935 г. упал с высоты на ноги, в течении 20 минут был в коматозном состоянии.

В июле 1935 г. окружающие заметили изменение походки - стал тянуть правую ногу, одновременно появились кратковременные приступы потери речи - больной в течении 1-2 минут не мог назвать окружающих предметов. Постепенно нарастала слабость в правой ноге, начиная со стопы.

В сентябре развилась слабость правой руки, которая прошла через несколько часов. В сентябре-ноябре появились приступы подергивания в правых конечностях, которые всегда начинались с пальцев ноги, а затем распространялись выше, сознание не теряло.

Такие приступы появлялись, примерно, 1 раз в месяц.

Также, примерно, 1 раз в месяц, по ночам, больной вдруг проснувшись не мог двигать правыми конечностями; через 10 минут эти явления проходили. Было затруднение при мочеиспускании и опущение правого угла рта. Вскоре, почти все явления прошли и больной чувствовал себя хорошо.

В январе 1936 г. снова появились подергивания в пальцах правой стопы, которые дальше не распространялись и кратковременные параличи правых конечностей.

После специфического лечения наступило улучшение.

В июле 1936 г. стала нарастать слабость, главным образом, в правой ноге, был один приступ кратковременного паралича. В сентябре один приступ подергиваний в пальцах правой стопы. С 27.X - 25.XI-36 г. находился в неврологической клинике, где опухоль не была диагностирована. Больного лечили по поводу сифилиса.

После выписки больной чувствовал себя хорошо, однако, через 3 месяца появились судороги только в правой ноге, по поводу чего 20.II-37г. снова поступил в клинику. Статус тот-же. Спинно-мозговая жидкость и глазное дно в норме.

1.XII-37 г. выписался по собственному желанию.

После выписки из клиники нарастала слабость в правой ноге. За 2 недели до настоящего поступления в клинику, больной заметил снижение зрения в правом глазу, было 3 приступа судорог в правой ноге при ясном сознании.

Неврологический статус:

При объективном исследовании черепно-мозговых нервов, кроме правостороннего пареза лицевого нерва по центральному типу,

ничего патологического не обнаружено.

Постоянный шум в ушах.

Активные и пассивные движения в правой руке совершаются в полном объеме, сила мышц слегка снижена, небольшая мышечная атрофия.

Походка паретическая, правая стопа свисает, полная неподвижность стопы и пальцев правой ноги, мышечная сила значительно снижена.

Небольшое повышение мышечного тонуса и дрожание правых конечностей.

Рефлексы периостальные и с трехглавой мышцы средней живости, справа выше, чем слева.

Брюшные рефлексы слева выше, чем справа. Коленные и ахилловы рефлексы живые справа выше, чем слева. Симптом Бабинского справа. Непостоянное и нечеткое снижение болевой чувствительности в области правого плеча и предплечья. Изредка парестезия в левых конечностях. Со стороны психической сферы отмечается некоторая эйфоричность. Повышенное потение справа.

Офтальмологически: (9.IX). У = 0,9 с обеих сторон. На дне - застойные соски в начальной стадии, отчетливее слева.

Лимбальная пункция: (1.IX-37г.) Бесцветная, прозрачная жидкость идет струей. Белка 0,21%, реакции Нонне-Аппельта и Вейхброта - отрицательные. Белковый коэффициент = 0,24. Клеточных элементов 1 в 1 куб. м/м.

На рентгенограмме череда - увеличение размеров турецкого седла. Несколько усиленный рисунок сосудистых борозд.

13.IX-37г. Операция. (проф. Гейманович, З.И.). Под местной анестезией произведен большой костно-пластический лоскут в лобно-теменной области, вплотную подходящий к средней линии.

Чрезвычайно обильное кровотечение из кости, как в

области средней линии, так и в других областях. Средняя оболочечная артерия развита значительно. По обнажении твердой мозговой оболочки пульсации мозга не видно. Через твердую оболочку просвечивает плотный узел. Произведен поясничный прокол; вскрыта твердая мозговая оболочка. Прилежит обширная опухоль, большей своей массой находящаяся в лобном отделе, заходя и на центральную извилину. Задний полюс значительно заходит за проекцию Роландовой борозды. Границы опухоли явно намечены, но поверхность связана сосудами с оболочками мозга.

После их обшивания и перевязки возможно обследовать глубокие отделы опухоли всюду отграниченные от мозгового вещества и имеющие участок фиксации у сагиттального синуса слева.

В поперечном направлении опухоль частично заходит на противоположную сторону, отдавливая мозговой серп и раздвигая полушария.

Снятая от средней линии видимая поверхность опухоли влево имеет поперечник до 6 см., а вниз опухоль распространяется до 7-8 см. Опухоль выделилась целиком после перевязки ряда сосудов, связывавших ее с оболочками мозга в глубине.

Однако, из ложа кровотоечение обильное. Участок твердой мозговой оболочки соответственно исходному пункту опухоли выскоблен ложкой, прижат карболовой кислотой. Он непосредственно прилежит к продольному синусу и находится соответственно проекции Роландовой борозды.

Больной впал в тяжелое состояние при выведении глубоких отделов опухоли, размер которой в свежем виде, примерно, с кулак. Твердая мозговая оболочка зашита, костный лоскут укреплен.

Больной, не выходя из состояния глубокого шока, скончался через $1\frac{1}{2}$ часа после операции.

Протокол вскрытия полости черепа № 144/1462 от 13.IX-37 г.

В теменной области слева имеется трепанационное отверстие, прикрытое костным лоскутом. На твердой мозговой оболочке имеется Т-образный шов. После снятия твердой мозговой оболочки, в париетальной области, в ее верхней части, имеется глубокое вдавление, повидимому, от бывшей здесь опухоли. Мозговая ткань операционной раны размягчена в верхних отделах, отечна в нижних и имбибирована экстравазатами.

Все левое полушарие дрябло, отечно. Мягкая мозговая оболочка левого полушария имеет шаложение слоя геморрагических масс в затылочном отделе.

В лобном полюсе разлитие суб"арахноидальные кровоизлияния, небольшое суб"арахноидальное кровоизлияние имеется и справа.

Микроскопическое исследование:

Опухоль типичной архитектоники, состоящая из островков, концентрически наслаивающихся опухолевых клеток с более светлыми и овальными ядрами.

Островки отделены друг от друга тяжами опухолевых элементов с более вытянутыми ядрами. Сосудов немного. Опухолевая ткань богатоклеточная с плотным клеточным расположением.

Гистологически: Псаммоматозная арахноидэндотелима (см. микрофото № 10)

Резюме: Как видно, данный случай характеризуется частыми ремиссиями в течение болезни на протяжении более двух лет. Проводимое специфическое лечение, в этом, очевидно, сыграло не последнюю роль. И в литературе есть указания, что оно может обуславливать ремиссии при опухолях головного мозга. Улучшение после курса специфического лечения мы видели и в случае № 16. Так или иначе, временно наступившее улучшение после проведенной терапии, направило по ложному пути

врачей и успокаивало больного; опухоль постепенно росла и достигла огромных размеров, что в большой мере определило смертельный исход операции.

Случай № 14: П-ев (3103), 48 лет. Поступил в нейрохирургическую клинику 21.VIII-38г. с жалобами на клонические судороги в правой руке. Слабость и ограничение движений в правых конечностях, головные боли.

Считает себя больным с начала 1938 г., когда вскоре после перенесенного гриппа, появились подергивания в правой руке, которые ^длились весь день. Через месяц снова появились подергивания в правой руке и правой половине лица, постепенно нарастая по частоте и интенсивности. Вскоре больной отметил ограничение подвижности в правых конечностях. Частота приступов различна, перед поступлением в клинику они были особенно часто. Сознания во время приступов не терял. Головные боли не резкие.

Неврологический статус:

I - гипосмия с обеих сторон (после перенесенного брюшного тифа в 1930 г.).

II, III, IV, VI - экзофтальмия слева больше, чем справа. Неравномерность глазных щелей слева шире, чем справа. Легкое ограничение движения левого глазного яблока кнаружи. Реакции зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию живые. Поле зрения и взора не ограничены.

V - двигательная и чувствительная порции без изменений.

VII - При оскале зубов правый угол рта отстает.

VIII-XI - без изменений.

XII - язык едва отклонен вправо.

Активные движения ограничены в правых конечностях; в правом голеностопном суставе и пальцах стопы вовсе отсутствуют. Тонус мышц правых конечностей повышен, мышечная сила значительно снижена справа. Сухожильные рефлексы живые справа выше, чем слева.

Брюшные рефлексы справа отсутствуют, кремастерные и подошвенные рефлексы вызываются. Патологических рефлексов нет.

Отмечается снижение всех видов поверхностной чувствительности на руке, туловище и ноге справа. Координация движений в норме. Затруднение словообразования.

Офтальмоскопически: (20.VIII). $У = 1,0$ с обеих сторон. Поле зрения и взора не ограничено. На дне - не-резко выраженные застойные соски, в левом глазу с кровоизлияниями.

Лимбальная пункция: Белка 0,72%, реакции Папди и Нонне-Аппельта положительные. Белых телец 3 экз. в 1 куб.м/м.

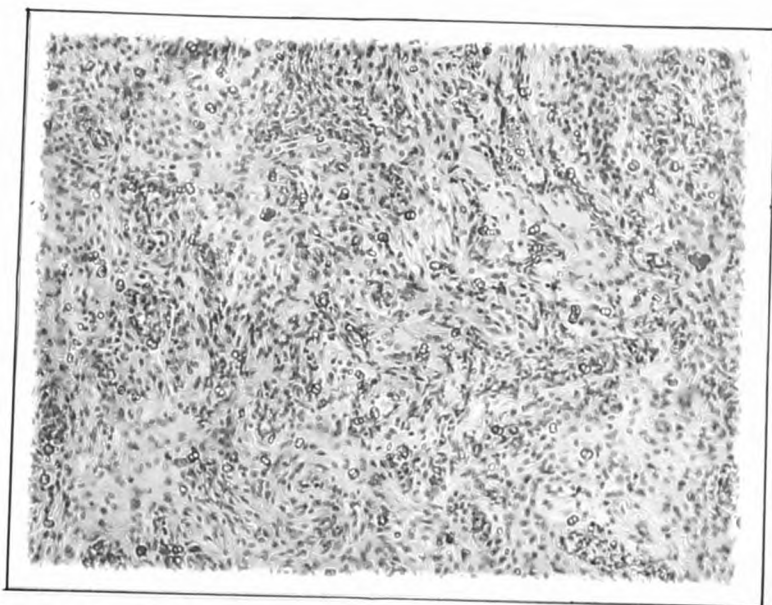
25.VIII на рентгенограммах черепа отмечается усиление рисунка сосудов костей черепа, больше в задне-теменном отделе.

7.IX-38г. Операция. (проф. Германович З.И.). В положении на правом боку, под местной анестезией, очерчен костно-пластический лоскут соответственно области левой центральной извилины, своей большей частью отстоящий кпереди от Роляндовой борозды.

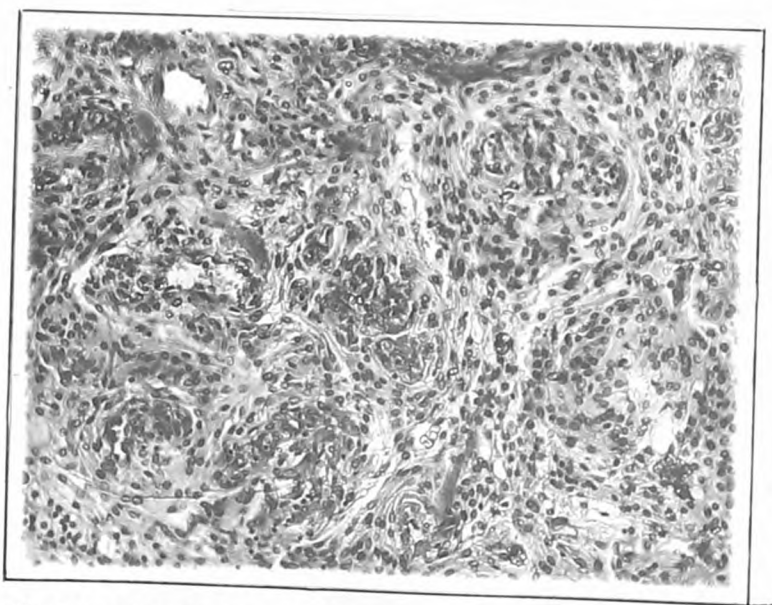
От средней линии лоскут отстоит на $2\frac{1}{2}$ пальца. В высшей степени обильное кровотечение возникло тотчас после наложения фрезой отверстия в височной области. Кровотечение остановлено временной тампонадой с большим трудом.

После откидывания костного лоскута видны крупные сосуды твердой мозговой оболочки и кроме того, в дорсальном отделе открытой территории, в ближайших отделах к средней линии на твердой мозговой оболочке обильное точечное кровотечение, что позволяет предположить о наличии опухоли в этом участке, т.е. тотчас кпереди от центра ноги.

Твердая мозговая оболочка вскрыта в указанном отделе, обнаружена опухоль, расположенная парасагиттально, исходящая из оболочки, величиной с куриное яйцо. В отношении мозгового вещества довольно четко отграничена, но сосудами связана с ним.



11. Микрофото опухоли случ. № 4 Б-ной П-ев
Арахноидангиоэндоцелиома альвеолярного строения
(малое увеличение)



12. Микрофото опухоли случ. № 4 Б-ной П-ев.
То же при большом увеличении

Для открытия всей территории опухоли произведено добавочное иссечение кости спереди и изнутри (без добавочных кожных разрезов).

Лигировано несколько сосудов, связывающих опухоль с ее ложем и тем не менее кровотечение здесь значительное.

Опухоль удалена полностью без иссечения твердой мозговой оболочки, вследствие залегания в последней крупных сосудов.

Твердая мозговая оболочка на ограниченном пространстве оставлена не зашитой, а на остальном наложены узловатые швы. Костный лоскут уложен на место (вышеуказанное кровотечение происходило из крупного костного сосуда).

Послойный шов мягких тканей.

Состояние больного тяжелое. Перелито 200,0 цитратной крови группы "0". Вес опухоли 24 грамма. (см. фото № 13)

Гистологически: Арахноиданодотелиома альвелярного и инсулярного строения. (см. микрофото № 11 и 12)

Больной выписан 5.Х-38 г. в хорошем состоянии, самостоятельно ходит, мышечная сила удовлетворительная, легкий парез лицевого нерва справа по центральному типу. У = 1,0, сосуды и соски нормальные.

При повторном исследовании 3.1Х-40г., т.е. через 2 года после операции в неврологическом статусе, кроме легких пирамидных знаков справа, ^{ничего} не обнаружено. Больной занят на ответственной хозяйственной работе.

Случай № 15:К-ный (№ 2804), 41 года. Поступил в нейрохирургическую клинику 1.У1-39г. с жалобами на слабость в правых конечностях, головные боли, легкое затруднение речи и почти полное отсутствие зрения.

Считает себя больным около 7 месяцев, когда впервые стал спотыкаться и отметил отсутствие движений в пальцах правой ноги. Одновременно появилось ощущение холода в той-же ноге от паль-

цев до колена. Месяца через 2 внезапно обнаружил слабость в правой руке, а еще через 2 месяца появились головные боли и стало падать зрение, при чем усиление головных болей сопровождалось ухудшением зрения. Вслед за этим больной прошел курс лечения блохинолом, после чего прошло ощущение холода, однако, зрение становилось все хуже. Одновременно с головными болями появился шум и звон в обоих ушах, снижение слуха. (В 1930 г. больной был завален в шахте, получил большую травму в области поясницы).

Неврологический статус:

I - запахи различает хорошо.

II, III, IV, V, VI - движение глазных яблок совершаются в полном объеме. Поле зрения ограничено в правом глазу и резко ограничено в левом. Реакции зрачков на свет I и II вялые. При конвергенции левый глаз отклоняется в сторону. Реакция на аккомодацию отсутствует. Легкий птоз левого века.

V - Гипералгезия на правой половине лица.

VI - При оскале зубов левый угол рта отстает.

VII - Субъективно плохо слышит, шум в ушах, больше справа. Вебер латерализуется влево, Ринн справа отрицательный, Швабах укорочен.

VIII - Мягкое небо слабо подвижно, носовой оттенок голоса. Иногда "заикается" и поперхивается. Глоточный рефлекс отсутствует.

IX - Голова слегка уклонена вправо, правое плечо ниже левого и не поднимается.

X - Язык по средней линии

Трофика и тонус мышц не изменены.

Активные движения резко ограничены в правом плечевом суставе и меньше в локтевом и лучезапястном. Пассивные движения возможны в полном объеме. Значительное ослабление мышечной силы. Активные движения в правом тазобедренном и коленном суставах совершаются в полном объеме, в стопе и пальцах невозможны. Пассивные движения совершаются в полном объеме, за исключением голеностопного

сустава. Мышечная сила снижена.

Правая рука приведена к туловищу, согнута в локтевом суставе и пронирована, большой и указательный пальцы вытянуты, остальные согнуты. Нога вытянута и слегка отведена наружу.

Сухожильные рефлексы живые справа выше, чем слева с расширенной рефлексогенной зоной.

Бришные рефлексы справа вялые и быстро истощаются, слева живые. Намечается с.Бабинского справа. Клонус стопы справа. Речь замедленная. Легкое повышение поверхностной чувствительности по гемитипу справа и снижение мышечно-суставного чувства в пальцах правых конечностей.

24.У1. У - счет пальцев с обеих сторон. Неврит зрительных нервов с застойными явлениями в обоих глазах. 10.УП. Застойные сосисы выражены резко.

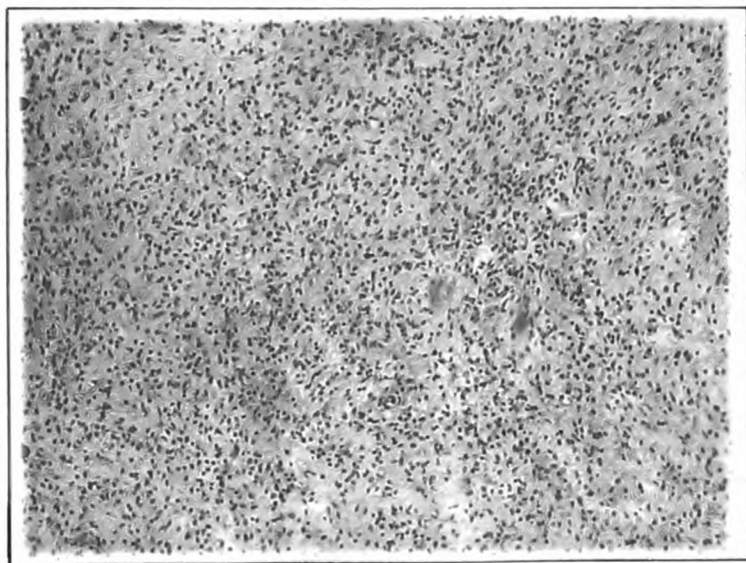
Цистернализная дункция: 15.У. Жидкость бесцветная, прозрачная, шла частой каплей. Белка 0,29%, реакция Понне-Аппельта - опалесценция, реакция Вейхсброта - отрицательная. Белых телец 1 экв. в 1 куб.ц/м. Реакция Вассермана в крови и спинно-мозговой жидкости - отрицательная.

8.УП. Рентгенограмма черепа: участок неравномерного гиперостоза левой теменной кости размером около 5х6 см. вблизи средней линии. Этому месту соответствует выпячивание на черепе. Турецкое седло в норме.

15.УП. Операция (проф.Павлонский, Я.М.). Местная анестезия. Положение больного на правом боку. Произведен овальный костный лоскут 10х12 см. с основанием к уху. По откидывании лоскута у средней линии обнаружен костный шероховатый выступ, живо кровоточащий. Отступая на 2 см. от указанного выступа сделано трепанационное отверстие. В момент просверливания кости бор погрузился в глубину - в мозговое вещество (как выяснилось - кость в этом месте очень рыхлая). Из отверстия открылось значительное кровотечение, которое останавливает-



13. Фото случ. №14. Б-ной П-ев
Макроскопический вид арахноидэндотелиомы
альвеолярного строения



14. Микрофото опухоли случ. №15. Б-ной К-ный
Фибриная арахноидэндотелиома

ся временной тампонадой. Сделано трепанационное отверстие размером 6х7 см. (Кость рыхлая, мягкая соответственно выпуклости, в других отделах она обычной плотности).

Отверстие, сделанное фрезой в твердой мозговой оболочке удлиняется и обнаруживается опухоль величиною с гусиное яйцо, расположенное парасаргитально. Отчасти шпатель, и частично, пальцем опухоль удаляется. Ножна спаянная с мозговым серпом перевязывается и отсекается.

Кровотечение из ложа опухоли останавливается временной тампонадой. Твердая мозговая оболочка не зашита. Лоскут укреплен двухрядным швом.

Состояние больного тяжелое, на столе были судороги в правой ноге. Трансфузия 200,0 одноименной, цитратной крови, к концу которой больной стал отвечать на вопросы.

Вес опухоли 104 грамма. (см. фото № 15)

Больной выписан через месяц после операции - 15.VIII-1939 г. в удовлетворительном состоянии, паретические явления значительно уменьшились, острота зрения без изменений.

Гистологически: фиброзная арахноидендотелиома. (см. микрофото № 14)

Резюме: В этом случае обращает внимание необычно быстрое падение остроты зрения до счета пальцев с обеих сторон, несмотря на сравнительно малый срок заболевания. Об'яснение этому следует искать или в особенностях гистологической структуры опухоли, или в длительном пребывании опухоли в лагентном состоянии. Последнее более вероятно.

Случай № 16: И-ик. (№ 2679), 25 лет. Поступила в нейрохирургическую клинику 28.II-39г. с жалобами на подергивания в левой руке и ноге различной интенсивности. Считает себя больной с апреля 1938 г., когда впервые стала ощущать тошноту и головокружение. Временами становилось дурно, что проходило спустя 3-5 минут.

Недели через 2 к этим явлениям присоединились подергивания в левой руке, которые наступали приступообразно 1-2 раза в

день, сознания при этом не теряла. Со временем приступы усилились, руку стало отбрасывать в сторону, больная теряла сознание, примерно, на 10 минут, после чего была слабость в обеих ногах. Приступы потери сознания чередовались с таковыми без потери сознания, когда все ограничивалось только поддегиванием в левой руке.

Через 6 месяцев появились поддегивания в левой ноге. Во время приступа рука сгибалась в плечевом и локтевом суставах, а нога в тазобедренном и коленном. Вслед за этими приступами больная почувствовала слабость в левых конечностях и расстройство походки.

Слабость постепенно прогрессировала вплоть до полного паралича: рука отвисала как плеть, ногу тянула при ходьбе. После курса биохиноля, проведенного в неврологической клинике, стала владеть конечностями, в них лишь осталась незначительная слабость.

Последний приступ был 4.VII, который начался с поддегиваний в левой ноге, а затем и руке. При этом больная отмечала, что под кожей туловища слева было ощущение "перекатывания шариков". Поддегивания постепенно перешли на нижнюю челюсть, рот был раскрыт и перекошен влево, глаза повернуты влево, сознание при этом едва сохранялось.

Неврологический статус:

I - без изменений.

II, III, IV, VI - жалобы на туман в глазах. Реакция зрачков на свет живая. Поле зрения не ограничено, взор ограничен влево.

Слабость конвергенции.

V-XII - без отклонений от нормы.

Активные и пассивные движения совершаются в полном объеме. Небольшое ослабление мышечной силы в левых конечностях. Четко выражен феномен противодержания - при попытке оттянуть левую ногу влево, встречается сопротивление.

Сухожильные рефлексy в верхних конечностях живые. Слева выше, чем справа. Рефлексy Лери и Мейера намечаются с обеих сторон. Сухожильные рефлексy с нижних конечностей резко повышены с расширенной рефлексогенной зоной, слева выше, чем справа. Отмечается клонoid коленной чашечки и стопы слева. Симптом Бабинского слева положительный. Ясно выраженный интенциональный тремор в левой руке. Имеется тенденция к хватательному рефлексу в левых конечностях. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена. Отмечается профузное потение левой руки и левой половины лица. Левая рука значительно холоднее правой.

Офтальмологически: $V = 1,0$ в обоих глазах. Реакции зрачков на свет живые. Поле зрения не ограничено. Застойные соски с обеих сторон. Цистернальная пункция: (19.УП). Жидкость бесцветная, прозрачная. Белка - 0,16%. Реакции Нонне-Аппельта и Вейхбротта - отрицательная, реакция Вассермана - отрицательная.

Лямбальная пункция: (13.УП). Жидкость при отстаивании прозрачная. Белок - 1,86%, реакция Нонне-Аппельта - положительная, реакция Вейхбротта - слабо положительная. Белковый коэффициент = 0,3. Белых телец - 14 экз. в 1 куб.м/м. Реакция Вассермана - отрицательная.

4.УП на рентгенограммах черепа патологических изменений не обнаружено.

13.УП. Операция (проф. Павлонский Я.М.). Поясничным проколом (сидя) выведено 25,0 прозрачной жидкости. Положение на левом боку. Под местной анестезией произведен костно-пластический лоскут в лобно-височном отделе. По откидывании лоскута перевязывается измененная средняя оболочечная артерия. По вскрытии твердой мозговой оболочки обнаруживается опухоль желтоватого цвета, расположенная у средней линии кпереди от передней центральной извилины и заходящая, по-видимому, на медиальную поверхность правого полушария.

После перевязки сосудов мягкой мозговой оболочки - кора и вещество мозга в наиболее измененном отделе рассекается на

глубине 2-2,5 см.

Из глубины, по раздвиганию шпателью, видна опухолевая ткань. Ложкой взято 2 куса указанной ткани.

В задне-верхнем отделе тонкими швами зашита твердая мозговая оболочка (швы на радиальные разрезы).

Кость фиксирована на место двумя проволочными швами.

Двуслойный шов. Трансфузия 200,0 одноименной крови.

Во время операции кровотечение умеренное. Вес опухоли 22 грамма.

Больная выписалась домой через 18 дней после операции I.УШ-39 в удовлетворительном состоянии.

Случай № 17. Б-ва. (№2796), 51 года. Поступила в нейрохирургическую клинику I3.УП-39г. с жалобами на приступы судорог в левых конечностях и падение зрения. Считает себя больной с 1937 года, когда впервые внезапно онемела левая нога, после этого развился паралич в левой руке, а затем и ноге, который вскоре прошел. Через месяц - первый приступ судорог, начавшийся с левой ноги, распространившийся затем и на левую руку. Приступ сопровождался прикусом языка, потерей сознания и непроизвольным мочеиспусканием. Припадки появлялись 2-3 раза в месяц, левая нога терпла, однако, сознания не теряла. Судороги всегда начинались с левой ноги. В 1937 году, больная заметила опухоль по средней линии головы, которая очень медленно увеличивалась. За пол-года до поступления в клинику появилось неясность зрения, которое через 3 месяца почти вовсе исчезло.

Неврологический статус:

I - запахи не различает.

II, III, IV, V - зрение отсутствует. Реакции зрачков на свет чрезвычайно вялые, слева неуловимые.

V - корнеальные рефлексы - вялые.

УП-ХП - без изменений.

Активные и пассивные движения совершаются в полном объеме, мышечная сила снижена слева. Сухожильные рефлексы на верхних и нижних конечностях вялые. Ахилловы рефлексы удовлетворительные, равномерные. Патологических рефлексов нет. Чувствительность не нарушена.

Офтальмологически: 19.УП. У справа - 0,01, слева - 0. Реакции зрачков справа сохранены, слева отсутствуют. Застойные соски в обоих глазах.

На рентгенограммах черепа (15.УП) - участок (2,5 - 3,5 см.) утолщения не гомогенного характера правой теменной кости вблизи средней линии сантиметра на 3 кзади от коронарного шва. В утолщенном отделе преобладают участки разряжения. Турецкое седло значительно увеличено, его контуры смазаны.

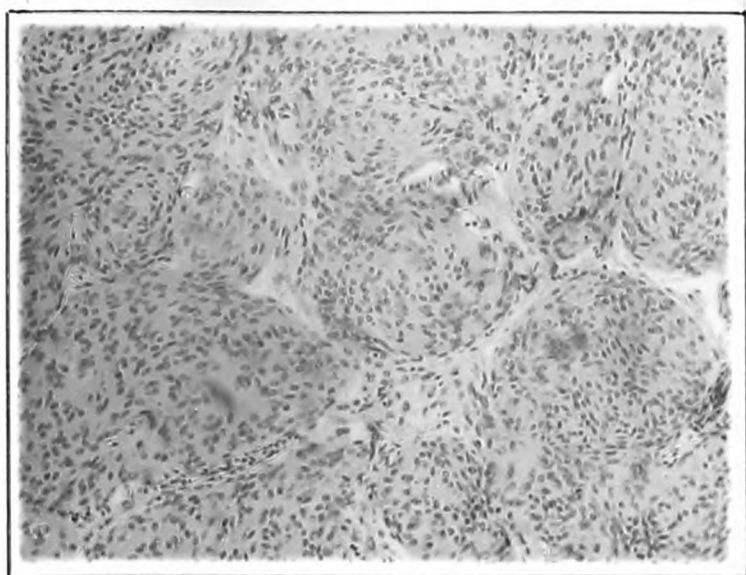
2.УШ. Операция (проф. Павлонский, Я.М.). Поясничным проколом (сидя) выведено 70,0 светлой прозрачной жидкости. Положение на левом боку. Местная анестезия, во время которой было 2 эпилептических припадков, начинавшихся с судорог в стопе правой ноги. После этого больная потеряла сознание и приступы судорог следовали один за другим вплоть до вскрытия твердой мозговой оболочки.

Произведен подкожнообразный разрез в правой лобно-теменной области. Кожный лоскут заходил до средней линии, окружая костный выступ, откинут к правому уху. Выступ находился по средней линии и состоял из рыхлой измененной кости, из его поверхности живое кровоотечение.

Брезой сделано одно отверстие, которое расширено до размеров 6x7 см. Костный дефект распространялся до продольного синуса к середине. До вскрытия твердой мозговой оболочки обнаружена опухоль соответственно костному выпячиванию. Кость удалена в пределах здоровой ткани. Твердая мозговая оболочка вскрыта, обнаружена опухоль, которая пальцем и частично шпателью отделяется от мозгового



15. Фото случ. №15. Б-ной К-ной
Макроскопический вид фиброзной арахнойдэндоглиомы



16. Микрофото опухоли случ. №17. Б-ная Б-ва
Арахнойдэндоглиома с концентрическим строением

вещества. При перевязке лигатурой опухоль полностью отходит от мозгового серпа.

Кровотечение из ложа опухоли остановлено тампонами сухими и с перекисью водорода. К концу операции резкое падение кровяного давления. Опухоль величиной с куриное яйцо. Твердая мозговая оболочка зашита частично. Однорядный шов мягких тканей. Переливание 400,0 крови. Вес опухоли 33 грамма (см. фото № 17).

На следующий день после операции отмечен паралич левой ноги, была один раз рвота. 4/УШ наступила смерть при явлениях падения сердечной деятельности.

Гистологически: Арахноидэндотелиома с концентрическим построением (см. микрофото № 16).

Резюме: Здесь считаем нужным отметить почти полную потерю зрения в течение 3-х месяцев с того момента, как больная впервые отметила изменение в остроте его. Вероятнее всего, что зрение стало падать еще до того, как это отметила больная, однако, постепенное и равномерное падение зрения было замечено лишь тогда, когда оно стало значительным.

Случай № 18. 3-ка. (№ 215/311), 29 лет.

Поступил в клинику 27.XI-34г. с жалобами на головную боль, иногда головокружение, слабость правой ноги.

Считает себя больным с 1929 г. После падения с трамвая был 3 дня в бессознательном состоянии, при этом было кровотечение из рта, носа и левого уха. В течении месяца были головокружения при резком вставании.

В 1933 г. больной отметил, что правая стопа холоднее левой и появилась слабость в пальцах этой ноги. Вскоре к этому присоединились судороги клонического характера в правой ноге, без потери сознания, длившиеся 3-5 минут. Через 3-4 месяца появилась слабость в правой руке. Летом усиливается головная боль и бывают

рвоты.

В последнее время отмечается ослабление зрения в левом глазу: кверху видит хорошо, а книзу все видит как-бы в тумане.

Неврологический статус:

Небольшая анизокория - левый зрачок шире правого. Реакция на свет в правом глазу первичная удовлетворительная, вторичная вяловатая, в левом глазу I-II вялые. Поле зрения ограничено в левом глазу книзу. Движения глазных яблок не ограничены. Во время ходьбы больной подтягивает правую ногу, правая рука согнута в локтевом суставе, едва согнута и кисть.

Активные и пассивные движения ограничены. Мышечная сила диффузно ослаблена в правых конечностях, может быть больше в проксимальных отделах руки.

Небольшое повышение тонуса в правых конечностях, главным образом, в руке.

Сухожильные рефлексы повышены больше в правых конечностях.

Клонус правой стопы. Патологические рефлексы не вызываются. Брюшные рефлексы справа не вызываются, слева резко понижены и быстро истощаются.

Незначительное понижение поверхностной чувствительности в кисти, стопе и нижней половине голени. Мышечно-суставное чувство понижено в пальцах правой стопы. Координация движений не расстроена.

Офтальмологически (З. XII). У справа = 0,9, слева = 0,7. Ограничение поля зрения в левом глазу снизу, взор не ограничен. Зрачковые реакции справа живые, слева - вяловатые. На дне - застойные соски.

На рентгенограммах черепа (I. XII) нечеткость спинки турецкого седла, размеры последнего не увеличены. Имеется ряд извилистых по-

лос просветления в левой половине черепа соответственно задней части теменной и передней части затылочной костей, вероятно, следы бывшей травмы - трещины.

4. XII. Кохлеарный аппарат в норме. Вестибулярный аппарат - спонтанный нистагм и реактивные явления отсутствуют. Калорическая возбудимость обоих лабиринтов.

28. I-35г. Операция (проф. Гейманович З. И.). Под местной анестезией слева очерчен лоскут кожных покровов соответствующего ^{расположению} центральных извилин с заходом больше кзади. Разрез заходит сверху за среднюю линию; в дорсальном его отделе тотчас-же начинается обильное кровотечение из толщи кости, затрудняющее осмотр ее поверхности, все-же в отдельных участках открытого поля можно видеть в кости обильную сосудистую сеть. Кровотечение из многочисленных костных сосудов совершается под таким давлением, что из отдельных пунктов кости кровь бьет "фонтаном." На более свободном участке наложено трепанационное отверстие в 3-х см. от средней линии, при чем при расширении раны костное кровотечение приобретает угрожающие размеры, происходя из очень многих пунктов. Часть кровоточащих костных отверстий были забиты кусочками кости. Так как состояние больного быстро стало тяжелым и, с другой стороны, являлось невозможность продолжения операции из-за нарастающих размеров кровотечения, операция прервана. Наложены швы.

Послеоперационное течение гладкое, статус тот-же. Больной выписан 28. III-35г., рекомендовано явиться через 1/2 месяца для повторной операции.

Повторно поступил 13. III-36 г., т.е. более, чем через год после операции, с жалобами на резкое падение зрения, больше в левом глазу, частые головные боли, сопровождающиеся рвотами, слабость в правых конечностях, приступы подергиваний, начинающиеся с правой ноги и переходящие затем на руку.

После выписки из клиники больной в течении 7-8 месяцев работал и, кроме терпкости в правой ноге, ничего не отмечал. Месяца 4 тому назад появились головные боли, рвота, слабость в правой руке, снижение зрения, больной вынужден был оставить работу. За 1½ месяца до поступления в клинику появились судороги в правой ноге, переходящие затем и на руку и недержание мочи.

Неврологический статус:

I - без изменений

II, III, IV, VI - анизокория. Реакции на свет в обоих глазах вялые, на аккомодацию и конвергенцию сохранены. Движения глазных яблок во все стороны не ограничены, лишь при крайних отведениях они несколько не доводятся кнаружи с обеих сторон.

V - незначительное понижение болевой чувствительности в области иннервации II ветви тройничного нерва.

VI - Правая носогубная складка сглажена, при оскале зубов асимметрии не отмечается.

VII - X - Грубо не изменены.

XI - Правое плечо поднять не может.

XII - В норме.

Небольшое диффузное похудание мышц правой руки, которая находится в положении Вернике-Манна. Повышение тонуса в сгибателях правой руки по пирамидному типу, и в разгибателях правой голени. Пассивные движения свободны за исключением незначительного ограничения в правом локтевом суставе. Активные движения резко ограничены во всех суставах правой руки. Активные движения в правой ноге также ограничены во всех суставах. Мышечная сила в правых конечностях резко снижена, а в дистальных отделах почти полностью отсутствует. Сухожильные рефлексы в верхней конечности живые. Справа выше, чем слева. Коленные - справа резко повышены и с клоническим

компонентом, слева живой. Ахиллов справа резко повышен, слева живой. Клонус правой стопы. Справа симптомы Бабинского и Россоломо. Брюшные и кремастерные рефлексы отсутствуют с обеих сторон. Болевая чувствительность слегка снижена в левой руке. Глубокая чувствительность грубо нарушена больше с пальцев правой руки. Больной передвигается с палкой с большим трудом. Неуверенность при пальце-носовой и коленно-пяточной пробах справа. Недержание мочи. Больной несколько заторможен.

Реакция Вассермана в крови отрицательная.

31. III-36г. Операция (проф. Гейманович, З.И.) Под местной анестезией произведен разрез по старому рубцу. Тотчас открылось очень значительное кровотечение, особенно из верхне-заднего участка открытой территории, по мере отсепаровки лоскута покровов усиливается.

По краям небольшого костного дефекта после первой операции, резкое истончение развороченных краев кости. Кость иссекается в направлении центра поражения - в задне-верхнем отделе, переходящем на уровень средней линии. Здесь кровотечение из множества, крупных, костных сосудов.

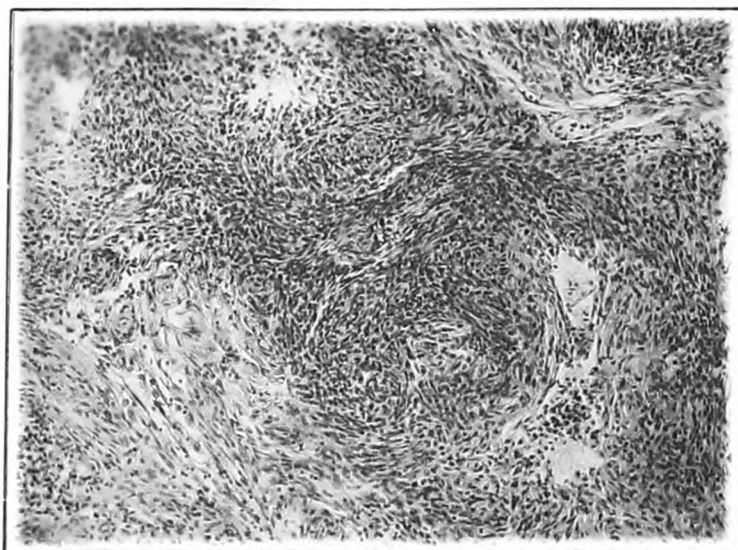
По вскрытии твердой мозговой оболочки, в дорсальном отделе - крупная плотная опухоль, основанием сидящая у сагитального синуса слева. Опухоль легко отделяется от мозга, который только отиснут кнаружи, будучи покрыт неповрежденной мягкой мозговой оболочкой. В течении операции больному произведено вливание физиологического раствора, сердечные; переливание крови было приготовлено, но не сделано, так как вскоре по окончании тяжелой операции, больной скончался. Вес опухоли 204 грамма.

Протокол вскрытия полости черепа № 44/1187. На всем протяжении париетоокипитальной области отмечается кожный рубец. После отсепаровки кожи обнаруживается костное отверстие размером 8x5 см.

Твердая мозговая оболочка не сшита, раздвинув кото-



17. Фото случай №17 Б-ная Б-ва
роскопический вид арахноидэндоглиомы с концентрическим строением,
удаленной с помощью лигатур



18. Микротопо опухоли случ. №18 Б-ной 3-ка
Арахноидэндоглиома альвеолярного строения

ру, имеется полость с гладкими стенками глубиной в 5 см. Вынутый из черепной полости мозг представляется деформированным, главным образом, за счет правого полушария.

Вся верхняя теменная доля и соответствующая ей медиальная поверхность представляет собой дефект мозгового вещества с гладким дном.

В правой лобной доле, на основании, мягкая мозговая оболочка мутная и буро окрашена.

Микроскопическое исследование опухоли: Опухолевая ткань густоклеточного строения с типичным циркулярным расположением ядер, образующие завитки. Последние состоят из овальных и круглых клеток, с пылевидным расположением хроматиновых зерен, между которыми часто расположены более вытянутые, веретенообразные ядра. Местами типичная структура завитков стирается, расположение опухолевых клеток здесь в виде пучков и площадок. Вещу по ткани опухоли небольшие очажки регрессивного метаморфоза опухолевых клеток и небольшие очажки некроза, содержащие отдельные зернистые шары.

Гистологически: Арахноидэндотелиома альвеолярного и инсулярного строения. (см. микрофото № 18).

Случай № 19: И-ва. (№ 1419), 40 лет. Поступила в нейрохирургическую клинику 28.1-40г. с жалобами на головные боли, снижение зрения, нарушение походки. Считает себя больной с 1935 г., когда впервые появилась при кашле резкая боль в правой ноге. В последующем появились головные боли, причем больная ощущала "удар электрического тока" в правую ногу. Появилась слабость в правой ноге, но ходить могла.

Постепенно, не может указать когда, начала ощущать слабость в правой руке и твердость в ней. Головные боли усиливались и появился шум в голове. Изредка были рвоты. Около 6 месяцев тому назад, больная отметила перекашивание лица с подтягиванием угла

рта вправо и поддерживания в верхнем веке. В июле 1939 года, после головокружения и рвоты, больная потеряла способность говорить, перекошилось лицо, правые конечности резко ослабели, что, однако, вскоре прошло. Ходит с посторонней помощью. Из перенесенных заболеваний отмечает: корь, "тиф" в 1919г., повторно грипп и ангины.

Неврологический статус:

II, III, IV, VI - зрение резко снижено больше в левом глазу. Левая глазная щель несколько уже правой. Зрачки равномерные. Реакции зрачков I-II вялые. Конвергенция отсутствует.

V - отмечается отсутствие коленного рефлекса справа и ослабление его слева.

VII - Правая носогубная складка сглажена, правый угол рта опущен.

VIII - шум в правом ухе

IX-XII - без изменений

Мышечный тонус в верхних конечностях не нарушен. Мышечная сила ослаблена справа. Рефлексы с верхних конечностей высокие, больше справа. Нижние конечности: диффузная атрофия мышц. Тонус справа повышен. Мышечная сила ослаблена справа. Коленные рефлексы повышенные больше справа, справа поликинетичные, клонус чашек резко выражен справа. Ахилловы рефлексы живые, справа переходят в клонус стопы. Рефлекс Бабинского справа.

Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушена.

Офтальмологически: (28.I-40г.). Острота зрения справа = 0,3, слева - светоощущение. В правом глазу поле зрения ограничено кверху, кнаружи, книзу, в левом - проекция света сохранилась только кнаружи. Застойные соски в обоих глазах с переходом в атрофию зрительных нервов.

Лямбальная пункция: (15.II). Жидкость бесцветная, прозрачная. Белок-

- 0,5%. Реакции Нонне-Аппельта - положительная, Вейхбротта - отрицательная. Лимфоцитов - 7 экземпляров в 1 куб.м/м. Реакция Вассермана в крови и спинно-мозговой жидкости - отрицательная.

Рентгенография (I/P). Вход в турецкое седло расширен за счет значительного дефекта спинки седла. Дно седла слабо контурируется. Других изменений в костях черепа не отмечается.

Операция (5.IV). (М.С.Горбачев). Люмбальная пункция.

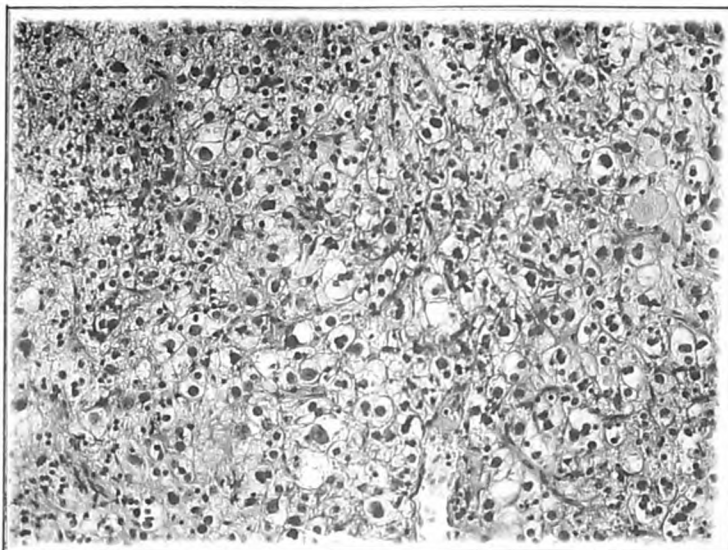
Под местной анестезией очерчен костно-пластический лоскут соответственно височно-теменнозатылочной области. Кость оказалась исключительной толщины и пришлось применить долото и молоток.

У костного шва, у средней линии была нарушена твердая мозговая оболочка, плотно спаявшаяся с костью. По обнажении твердой мозговой оболочки пульсации мозга не видно. Твердая мозговая оболочка вскрыта лоскутным разрезом с основанием книзу. Обнаженный мозг "выбрасывается" в рану. Сосуды мозга резко инфицированы, особенно, на границе, между теменной и затылочной областями. У заднего края раны обнаружена выходящая на поверхность мозга опухоль. Она свободно тупым путем выделилась из глубины, причем пришлось предварительно перевязать множественные сплетения вен. Опухоль основанием исходила из мозгового серпа на границе теменной и затылочной долей. Опухоль сдавливала полушарие и оттесняла его латерально и впереди. Опухоль, ввиду больших размеров, удалена по частям, полностью (см. фото №19). Кровотечение незначительное. Переливание 200,0 крови. Операцию больная перенесла удовлетворительно.

Микроскопическое исследование: Опухоль построена из большого количества густорасположенных клеток, ядра, которых овальной формы с мелкой хроматиновой зернистостью в них. Расположение опухолевых клеток - в виде фасцикулярно идущих лент и площадок, среди которых встречаются типичные циркулярные структуры и завитки. Сосудистые просветы выражены слабо. Строма опухоли в умеренном количестве и



Фото случ. № 19 Б-ная Ц-ва
Макроскопический вид арахнойдэндоглиомы
19. альвеолярного строения



Микрофото опухоли случ. № 20. Б-ной фр-ин
20. ксантоматозная арахнойдэндоглиома

состоит из тонких, иногда более плотных тяжей и полос, часто глинизированных.

В послеоперационном течении отмечается правосторонний гемипарез и афазия, однако, последние быстро восстанавливались.

29.IV больная уже могла самостоятельно ходить. Выписана из клиники почти через 1½ месяца - 14.V в удовлетворительном состоянии. - Арахноидендотелиома альвеолярного и инсулярного строения.

2.IX-40г. больная поступила повторно. При поступлении отмечается: кожа в области трепанационного отверстия несколько возвышается над поверхностью, в этом месте отмечается флюктуация. Пульсация мозга в указанном отделе - заметная. В неврологическом статусе отмечается правосторонний гемипарез по спастическому типу. Острота зрения - светоощущение

При двукратной пункции в месте выпячивания получено небольшое количество жидкости, после чего пульсация мозга усилилась.

Выписалась 24.IX в удовлетворительном состоянии.

Резюме: Оба приведенные случая, являются смешанными. Наряду с явлениями, характерными для опухолей локализованных на протяжении средней трети продольного синуса, здесь были симптомы повреждения и затылочной доли мозга. Так, в случае № 18 больной даже субъективно отмечал снижение зрения при взгляде вниз. Ограничение поля зрения книзу в левом глазу было определено и офтальмологически. В случае № 19 также отмечалось ограничение поля зрения. Указанные явления зависят от распространения опухоли на территорию задней трети продольного синуса, что было подтверждено на операционном столе.

Случай № 20. ф-н, (№ 3989), 37 лет. Поступил в клинику 19.IX-39 г. с жалобами на головную боль, судороги, снижение памяти, работоспособности, двоение в глазах, шум в правом ухе.

Впервые заболел в марте 1936 г., когда появилось дурное самочувствие, а затем припадки судорог, тонико-клонического

характера, сопровождавшиеся поворотом головы и глаз влево. 22.III-1936 г. внезапно развилось эпилептическое состояние, по поводу чего больной поступил в неврологическую клинику, где находился до 26.VIII. В январе 1937 г. появились головные боли, затем припадки малого типа. 5.II повторно развилось эпилептическое состояние с преобладанием судорог в левой половине тела и поворотом головы и глаз влево. 7.II после прекращения припадков в течении 2-3 дней была левосторонняя гемиплегия. Третий раз поступил в клинику 30.III-25.IV-1937 г. с жалобами на головную боль и слабость в правой руке. Были тошноты, позывы на рвоты.

В 1928 г. находился в неврологической клинике с диагнозом - серозный менингит.

В последнее пребывание в клинике последовательно ставились диагнозы: 1) серозный менингит, 2) кистозный арахнит, 3) опухоль правой лобной доли.

Неврологический статус:

- I - понижение обоняния, с обеих сторон,
- II, III, IV, VI - острота зрения 0,9 с обеих сторон, небольшая недостаточность обоих отводящих мышц, недостаточность конвергенции правого глазного яблока. На дне - застойные соски, небольшие кровоизлияния с обеих сторон.
- V - двигательная и чувствительная сфера без изменений.
- VI - ослабление нижней ветви правого лицевого нерва.
- VIII - слух в норме. Со стороны кохлеарного аппарата имеется укорочение костной проводимости. Возбуждаемость вестибулярного аппарата слегка повышена.
- IX-XI - без изменений
- XII - язык при высовывании слегка уклоняется вправо.

Сухожильные и периостальные рефлексы верхних конечностей умеренные, слева выше, чем справа. Коленные рефлексы справа выше, чем слева, ахилловы - поликинатичные с обеих сторон. Брюшные

рефлексы слева более вялые, чем справа и быстрее истощаются. Крематерные рефлексы равномерные. При вызывании подошвенного рефлекса справа резко выражена тоническая флексия пальцев, слева -- резкое отдергивание ноги. Намек на хватательный рефлекс в левой руке и ноге.

Чувствительность не расстроена.

Со стороны вегетативной нервной системы отмечается общий гипергидроз.

Психологическое исследование (19-22.IX-39г.). Упрямство, моментами рядом с неустойчивостью, нерешительностью и высокой внушаемостью; неуверенность в себе, склонность быть предметом особого внимания. Больной также несколько снижен интеллектуально, не улавливает простые закономерности в арифметических рядах и т.п. Несколько, пожалуй, снижена память. В основном, все отмеченное должно быть отнесено за счет формирования психики больного. Не исключено и некоторое, незначительное снижение ее после перенесенного заболевания (менингит).

Люмбальная пункция. (23.X-39г.). Бесцветная прозрачная жидкость. Белка 0,43%. Реакция Понсе-Аппельта - опалесценция, реакция Вассермана - отрицательная, реакция Вейхброта - отрицательная.

Офтальмологически: (25.IX-39г.). Острота зрения справа = 1,0, слева = 0,3. Поле зрения и взора неограничено. Реакции зрачков живые. Застойные соски с кровоизлиянием в сетчатке после сосков. В левом глазу застойные явления выражены немного сильнее, чем в правом.

Краниография (26.IX). Патологических изменений в костях черепа не обнаружено. Турецкое седло в норме.

Энцефалография (23.X-39г.). Воздух контрастирует оба боковых и III желудочек. Передний рог правого бокового желудочка и частично центральная часть этого желудочка отдалена книзу. На профильной рентгенограмме это вдавление свода желудочка имеет четкие гладкие кон-

туры. Заметного увеличения желудочков нет.

Рентгенологическая картина говорит об опухоли задне-лобного и переднего теменного отделов.

Операция (29.X.39г.). (проф. Гейманович, З.И.). Под местной анестезией произведен костно-пластический лоскут в правой лобно-теменной области несколько не доходящий до средней линии. По откидывании лоскута, несмотря на лямбальную пункцию, резкое местное напряжение твердой мозговой оболочки при отсутствии пульсации мозга. По вскрытии твердой мозговой оболочки обнаруживается опухоль, примыкающая к средней линии, соответственно среднему и задне-лобных отделов. Поверхность опухоли желтовато зеленоватого цвета. На большом пространстве сглажены извилины мозга, примыкающие к опухоли.

Пункцией добыто 50,0 куб.см. резко ксантохромной жидкости; по вскрытии полости опухоли вылилось еще несколько десятков куб.см. такой-же жидкости. Иссечена часть стенки полости. Стенки полости представляют собой опухолевые массы очень мягкой консистенции, серо-розового цвета, которые удалялись с помощью острой ложки. Кровотечение при этом очень значительное, останавливалось длительной тампонадой с перекисью водорода. Из-за большой распространенности процесса удаление опухоли было неполным. Твердая мозговая оболочка зашита. Костный лоскут фиксирован на место проволоочными швами. Шов мягких тканей.

Микроскопическое исследование: Ксантоматозная арахноидэндотелиома. (см. микрофото № 20).

Послеоперационное течение гладкое, заживление первичным натяжением. 9.XI было два приступа судорог, начавшиеся с левой руки с поворотом головы и глаз влево, перешедшие затем в общие.

13.XI больной начал ходить. В неврологическом статусе отмечалось: левое глазное яблоко отклоняется кнаружи, глазные

яблоки недостаточно отводятся кнаружи, больше слева. Сухожильные и перистальтные рефлексы на верхних конечностях умеренно живые, слева выше, чем справа. Коленные живые, справа выше, чем слева. Справа резко выражена плантарная флексия пальцев с длительным тоническим компонентом, слева намечается тоже.

Брюшные рефлексы живые. Эйфория и многоречивость меньше выражены, чем до операции.

15.XI острота зрения с обеих сторон = 0,2. Поле зрения в правом глазу значительно ограничено кверху, внутри и книзу; в левом глазу ограничено внутри. Поле взора чуть ограничено вправо. Застойные соски в обоих глазах, в правом с переходом в атрофию.

Ровно через месяц острота зрения в обоих глазах = 0,7. Поле зрения в правом глазу немного ограничено кверху, кнаружи и книзу, в левом оно не ограничено. Застойные соски с обеих сторон с атрофией в правом глазу.

Больной принимает курс рентгенотерапии; через 50 дней после операции - 19.XII-39г. был выписан в хорошем состоянии.

В январе 1941 г. больной пришел в клинику на консультацию, жалоб не предъявил, самочувствие хорошее, вполне трудоспособен. В неврологическом статусе грубых изменений нет.

Резюме: Особенности данного случая являются: давность заболевания - более десяти лет, ремиссии в течении процесса, двусторонние симптомы, ошибки диагностики (серьезный менингит, кистозный арахнит, опухоль лобной доли). Указанное находится в непосредственной зависимости от макро и микро структуры опухоли и ее локализации, т.е. мы полагаем, что медленно растущая мягкой консистенции опухоль грубо не нарушала функции соответствующих отделов головного мозга. Ухудшения в виде эпилептического состояния можно объяснить бывшими кровоизлияниями в опухоль, подтверждением чего может служить наличие обильного количества резко-ксантохромной жидкости при пункции опухоли.

Опухоль, находившаяся у средней линии, очевидно, также давила и на противоположное полушарие, что и обусловило наличие двусторонних симптомов.

Суммируя данные всех 11 нами представленных случаев видно, что давность заболевания с момента появления первых симптомов до поступления больных в клинику чаще всего равнялось нескольким месяцам; наименьший срок - 3 месяца, наибольший - около 11 лет.

Давность заболевания на материале Оливекрона равнялась от 1 года и больше, Терриана - от 1 до 5 лет.

Мужчин в этой группе больных также больше - 7 человек и 4 женщины.

Здесь начальные симптомы заболевания являются чрезвычайно характерными, в большинстве случаев, они относятся к нижним конечностям. Больные отмечают, что заболевание началось с судорог или слабости в большом пальце ноги, распространяющиеся постепенно выше. В одном нашем случае (№ 17) заболевание началось онемением левой ноги, однако, к этому вскоре присоединился быстро прогрессирующий гемипарез, а через месяц появился первый приступ судорог, начавшийся с левой ноги. В двух случаях заболевание началось с судорог в правой руке (№ 14 и 16).

Как нами уже указывалось, начало заболевания с судорог в руке отмечается почти всеми авторами, занимавшимися этим вопросом. У Кушнера таких случаев особенно много, объяснение чему мы дали выше.

В пяти случаях судороги иногда сопровождались потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием и т.п. Однако, нужно сказать, что в разбираемых нами случаях, приступ судорог не является повторением друг друга, начавшись они постепенно распространяются кверху, могут идти по гемипатическому типу с потерей сознания, но среди та-

сопровождаются потерей сознания.

Общемозговые явления, как правило, появляются позже локальных симптомов, обычно через несколько месяцев после них и редко бывают грубо выраженными.

Суб"ективно больные отмечают, главным образом, периодически наступающие головные боли не интенсивного характера. Только в одном случае (№ 16) заболевание началось тошнотой и головокружением, однако, уже недели через две, к этому присоединились приступы судорог в левой руке.

Появление общемозговых симптомов позже локальных и даже их отсутствие, как указывалось нами, отмечено целым рядом авторов (Кушинг, Оливерона, Первес-Стюарт, Васкин, Крон, Перальман, Христиансен, Денди).

Застойные соски на нашем материале отмечаются в 100% причем они всегда двусторонние и, часто, на стороне повреждения выражены резче. Острота зрения долго сохраняется на высоких цифрах, его снижение начинается на стороне опухоли. Иногда, имеется необычно быстрое снижение зрения, эти случаи (№15,17,частично 19) мы уже подчеркивали.

То, что локальные симптомы предшествуют общемозговым находит себе об"яснение в анатомо-физиологической характеристике района поражения. Моторная зона особо чувствительна к давлению и, в частности, опухолью и сопутствующим ее явлениям в виде отека, расстройства циркуляции и т.п. Этим же можно об"яснить слабое выражение общемозговых явлений, которые не успевают развиться, так как заболевание до них манифестирует локальными симптомами. Часто обнаруживаемые изменения костей при менингиомах, о которых мы уже говорили, в виде их истончения, выпячивания и даже "прорыва", также до известной степени может тормозить развитие повышения внутричерепного давления.

В девяти наших случаях отмечалась различной степени слабость лицевого нерва по центральному типу на стороне противоположной очагу поражения.

К моменту поступления больных в клинику уже всегда удается отметить гемипарез с повышением сухожильных рефлексов в паретических конечностях, брюшные рефлексы на этой же стороне ослаблены или отсутствуют.

Нередко можно отметить клonus стопы и коленной чашечки; патологические рефлексы обнаруживаются, главным образом, в виде симптома Бабинского. Указанные явления, в зависимости от положения опухоли, могут быть двусторонними, вследствие давления на противоположное полушарие.

Обычно двигательные расстройства нарастают в сравнительно короткий срок, идя в направлении снизу вверх по типу предшествующих им явлений раздражений.

Снижение мышечной силы начинается и более грубо выражено в дистальных отделах конечностей. Чувствительные расстройства на нашем материале отмечаются 7 раз. Они могут появляться только в одной конечности и затем распространяться на всю половину тела или больные ничего о них не знают и в клинике они выявляются по гемитипу, вначале заболевания больные иногда отмечают парестезии по монотипу. Чувствительные расстройства по глубине и полноте намного уступают всем вышеуказанным явлениям.

Интересно, что у больных с локализацией опухоли на протяжении средней трети сагиттального синуса, иногда имеются боли. В наших случаях № 11 и 19 отмечены болевые явления в соответствующих конечностях, причем последние по своей локализации и характеру распространения соответствовали двигательным расстройствам. Так, в случае № 11 заболевание началось с приступа резких болей в большом пальце левой стопы стреляющего характера, что вскоре перешло на всю конечность. Развившиеся затем судороги повторили ход

боли. И в литературе, как уже выше указывалось, описаны случаи опухолей центральных извилин, сопровождавшихся болями. (Холявкин, Крон, Церельман).

Обращает на себя внимание частота вегетативных симптомов при поражении моторной зоны коры головного мозга, они не менее часты, чем парез лицевого нерва и расстройства чувствительности. Здесь отмечается похолодание и повышенная потливость, цианотичность и отечность (случаи № 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20). Причем, эти явления отмечаются в тех же отделах, где расстроены двигательные и чувствительные функции.

Частота кожно-висцеральных явлений при парасагитальных менингиомах на протяжении средней трети продольного синуса находит себе объяснение в том, что, как мы уже говорили, именно 6 поле Бродмана среди других наиболее заинтересовано в вегетативной функции.

В трех наших случаях из пяти левосторонней локализации отмечались легкие афатические расстройства, главным образом, в виде затруднений речи и кратковременной потери способности называть окружающие предметы.

Единичные, редко встречаемые симптомы, мы здесь отмечать не будем, так как они с точки зрения диагностики и течения заболевания не представляют никакого интереса.

Разобранный материал подтверждает совершенно типичный синдром при локализации менингиом на протяжении средней трети сагитального синуса.

1) Длительность заболевания всегда не менее нескольких месяцев.

2) Заболевание всегда начинается в виде моторных, реже сенсорных эпилептических приступов, начинающихся с нижней конечности или в виде монопареза. Постепенно развивается гемипарез.

парез по пирамидному типу. К этому времени часто имеются уже неглубокие расстройства чувствительности.

3) Почти всегда можно выявить в той или иной степени парез лицевого нерва по центральному типу.

4) Явления повышенного внутричерепного давления появляются, как правило, позже локальных. Всегда имеются двусторонние застойные соски.

5) Висцеральные расстройства могут служить диагностическим признаком тогда, когда они локализованы по типу указанных двигательных и чувствительных расстройств.

6) Расстройства речи при локализации процесса слева, бывают неполными, переходящими и появляются позже других симптомов.

Дифференциальная диагностика парасагиттальных менингиом на протяжении средней трети продольного синуса должна проводиться с конвекситальными менингиомами и другими опухолями данной локализации. Это может представлять большие трудности, особенно, если конвекситальная менингиома более или менее приближена к средней линии. Здесь невозможно полностью ориентироваться на то, что ^{для} конвекситальных менингиом моторной зоны характерны явления выпадения и раздражения идущих с руки и лица, так как последние, как мы уже говорили, могут быть и при парасагиттальных менингиомах. Однако, более стойкие ранние и полные расстройства речи при левосторонних процессах, отсутствие двусторонних явлений, данные кранио и энцефалографии являются значительным подспорьем для диагностики конвекситальных менингиом.

В. ПАРАСАГИТТАЛЬНЫЕ МЕНИНГИОМЫ НА ПРОТЯЖЕНИИ ЗАДНЕЙ ТРЕТИ ПРОДОЛЬНОГО СИНУСА.

Для парасагиттальных менингиом задней трети продольного синуса Оливекрона считает типичным длительное течение болезни с более или менее выраженными явлениями повышенного внутричерепного давления. В этих случаях почти постоянно можно установить гомонимную гемиянопсию, наличие макулярного выпадения, полной или квадрантной гемиянопсии. Иногда в начальных стадиях болезни больные отмечают гемиянопсию субъективно. При распространении опухоли к территории средней трети сагиттального синуса имеются чувствительные расстройства, а при левосторонних опухолях может быть сенсорная афазия, алексия, аграфия. Аналогичным образом возникают парезы, чувствительные или моторные приступы эпилепсии Джексоновского типа. Эти симптомы смежной трети зависят от размеров опухоли, заходящей в ее пределы. Кушинг на своем материале также, как и при опухоли фронтальной трети отмечает предшествующие симптомы в виде головных болей и застойных сосков. Гемиянопсия не была определена только один раз, так как больной поступил с почти полным амаврозом; судорожных приступов не было ни до, ни после операции, что полностью подтверждается, как увидим ниже, и нашим материалом.

Опухоли этого района встречаются значительно реже других локализаций, так Первес-Стварт на 217 верифицированных опухолей головного мозга наблюдал только 6 опухолей затылочных долей различной гистологической структуры, а Оливекрона 8 раз из 232 различных глом. Цитируемый автор указывает на наличие зрительных галлюцинаций, фотопсий, в виде вспышек окрашенного и неокрашенного света в противоположных половинах зрения. Эти явления раздражения могут предшествовать параличам, в виде гомонимных гемиянопсий или даже быть одновременно. Указанное обстоятельство важно с точки зрения

дифференциальной диагностики, ибо, как указал Кушинг, гомонимная гемипарезия бывает и при опухолях височных долей, но она не сопровождается фотопсиями и истинными зрительными галлюцинациями, и что особенно важно, здесь не бывает обонятельных галлюцинаций, которые характерны для поражения височной доли. Уместно указать на случай описанный Помме, Вильяма и Гановом (*Pommé, Guillaume, Hanon.*) парасагиттальной менингиомы в области правой парацентральной доли, где была отмечена гомонимная гемипарезия, но на первый план все-же выступала обычная в этих случаях симптоматология. Указанное явление авторы объясняют или множественностью опухоли, или, что более вероятно, давлением на расстоянии. Мотилевская, отмечая редкую локализацию опухолей затылочной доли, в начальных стадиях считает характерными общемозговые явления. Эпилептические припадки встречаются редко, а мозжечковые симптомы отсутствуют или выражены не резко и что особенно интересно расстройства зрительных и гностических функций при опухолях затылочной доли часто или вовсе отсутствуют или слабо выражены, что требует особо точного и тонкого исследования указанных феноменов. Рапопорт и Ячменик первым и постоянным симптомом опухоли затылочной доли считают головную боль, рвота наблюдалась ими в 4 случаях из 8. В 5 случаях они наблюдали различные расстройства психики, что в процентном отношении, примерно, соответствует и данным литературы. Специфический симптом этих опухолей - гомонимная гемипарезия наблюдался авторами только 3 раза и они его считают поздним признаком. На материале авторов в 3 случаях было снижение слуха и корнеальных рефлексов, в 5 - пирамидные явления, расстройство координаций. На частоту указанных явлений мы обратили внимание и на своем материале, что целиком подтверждается данными литературы. В руководстве Поленова, Никитина и Сазон-Ярошевича (Краткий курс хирургической невропатологии - 1935 г.) приводится, по нашему мнению, довольно поучительный случай с точки зрения диагностики, что разрешает нам его в кратких чертах привести.

Больной 44 лет был доставлен в клинику в состоянии тяжелого психического угнетения, иногда переходящего в возбуждение. Заболел около полугода до поступления в клинику сильными головными болями, усиливающимися в своей интенсивности. Через 3 месяца ослабело зрение в левом глазу, а затем и в правом, через 1 месяц вовсе ослеп. Последние два месяца больной не ходит из-за головных болей и шаткости походки. При исследовании обнаружено: явления резкого застоя в обоих глазах, снижение корнеального рефлекса слева, парез правого отводящего нерва, периферический парез лицевого нерва и правого подъязычного, шаткость при стоянии и ходьбе с наклоном падения назад и вправо, и легкие пирамидные симптомы в левых конечностях с понижением рефлексов туловища слева. Указанная клиническая картина позволила диагностировать опухоль мозжечка, по поводу чего была произведена операция в области задней черепной ямки, причем кроме значительного скопления цереброспинальной жидкости в большой цистерне, никаких изменений содержимого задней черепной ямки не обнаружено. Через 3 дня больной скончался, и на секционном столе была обнаружена большая супратенториально располагавшаяся эндотелиома, исходявшая из заднего отдела мозгового серпа вrostавшая в затылочную долю правого полушария. Резюмируя этот случай, авторы говорят, что бывшие у больного симптомы со стороны правого полушария мозжечка явились результатом давления на это полушарие через мозжечковый намет со стороны опухоли, располагавшейся своей значительной массой в пределах правой затылочной доли.

Тэннис (*Tönnis*) также отмечает полную симптоматику опухоли задней черепной ямки при менингиоме, растущей из верхней поверхности мозжечкового намета.

Совершенно справедливо Руссел и Первес-Стюарт наличие мозжечковых явлений при опухолях затылочных долей объясняют давлением последней на мозжечковый намет. Это, очевидно, имеет

особое значение при парасагиттальных менингиомах, располагающихся на протяжении задней трети сагиттального синуса, исходящих из мозгового серпа потому, что указанные опухоли плотные и способны оказывать значительное давление. Следует также учесть, что мозжечковый намет образуется вследствие расщепления мозгового серпа, и следовательно, опухоль при этом имеет более интимное отношение к нему. В иных случаях может возникать синдром мозжечкового намета, описанный Крамером и Бурденко, для которого характерны резкие головные боли в области затылка с отдачей в лобную область, глазные яблоки, частое мигание со слезотечением. Последнее обстоятельство, по нашему мнению, можно объяснить тем, что мозжечковый намет иннервируется глазничной ветвью тройничного нерва.

Как мы уже писали, менингиомы, происходящие из мозгового серпа, первоначально выделенные Кушингом в самостоятельную группу, в дальнейшем были отнесены к парасагиттальным менингиомам (Оливекрона, Эльсберг, Тэриан), так как в клиническом отношении ничего не представляют. В дальнейшем Кушинг, в согласии с указанными авторами, также говорит, что менингиомы мозгового серпа по своему клиническому течению не отличаются от парасагиттальных. Так, при локализации их в средней трети, характерны приступы Джексоновского типа, начинающиеся со стопы; в передней трети особенно билатеральные опухоли вызывают выраженные расстройства психики; в задней трети - гомонимная гемианопсия. Во всех 7 случаях Кушинга были выраженные явления повышенного внутричерепного давления, а давность заболевания равнялась 5-6 годам. Однако, автор их выделяет особо, так как опухоли, исходящие из мозгового серпа, давят на медиальную поверхность полушария и в конечном счете покрываются мозговой корой, изолируясь, таким образом, от парасагиттального угла. Клинику менингиом, исходящих из мозгового серпа Дэнди описывает более подробно, чем исходящих от продольного синуса и делит их по соответствующим

третям. Клиническая картина этих опухолей совершенно идентична уже нами описанной.

Наш материал, касающийся менингиом, локализующихся на протяжении задней трети сагиттального синуса состоит из 6-ти случаев, которые ниже мы полностью приводим.

Случай № 21. Р-ий (№963), 43 лет. Поступил в клинику 29.I-35г. с жалобами на потерю зрения и головную боль. Считает себя больным с июня 1934 г., когда впервые появились головные боли в лобно-затылочной области.

Первоначально головные боли были 1 раз в 2-3 дня, затем участились и стали интенсивнее. В августе появились рвоты и тошноты через день, а потом и ежедневно. Примененное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение эффекта не дало. 16 ноября у больного начался сильный приступ головных болей и рвот с потерей сознания, аналогичные приступы в дальнейшем повторялись несколько раз, и иногда сопровождалась непроизвольным мочеиспусканием. Головные боли усиливались. 12-го декабря больной потерял зрение: утром был перед глазами туман, стал плохо различать предметы, а к вечеру уже ничего не видел.

Неврологический статус:

I - субъективно - без изменений

II, III, IV, V - зрение отсутствует в обоих глазах. Зрачки резко расширены. Почти полное отсутствие реакций зрачков на свет, реакция на конвергенцию сохранена. Несколько не доводит правый глаз кнаружи. Мелкокалиберный нистагм вправо, более крупный при взгляде влево.

VI - снижение болевой и температурной чувствительности слева.

VII - парез правого лицевого нерва по центральному типу.

VIII - значительное ослабление слуха справа.

IX-X - биплкий голос. Небные занавески слева напрягаются меньше.

XI - без изменений

XII - язык при высовывании уклоняется влево.

Общая адинамия. Бременами непроизвольное дрожание в левых конечностях. Активные и пассивные движения совершаются в полном объеме. Тонус грубо не изменен. periостальные и сухожильные рефлексы справа выше, чем слева, ахилловы - слева выше, чем справа. Брюшные рефлексы вялые, справа быстро истощаются. Непостоянный симптом Бабинского справа.

Понижение всех видов поверхностной чувствительности и нарушение глубокой слева.

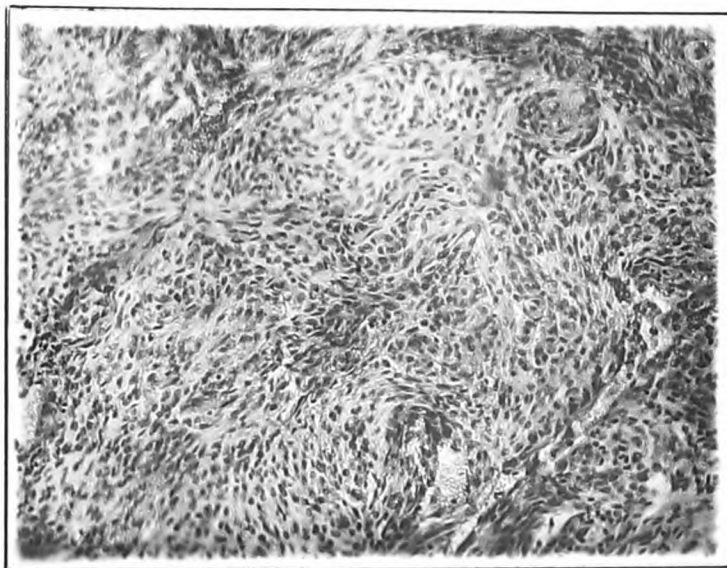
При ходьбе шатает вправо, иногда влево; промах левой рукой вправо. Иногда бывает непроизвольное мочеиспускание. Двусторонний симптом Кернига и ригидность затылка.

15. II произведена пункция передних рогов боковых желудочков: слева жидкость добыта, справа - нет.

Офтальмологически (I. II). У = 0 с обеих сторон. Поле зрения не ограничено. На дне большой отек сосков с перипапиллярным отеком сетчатки. Очень много мелких кровоизлияний по ходу сосудов. Соски бледноваты. На рентгенограммах черепа - резко выраженная остеопорозность и нечеткость контуров спинки и дна турецкого седла. Отмечается обызвествление шишковидной железы, которая смещена кпереди (на 2 см.), книзу (на 1-1½ см.), и вправо (на 2½-3 см.).

27. II операция. Под местной анестезией произведен большой костно-пластический лоскут справа в теменно-затылочной области. По вскрытии твердой мозговой оболочки в дорсальном отделе дефекта видна опухоль серо-розового цвета, отчетливо отграничивающаяся от вещества мозга с переходящими на нее сосудами от мягких мозговых оболочек. После их пересечения, начато было разделение опухолевой поверхности от мозга, что удавалось без затруднений. Обследование ее пределов обнаруживает, что опухоль занимает обширную территорию, оттиснув затылочный полюс кпереди и книзу.

Основание опухоли идет в направлении средней линии



Микросфото опухоли случ. №21 Б-ной Г-ий
21. Менинготелиматозная арахноидэндоглиома

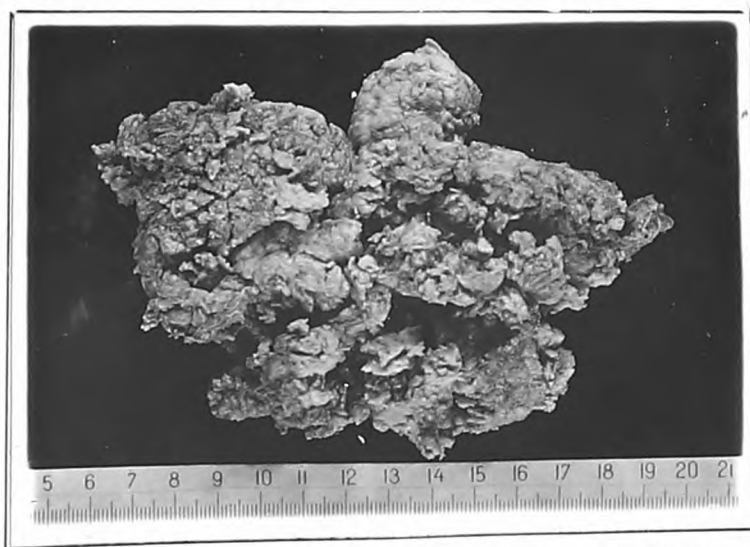


Фото случ. №23. Б-ной Л-ик
Менинготелиматозная арахноидэндоглиома
удаленная кускованием
22.

де можно было видеть заметно утолщенную кость.

Из-за больших размеров и мягкой консистенции опухоль удалялась кусками. Кровотечение было особенно обильным из места фиксации опухоли, а также из глубины со стороны медиального участка ее основания.

Опухоль прогибала мозжечковый намет. Твердая мозговая оболочка зашита. Костно-пластических лоскут поставлен на место.

Истологически: Арахноидэндотелиома менинготелиоматозная (см. микрофото № 21).

Больной выписан на 48-й день после операции - 15.IV в удовлетворительном состоянии, головных болей нет, координация движений в норме, в остальном статус без изменений.

Вывод: В этом случае было подозрение на опухоль задней черепной ямки, так как в анамнезе имеется нистагм, повреждение чувствительной части тройничного нерва, одностороннее снижение слуха, изменения со стороны X, XI, XII пар черепно-мозговых нервов, расстройство координации и менингеальные симптомы. Однако, течение болезни, другие симптомы и рентгенологическое исследование - дало возможность правильно диагностировать заболевание.

Произведенная операция полностью объяснила бывшую здесь семиотику, о чем речь будет ниже.

Случай № 22. В-ер. 27 лет. Поступил в нейрохирургическую клинику 28.III-37 г. с жалобами на резкие головные боли. Впервые заболел 8.XII-35г., когда внезапно появилась боль в лобной области постоянного характера и иногда рвота. Находился в течение 2-х недель в неврологической клинике, откуда выписался с улучшением.

13.III-37г. снова появились головные боли резкого характера по поводу чего и поступил в клинику.

Неврологический статус:

I - обоняние не нарушено.

II, III, IV, VI - легкий птоз век с обеих сторон. Движение глазных яблок

совершаются в полном объеме. Поле зрения резко сужено по типу правосторонней гемиянопии. При взгляде влево - нистагмOIDные подергивания.

У - двигательная и чувствительная части без изменений.

УП - левосторонний парез лицевого нерва по центральному типу.

УШ-ХП - без изменений.

Изменений со стороны двигательной и чувствительной сферы не отмечается.

Офтальмологически: (22.IV) У = 0,7-0,8 с обеих сторон. Поле зрения ограничено по типу правосторонней гемиянопии, поле взора не ограничено. Зрачковые реакции живые. На дне - большие застойные соски. 22.IV. Лямбальная пункция. Жидкость бесцветная, мутная, при отстаивании прозрачная. Белка - 0,24%. Реакции Нонне-Аппельта и Вейхбродта - отрицательные. Белых телец - 1 экз. в 1 куб.м/м.

28.IV-3.7г. Операция. (Ибукмахер, Н.Б.). Под местной анестезией произведен лоскутный разрез с основанием к уху в левой затылочной области. Нижний край разреза на уровне поперечного синуса, а медиальный край соответствует проекции продольного синуса. Из кожного разреза и отдельных участков обнаженной кости - обильное кровотечение. По удалении кости обнаружено, что твердая мозговая оболочка сильно напряжена. Пункция заднего рога мозгового желудочка безрезультатна. Поясничным проколом выведено несколько капель ксантохромной жидкости. По вскрытии твердой мозговой оболочки - резкое пролабирование мозгового вещества. Опухоль не была обнаружена.

Многорядный шов мягких тканей.

После операции состояние больного тяжелое, температура 38,3-39,8°, общее исхудание. Самостоятельно мочиться не может, постоянная катетеризация. В моче от 3.V обнаружено 7,46% белка (чего не было до операции), реакция щелочная, большое количество белых телец и эритроцитов, значительное количество кристаллов трипельфос-

фатов. 9.V-37г. - больной скончался при явлениях уросепсиса.

Протокол вскрытия полости черепа № 58/1376. На мозговом серпе слева имеется опухоль величиной с апельсин, вдавливающаяся глубоко в затылочно-теменной отдел мозга. С медиальной стороны раздавлены *gyrus cinguli* и отдавлены верхние отделы коры внутренней поверхности мозга. Опухоль плотная, ограниченная, богатая сосудами, серо-красного цвета, плотно-спаиваясь с мозговым серпом и дающая на правой его стороне узелки белого цвета величиной с горошину.

Микроскопическое исследование: Опухоль богатоклеточная. Опухольная ткань богата пронизана соединительно-ткаными перекладинами, вдоль которых опухолевые клетки веретенообразно вытянутой формы. местами опухолевые клетки становятся мельче и содержат мелкие гиперхромные ядра. Архитектоника опухолевой ткани довольно разнообразна. Кое-где намечается формирование клубочкоподобных структур с плотным расположением вытянутых элементов. Опухоль всюду хорошо ограничена от мозговой ткани.

Гистологически: Саркомоподобная арахноидэндотелиома.

Резюме: Приведенный случай по своему клиническому течению является совершенно типичным для парасагиттальной менингиомы, локализованной на протяжении задней трети продольного синуса, что и было диагностировано. Как видно из протокола секции опухоль вдавливалась в вещество мозга с медиальной стороны полушария и сверху также покрывалась мозговой тканью. Указанное обстоятельство в значительной степени явилось причиной того, что на операции опухоль не была обнаружена. Смерть наступила от уросепсиса в результате развившегося восходящего пиелонефрита.

Случай № 23. Л-ик. (№ 1783). 45 лет. Поступил в нейрохирургическую клинику 11.XI-38г. с жалобами на головные боли в теменно-затылочной области. Иногда атаки головных болей такие сильные, что больной терял сознание. Изредка рвота. Почти полное отсутствие зрения. Слабость и боль в ногах во время ходьбы. Понижение слуха с обеих сторон.

Считает себя больным около года, когда появились головные боли, постепенно нарастающие в своей интенсивности. Одновременно появилась тошнота и реже рвота. Во время приступа резких головных болей больной на короткое время теряет сознание, при чем бывают непроизвольные движения рук. За последние 6 мес., т.е. с момента возникновения головных болей, было около 10 подобных приступов. 3 месяца тому назад, больной отметил слабость и боль в обеих ногах, а еще до этого возникло дрожание в правой руке. Одновременно отметил понижение зрения.

Неврологический статус:

I - суб"ективно без изменений

II, III, IV, VI - жалобы на двоение. Левая глазная щель уже правой. Аннизокория, правый зрачок шире левого. Реакции зрачков живые. Ограничение взора кверху, недостаточно доводит оба глаза кнаружи.

V - височная мышца справа напрягается слабее. Отклонение челюсти вправо при полном открывании рта.

VI - при оскале зубов левая носогубная складка выражена хуже правой

VII - жалобы на снижение слуха. Иногда вистатмодные толчки при крайнем отведении глаз.

VIII-XI - без изменений

XII - язык при высовывании уклоняется вправо.

Цианотичность стоп. Незначительное понижение силы в

правой кисти. В правой кисти периодически бывает мелкий тремор, постепенно распространяющийся на всю верхнюю конечность, грудные мышцы и бедро, затем в локтевом суставе появляются сгибательно-разгибательные движения; указанные явления иногда наступают после вытягивания рук вперед. Активные и пассивные движения совершаются в полном объеме. Сила мышц не изменена. Тонус мышц правой ноги несколько ниже, чем левой. Рефлексы с верхних конечностей живые, справа слегка выше, чем слева.

Коленные рефлексы повышенные, слегка поликинетичны, слева больше, чем справа. Клонус левой и клонид правой коленной чашечки. Брюшные рефлексы резко ослаблены. Двусторонние рефлексы Оппенгейма и Гордона. Симптом Бабинского справа. Левая стопа слегка отвисает, а правая находится в состоянии тыльной флексии. Отмечается большая неловкость в движениях при выполнении проб на координацию.

Все виды поверхностной чувствительности в норме. Справа расстроено мышечно-суставное и слегка двухмерное чувство. Симптом Кернига с обеих сторон.

Офтальмологически: (19.XI) У = светоощущение. Анизокория - правый зрачок шире левого. Реакции зрачков на свет едва уловимые. Левое глазное яблоко дивергировано. Соски отечны, границы их неясные. Застойные соски с исходом в атрофию.

14.XI. Дистеральная пункция. Бесцветная, прозрачная жидкость шла под большим давлением. Белка 0,73%, реакция Нонне-Аппельта - положительная, реакция Вейхброта - отрицательная. Белковый коэффициент - 0,37. Лимфоцитов I экземпляр в I куб.м/м. Реакция Вассермана в крови и спинно-мозговой жидкости - отрицательная.

2.XI. На рентгенограммах черепа отмечается резкое увеличение размеров турецкого седла, больше в передне-заднем направлении. Деструкция спинки турецкого седла. Усиленный рисунок сосудов костей

черепе, главным образом в теменно-затылочной области.

14. XI. На энцефалограммах - расширение правого желудочка. Выполнение левого бокового желудочка недостаточное. Вся система желудочков смещена вправо и несколько книзу.

4. XII на операции была обнаружена опухоль, которая, однако, не была удалена из-за тяжелого состояния больного, вследствие обильного кровотечения.

Послеоперационное течение гладкое. Отмечается выпячивание в области трепанационного отверстия. Общемозговые явления почти не беспокоят больного. Зрение отсутствует.

13. II-39г. 2-й этап операции через 2 месяца после первой. (Горбачев М.С.). Под местной анестезией, в положении на правом боку, очерчен лоскут по старому рубцу, переходящий за среднюю линию на 2 см. Послойный разрез тканей. Обнаружена рыхло-припаянная к прилежащим тканям твердая мозговая оболочка. Последняя вскрыта соответственно кожному разрезу спереди назад в направлении к средней линии, при этом в заднем отделе разреза обнаружена опухоль темно-красного цвета.

При обследовании расположения опухоли оказалось, что она расположена парасагиттально, прилегая к мозговому серпу в направлении назад и книзу вглубь к мозжечковому намету.

У переднего полюса и латерально, опухоль прикрыта затылочной долей мозгового вещества, с которым связана только сосудами. Тупым путем - шпатель и пальцем опухоль легко отделена от мозга после перевязки некоторых сосудов. Опухоль находилась в капсуле и основанием плотно прикреплена к углу мозгового серпа и мозжечкового намета.

Размеры опухоли, с большой мандорин, не позволили удалить ее целиком, поэтому опухоль удалена интракапсулярно по частям, с последующим удалением самой капсулы. Незначительная часть

опухоли у основания оставлена из-за тяжелого состояния больного.

Геморрагия в общем незначительная, усилилась к концу операции, из ложа опухоли. Рана послойно зашита. Перелито 250,0 одноименной, цитратной крови. Вес опухоли 164 грамма (см. фото №22)
Гистологически: Менинготелиоматозная арахноидэндотелиома (см. микро-фото № 23).

Больной выписан через 2 месяца после операции в удовлетворительном состоянии, зрение отсутствует.

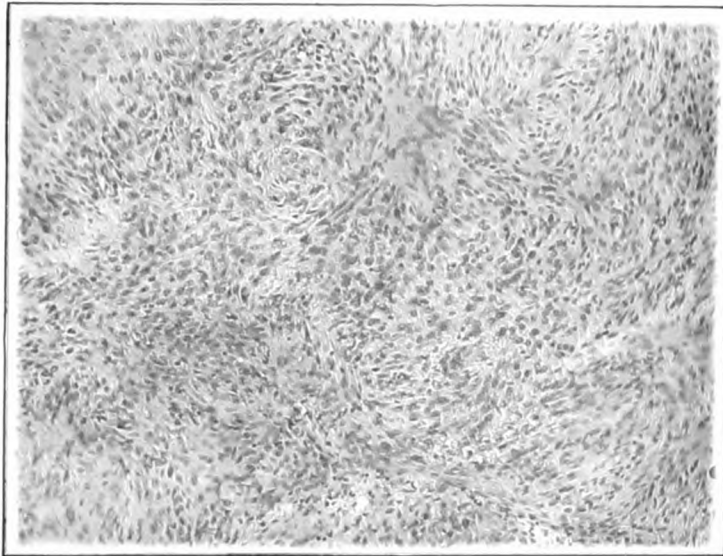
Резюме: Этот случай в некоторых своих чертах напоминает случай №21. Здесь также имелось повреждение тройничного нерва, снижение слуха, нистагмические движения глазных яблок, уклонение языка, тремор кисти и других отделов, легкое снижение тонуса в мышцах правой ноги; неловкость при выполнении проб на координацию.

Но развитие заболевания, появление слабости и боли в обеих ногах, цианотичность обеих стоп, клонус левой и клонид правой коленных чашек, двусторонние рефлексы Шпенгейма и Гордона, рентгенологическое исследование черепа и совершенно характерная энцефалограмма, разрешило поставить диагноз парасагиттальной менингиомы соответствующего района, что и было подтверждено на операции.

Случай № 24. П-ва. (№ 2457), 10 лет. Поступил в нейрохирургическую клинику с жалобами на головную боль, рвоты, тошноту, отсутствие зрения в правом глазу. Болен около года.

Первоначально появились приступообразно головные боли 1 раз в 8-10 дней, тошноты и рвоты. Осенью 1938 г. заметил, что на голове появилась "шишка" - плотная и болезненная.

С февраля 1939 г. отметил снижение зрения в правом глазу, а через месяц уже вовсе не видел правым глазом. Головные боли участились. При исследовании, в затылочной области справа отмечается опухолевидное образование костной консистенции, размером 10х15 см. Перкуссия черепа в месте опухолевидного образования - болезненна.



Микрофото опухоли случ. № 23. Б-ной Л-ик.
23. Менинготелиматозная арахноидэнгелиома

Неврологический статус:

I - обоняние не изменено.

II, III, IV, VI - отсутствие зрения в правом глазу. Левая глазная щель шире правой. Анизокория - правый зрачок шире левого. Мелкокалиберный нистагм при взгляде вправо, нистагмоидные подергивания при взгляде влево.

V - двигательная и чувствительная порции не нарушены.

VI - левосторонний парез лицевого нерва по центральному типу.

VII - снижение слуха справа.

IX-XII - без изменений.

Активные и пассивные движения совершаются в полном объеме. Легкое снижение мышечной силы слева. Сухожильные рефлексы слева выше, чем справа. Ахилловы рефлексы поликинетичны. Патологические рефлексы слева. Мышечно-суставное чувство слегка расстроено слева. При пальце-носовой и коленно-пяточной пробах имеется промахивание в правых конечностях. Адиadoхокинез справа. В клинике отмечались приступы длительной потери сознания.

21.V-39г. Офтальмологически: V - справа - движение руки, слева - 0,4. Поле зрения ограничено в левом глазу и наружи - левосторонняя гемианопсия. Движения глазных яблок не ограничены. Зрачковые реакции справа вялые, слева живые. На дне - застойный сосок с переходом в атрофию в правом глазу, в левом глазу - застойный сосок небольшой степени vystояния.

23.V. Ото-ларингологически: Пробы Ринне, Вебера, Швабаха в норме. Слух не нарушен. Калорическая проба холодной водой (дважды) вызвала закономерный нистагм с обеих сторон; при указательной пробе - промах в правой руке отсутствует (при калоризации правого уха), в левой - закономерно. При калоризации левого уха - в обеих руках промах влево.

19.V. На рентгеномах черепа: расхождение швов. Истончение костей

максимально выраженное на затылочной кости справа, несколько выше места прикрепления мозжечкового намета, где имеется ограниченное выпячивание кости. В этом месте кость истончена до толщины бумаги.

27.V-39г. Операция. (Горбачев, М.С.). В состоянии крайнего беспокойства больной уложен на левый бок. Общий эфирный наркоз, к чему затем было прибавлено внутривенное введение 5% гексонала. Очерчен костно-пластический лоскут соответственно правой затылочной доле мозга с основанием к уху. Обильное кровотечение из лоскута. Кость резко истончена, над выпячиванием ее толщина достигает яичной скорлупы. После поднятия лоскута, обнажена, с инъецированными и расширенными сосудами, твердая мозговая оболочка. Пульсации мозга не видно. При вскрытии твердой мозговой оболочки мозг с силой выбрасывается в рану. При пункции опухоли извлечено до 60,0 куб.см. жидкости цвета кофейной гущи, после чего удалось расширить разрез твердой мозговой оболочки и обнажить мозг. Соответственно полюсу затылочной доли обнаружена опускающаяся к основанию затылочной доли и к средней линии к мозговому серпу, Опухоль, которая находилась в капсуле кисты. Последняя огромных размеров, ее полость проникает глубоко к основаниям и кпереди.

Мозг в некоторых местах резко истончен. В веществе опухоли много лакун, наполненных кровью. Вокруг опухоли хорошо выраженные сосудистые связи. Взята опухоль величиной в куриное яйцо, мягкой консистенции. Кровотечение из опухоли умеренное. Костный лоскут удален. Рана зашита послойно. К концу операции состояние больного вполне удовлетворительное. Вес опухоли 22 грамма.

Гистологически: Ксантоматозная арахноидангиома.

Больной выписан через 50 дней после операции -
16.VI-39г. в хорошем состоянии.

Резюме: И в этом случае можно отметить нистагм, одностороннее снижение слуха, промах при пробах на координацию, адиадохокинез. Однако, другие явления, левосторонняя гемипарезия, костное выпячивание (!) в области затылочной кости обусловили правильную диагностику.

Нужно думать, что наблюдавшиеся в клинике внезапные приступы длительной потери сознания являлись результатом кровоизлияния в опухоль - то, что последнее именно здесь место можно судить по множеству лакун в опухоли, наполненных кровью, обнаруженных на операции.

Случай № 25. Ж-ов, (№580), 19 лет. Поступил в нейрохирургическую клинику 22.Х-37г. с жалобами на головные боли, снижение зрения, потерю слуха слева и шум в правом ухе. Считает себя больным с 18 августа 1937 года, когда повысилась температура, были головные боли и боли в мышцах шеи. С детства было гноетечение из левого уха, прекратившееся в сентябре месяце после лечения. Головные боли продолжались, дважды были рвоты, появился шум в правом ухе, а месяц спустя отметил снижение зрения.

В области затылочной кости, над наружной затылочной бугристостью определяется плотная опухоль величиною со сливу. Кожа над последней цианотична. При надавливании указанная опухоль как-бы сдавливается и тогда отчетливо определяется дефект затылочной кости величиною около 1 см.

Неврологический статус:

II, III, IV, VI. Больной отмечает, что по временам он видит только часть предмета. Анизокория - правый зрачок шире левого. Реакции зрачков на свет очень вялые. Двусторонний парез отводящих нервов. Обнаруживается правосторонняя гемипарезия.

VII - сглаженность правой носогубной складки.

VIII - отсутствие слуха в левом ухе, шум в правом ухе.

XII - язык при высовывании слегка отклоняется влево. Больной вполне активен. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях равномерные. Коленные рефлексы живые, слева выше, чем справа, ахилловы рефлексы высокие, также слева более живые, чем справа. Брюшные рефлексы - верхние живые, равномерные, а нижние очень вялые, слева вызываются легче, чем справа.

Координация движений не нарушена.

Пластическая пункция (28.X). Жидкость бесцветная, прозрачная. Белка 1,06%, реакции Нонне-Аппельта положительная. Белковый коэффициент - 0,45. Цитоз - 9 экземпляров в 1 куб.м/м. Реакция Вассермана отрицательная.

Офтальмологически: II.X. Острота зрения справа 0,1, слева - 0,2. Поле зрения ограничено по типу правосторонней гемиянопии в комбинации с реаким концентрическим сужением в видящих половинах. Поле зрения не ограничено. Зрачковые реакции живые. Резко выраженные застойные соски с обеих сторон.

Краниография (26.X). Отмечается незначительной интенсивности обызвествление, состоящее как-бы из конгломерата отдельных мелких отложений, диаметром в 3 см. На профильной рентгенограмме центр обызвествления проецируется на 6,5 см. выше дна задней черепной ямки и на 6 см. впереди от внутренней поверхности заднего полюса черепа. Дефект верхней части спинки турецкого седла.

29.X на рентгенограмме черепа отмечается три, почти круглой формы, костных дефекта размером в 6x7 м/м, 5x4 м/м и 1x1 м/м в области соответственно затылочной бугристости, несколько влево от средней линии, они проецируются вблизи обнаруженного обызвествления.

Операция (31.X-37г.). (Рубинштейн, Я.Г.). Под местной анестезией образован костно-пластический лоскут в левой теменно-затылочной области размером 10x10 см. Костно-пластический лоскут отвернут книзу. Вскрыта твердая мозговая оболочка, обнажена затылочная доля мозга и частично височно-теменная. Мозговое вещество отечно, извилины сглажены

и резко пролябируют в рязу. В дорзальном отделе открытой территории обнаружен участок темно-бурого цвета величиною с небольшое яблоко, ограниченный спереди от остального мозгового вещества. От указанного участка тянется изади тяз шириною в два поперечных пальца по направлению к месту слияния синусов, вблизи которого он фиксирован.

Участок патологической ткани удален частично тупо, частично острой ложкой. Часть опухольной массы примыкающая к месту слияния синусов оставлена. Разрез твердой мозговой оболочки сужен несколькими швами. Кость удалена. Послойный шов мягких тканей. К концу операции произведена гемотрансфузия 200,0 группы "O".

Больной перенес операцию удовлетворительно.

В послеоперационном периоде развился лигатурный свищ и значительное пролябирование области операции. Отмечаются явления повышенного внутричерепного давления и падение остроты зрения.

21. XII-37г. повторная операция (через 50 дней после первой) (проф. Гейманович, З.И.). Под местной анестезией произведен разрез частичнот по старому рубцу с иссечением лигатурного свища. На всем протяжении - сращение рубца с измененным мозгом. Края раны обложены компрессами с риванолом. Отведен в сторону затылочный полюс мозга, под которым располагалась опухоль со слабой фиксацией вблизи поперечного синуса в медиальной части. Непрерывное кровотечение на протяжении всей операции, усилившееся при выделении опухоли.

Кровотечение прекращается после введения больших тампонов с перекисью водорода. Послойный шов мягких тканей. Удаленная опухоль темно-багрового цвета, размером 8x7 см., округло контурированная, уплотненная. Уверенности в полном удалении опухоли из-за геморрагии не было. К концу операции было перелито 200,0 куб. см. консервированной крови группы "B".

Больной выписался через 56 дней после повторной операции 15. II-38г. с полным амеврозом при удовлетворительном общем состоянии.

Случай № 26: Д-кий. (№1455), 35 лет. Переведен в неврохирургическую клинику из неврологической 10.IV-41г. с жалобами на головные боли и снижение зрения.

Считает себя больным $3\frac{1}{2}$ года, когда впервые появились головные боли в левой теменно-затылочной области. Указанные боли наступали приступообразно. С июня 1940 г. головные боли усилились, стали появляться чаще. Дважды перед глазами больной видел разноцветные искры. Постепенно падала острота зрения.

Неврологический статус:

II, III, IV, VI. Незначительный экзофтальмус слева, легкая анизокория - правый зрачок уже левого. Движения глазных яблок особенно левого, несколько ограничены вправо. Слабость конвергенции слева.

V - легкое снижение поверхностной чувствительности в области лба; иногда больной дает указания об онемении по ходу 2-ой ветви слева. Снижение корнеального рефлекса справа. Легкая атрофия жевательной мускулатуры слева.

VII - слабость нижней ветви левого лицевого нерва.

VIII - язык при высосывании слегка отклоняется вправо.

Активные и пассивные движения совершаются в полном объеме. Тонус мышц не нарушен, мышечная сила хорошая.

Легкое расстройство мышечно-суставного чувства в пальцах правых конечностей. Сухожильные и периостальные рефлексы на верхних конечностях, слева живее, чем справа; коленные и ахилловы рефлексы справа выше, чем слева. Брюшные рефлексы равномерные. Патологические не вызываются. Координация не расстроена.

Иногда больной бывает заторможен. Ясно выраженные ментальные симптомы.

Цистернальная пункция: (11.IV). Жидкость бесцветная, мутноватая. Белка 1,99%, реакция Нонне-Аппельта - положительная, реакция Вейхбротта - отрицательная. Цитоз - 4 экземпляра в 1 куб.м/м. Реакция Вассермана - отрицательная.

Лямбальная пункция: (14.IV). Жидкость бесцветная, прозрачная, пла струей. Белка - 2,53%. Реакция Нонне-Аппельта - положительная, реакция Вейхбротта - отрицательная. Цитоз - 7 экземпляров в 1 куб.м/м.

На энцефалограммах воздух в желудочках не обнаружен.

Офтальмологически: (6.IV). Острота зрения справа - 0,7, слева - цветоощущение. Правосторонняя гемиянопсия. Офтальмологически - резко выраженные застойные соски, особенно в левом глазу, здесь же атрофические пятна после бывших кровоизлияний.

Операция. (17.IV). (проф. Гейманович, З.И.). Положение больного на правом боку. Под местной анестезией, после введения поясничным проходом 30-40 куб.см. жидкости, очерчен костно-пластический лоскут соответственно левой затылочно-височной области с основанием кзади и книзу. При обнажении твердой мозговой оболочки пульсация мозга не отмечается. При вскрытии твердой мозговой оболочки выясняется, что она прочно сращена с мозговой поверхностью на широком участке, прилегающем к поперечному синусу. Синус частично был открыт. После поднятия твердой мозговой оболочки, отделенной от мозговой поверхности, виден патологический очаг обильно кровоточащий по поверхности. Выясняется, что предлежит резко истонченное мозговое вещество - не более 1/4 см. толщиной, прикрывающее обширную экстрацеребральную, крупно-бугристую опухоль темно-вишневого цвета, величиною с крупный апельсин. Поверхность опухоли хорошо отграничивается от мозгового вещества.

Опухоль фиксирована на широком основании у медиального отрезка поперечного синуса и места слияния синусов. Эти отношения не дали возможности полностью удалить опухоль, ее поверхность

была рассечена и паренхима удалялась ложкой и частью кюретомом. Паренхима опухоли очень кровооточива в участках более близких к месту ее фиксации. В связи с размером кровотечения и наступившим отеком прилежащего участка мозга, операция была прекращена.

Кость из лоскута удалена.

Кровотечение из полости останавливалось тампонами с перекисью водорода. В общем было удалено больше $\frac{1}{2}$ всего объема опухоли. Послойный шов мягких тканей. Переливание 200,0 одноименной крови.

Гистологическое исследование: Опухолевая ткань богата клеточными элементами, не формирующая определенных структур. Клетки, составляющие данную опухоль, овальной, реже круглой формы и приближаются к структуре эндотелиальных клеток. В опухолевой ткани всюду тонкостенные, различного калибра сосуды. Большое количество тончайших мезодермальных прослоек и тяжей. Опухоль менинго-сосудистого ряда. Но учитывая ее волоконцево-клеточное строение, отсутствие типических структур при наличии ядер эндотелиального типа, можно данную опухоль диагностировать, как саркомоподобную арахноидэндотелиому.

Резюме: Оба случая по своей локализации относятся к наиболее dorsalным отделам сагиттальной линии. Опухоли были фиксированы у места слияния синусов. Клиническая картина более или менее сходна. В обоих случаях имелаась характерная гемипарезия. Указанное, в совокупности с данными дополнительными исследований, позволило правильно установить диагностику.

В случаях парасагиттальных менингиом этой локализации давность заболевания в среднем равнялась около года. Все наши 6 случаев относятся к мужчинам. Заболевание всегда начинается общемозговыми явлениями, которые здесь довольно резко выражены и подчас носят характер жестоких атак. Во время последних больные иногда теряют сознание (РР 21, 23). Головные боли и рвоты постепенно нарастают в своей частоте и интенсивности, причиняя большие страдания больным. Также следует отметить, что во всех наших случаях были резко выраженные застойные явления сосков зрительных нервов с обеих сторон; зрение быстро и неуклонно падает. Там, где больные поступают еще с сохранившимся зрением, можно отметить гомонимную гемиянопсию (случаи РР 22, 24, 25, 26).

Во всех случаях можно было обнаружить парез лицевого нерва по центральному типу, однако, вряд ли этому симптому нужно придавать здесь какое-либо топическое значение, так как мы видели, что он встречается при патологических процессах в любом отрезке выпуклой поверхности головного мозга. Правда, здесь центральный характер его повреждения может служить дифференциально-диагностическим признаком, когда возникает вопрос об опухоли задней черепной ямки.

Последний, как мы видели, возникает нередко, и по нашему мнению, совершенно закономерно исходя из топографии опухоли.

Мы уже видели в случаях РР 21, 23 и частично 24, что опухоль спускается к мозжечковому намету и может его прогибать. Это естественно, создает особые условия для развития повышения внутричерепного давления, что так резко выявлено в наших случаях и обуславливает повреждение элементов, заложенных в задней черепной ямке. Вот почему так часто приходится дифференцировать парасагиттальные менингиомы, локализованные на протяжении задней трети продольного синуса с опухолями задней черепной ямки.

В трех наших случаях (РР 21, 23, 24) отмечены двига-

тельные и чувствительные расстройства. Первые выявлены, главным образом, в виде повышения сухожильных рефлексов и наличия патологических; некоторые из этих рефлексов могут быть двусторонними.

Чувствительные расстройства касаются больше всего глубокого чувства, вероятно, вследствие распространения опухоли на территорию теменной доли. Поверхностная чувствительность была расстроена только 1 раз (№ 21) по гемитипу.

Таким образом, разобрав все 6 представленных случаев следует считать, что для менингиом, локализованных на протяжении задней трети продольного синуса является характерным следующее:

1) Длительность заболевания, обычная для менингиом, около года и больше.

2) Заболевание начинается общемозговыми симптомами, которые прогрессируют в своей частоте и интенсивности до высоких степеней. Двусторонние застойные соски постоянно резко выражены.

3) При поступлении больных с сохранившимся зрением, отмечается гомонимная гемиянопсия.

4) Легковыраженные пирамидные знаки; часто расстроена глубокая чувствительность (при распространении опухоли на территорию теменной доли). Дифференциальная диагностика, кроме опухоли задней черепной ямки, о чем мы уже говорили, также должна проводиться с конвекситальными менингиомами и глиомами, что иногда может представлять значительные затруднения. Однако, как мы увидим ниже, дополнительные методы исследования, в частности, данные кранио и энцефалографии, в ряде случаев явятся решающими для правильного установления диагноза.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ.

Предложенный в 1922 году Кушингом термин "менингиома" был призван заменить ряд названий опухолей мозговых оболочек, как эндотелиома, псаммома, фиброма и саркома твердой мозговой оболочки. Этот термин, по признанию самого автора, является групповым для оболочечных опухолей. Вслед за возражениями клиницистов и патологов против названия менингиома, последовали другие определения опухолей мозговых оболочек, которые однако, не смогли заменить собой обобщающего, практически удобного Кушинговского термина. Все возражения базировались на несоответствии названия "менингиома" гистогенетической сущности опухолей мозговых оболочек, указывалось, что это название, как справедливо замечает Белецкий, скорее топографическое. Из конкурирующих названий опухолей менингеального ряда следует указать на термин "арахноидэндотелиома", который сейчас получает большое распространение не только у патологов (Смирнов, Сквороднева), но и у клиницистов. Не вдаваясь в подробности сложного, далеко еще невыясненного гистогенеза этих опухолей, укажем, что оба термина, особенно среди клиницистов, принимаются как синонимы. Целый ряд общих анатомических и клинических свойств опухолей мозговых оболочек, независимо от их гистологического разнообразия, и позволяет объединить их в единую группу.

Менингиомы, как и другие доброкачественные опухоли, растут медленно, за исключением более или менее редко встречающихся злокачественных их форм. Требуется иногда годы, чтобы рост опухоли достиг таких размеров, которые определяют ту или иную клиническую картину. Медленный рост позволяет более полно выявить пластичность центральной нервной системы, которая приспособляется к новым условиям давления и циркуляции жидких сред (Лист). Наличие огромных размеров менингиом свидетельствует о большой приспособляемости головного мозга (Эльсберг).

На собственном материале мы можем подтвердить ука-

занное положение. В этом отношении особенно иллюстративным является случай № 2: больная Ч-ва находилась в психиатрической клинике. При жизни опухоль не диагностировалась. На секции была обнаружена плотной консистенции опухоль величиной в сливу, которая своим каудальным отделом достигала левой центральной извилины. Здесь было обнаружено глубокое вдавление от прилежащей опухоли. Таким образом, можно предположить, что только очень медленный рост плотного новообразования дал возможность во всей полноте выявить пластичность мозговой ткани, выразившееся в отсутствии неврологической симптоматики со стороны одного из наиболее чувствительных отделов головного мозга - центральной извилины.

В среднем эти опухоли растут 5 лет, но есть примеры 20 и 25-летнего роста (Кушинг, Денди). Но и здесь имеются исключения: нередко колоссальных размеров опухоль вовсе не проявляется клинически, являясь секционной находкой; в других же случаях относительно малых размеров менингиома обуславливает тяжелую клиническую картину. На материале Оливекрона преимущественное количество менингиом, удаленных на операции, соответствовали величине мандарина и больше, все колебалось от 12 до 200 гр., в среднем он достигал 100-150 гр. Это соответствует данным Эльсберга и других авторов.

На нашем материале мы имели самую различную величину новообразования, что затрудняет уложить их в определенные группы. Так, мы встречали опухоли величиной в воложский орех или сливу, куриное яйцо, яблоко, апельсин, кулак и т.п. Такое определение весьма субъективно, да и само мерило сильно варьирует в своем объеме. Более правильным для определения объема опухоли следует считать ее измерение в сантиметрах, что видно на прилагаемых вами фотографиях. Однако, размер менингиом не всегда дает нам основание для клинического анализа, так как даже очень крупные опухоли, как указывалось выше, могут протекать бессимптомно. Более существенным

является консистенция этих опухолей. Сравнивая наши случаи, мы можем сказать, что плотность опухоли более или менее пропорциональна ее весу, сопоставление же веса и объема менингиом не позволяет отметить каких-либо закономерностей.

Так, в случае № I (Л-ков) при объеме опухоли в $8 \times 8 \times 3$, вес ее равнялся 137 гр., а в случае № 9 (О-к) при объеме в $6 \times 5 \times 3$ вес опухоли был равен 30 гр. Здесь видно резкое несоответствие между объемом и весом опухоли. В первом приведенном случае опухоль имела вид лепешки плотно-эластической консистенции, во втором-же, консистенция была более мягкой, эластической.

Наш материал не позволяет нам установить какие-либо особенности веса и объема парасagitальных менингиом в зависимости от локализации в том или ином отрезке протяженности сагитального синуса. Средний вес менингиом не может представлять интереса, благодаря большому различию в нем. Так, в случаях № 1, 6, 13, 18, 23 соответственно вес опухоли равнялся 137, 126, 104, 204 и 164 граммам, тогда как вес других случаев вариировал в пределах 20-35 граммов.

Гутман (*Guttman*) среди 11.000 секций обнаружил 47 менингиом, которые по величине разделяет на 4 группы:

1. Величиной с вишневую косточку,
2. Величиной со сливу,
3. Величиной до куриного яйца,
4. Большие опухоли.

Опухоли мозговых оболочек растут экспансивно, не инфильтрируя и не прорастая в ткань мозга. Будучи хорошо отграничены от мозговой ткани, прилекая непосредственно к ней, они оставляют на последней узенькую полоску размягчения, или слой утолщения глиозной маргинальной зоны с гиперплазией фиброзных строчитов (Смирнов и Сковороднева). Исследования Шерера (*Schezer*) показали, что необратимая диффузная атрофия коры, разрушение и

исчезновение ее клеток зависят не только от давления, а определяется, главным образом, коагуляционным некрозом вследствие сдавления сосудов (венозный стаз, отек мозга). Атрофия коры иногда выражена так грубо, что опухоль как бы лежит на белом веществе мозга (Эльсберг).

В случае № 26 мы наблюдали истончение коры головного мозга до $\frac{1}{4}$ см., которая прикрывала собой менингиому величиной с крупный апельсин. Значительную атрофию мозгового вещества также можно было видеть в случае № 20. Здесь, имеет значение ряд факторов, среди которых указанные, - коагуляционный некроз и атрофия мозговой ткани от давления, являются основными определяющими ~~об~~ъем и глубину изменения.

Ограниченный узел менингеальной опухоли обычно заключен в фиброзную капсулу, которая отсутствует только в редко встречающихся случаях элокачественно растущих менигиом. (Терриан). Консистенция новообразования чаще плотная, но иногда встречаются и довольно мягкие опухоли. Оливекрона и Кушинг, наблюдали менигиомы, консистенция которых была различной в различных участках. Аналогичные наблюдения имеются и в нашем материале (случай № 1, 10, 20 и 24).

Особо показательным является случай № 10, где опухоль в более поверхностных частях представлялась в виде мягкой разламываемой массы, в глубине же - в виде компактного яйцевидного тела, как-бы имеющего свою оболочку и резко отличающуюся по своим свойствам во всей зоне поражения. Внутренняя часть опухоли имела довольно плотную консистенцию, что позволило легко удалить ее целиком, тогда как поверхностно располагавшаяся ткань опухоли могла быть удалена только кускованием. Интересно, что обе части опухоли имели различный цвет, т.е. поверхностная, мягкая часть опухоли была значительно светлее плотной части опухоли.

Здесь уместно отметить, что это является закономерным для менигиом - более мягкие опухоли имеют и более светлые

стенки, плотные опухоли приобретают более буроватую окраску.

Отметить какую либо зависимость между консистенцией опухоли и ее ростом (по данным литературы) не удается. Ткань опухоли на разрезе имеет гомогенную, серую, красновато-коричневатую, бурую или желтоватую окраску. Очень редко встречаются множественные менингиомы, описанные Террианом, Кушингом, Смирновым и друг., как и диффузные эндотелиомы мягкой мозговой оболочки (Валь). Оляверона в одном случае парасагиттальной менингиомы у ребенка 9 лет обнаружил внутри ее кисту величиной с мандарин, содержащую темно-желтую, богатую белком жидкость. Подобные же наблюдения имели Кушинг и Терриан.

Приведем здесь краткое описание аналогичных случаев из наших наблюдений.

Случай № 20. Больной 37 лет. Опухоль на протяжении средней трети продольного синуса. Поверхность опухоли желтовато-зеленоватого цвета. При пункции опухоли добыто 50,0 куб.см. резко ксантохромной жидкости; по вскрытии полости опухоли вылилось еще несколько десятков куб.см. подобной же жидкости. Стенки полости являлись опухольной массой очень мягкой консистенции, серо-розового цвета. Из-за мягкой консистенции опухоль удалялась по частям острой ложкой.

Случай № 24. Больной 10 лет. Опухоль располагалась на протяжении задней трети продольного синуса, мягкой консистенции, величиной с куриное яйцо, находилась в капсуле кисты огромных размеров. При пункции самой опухоли извлечено до 60 куб.см. жидкости цвета кофейной гущи. На разрезе, в веществе опухоли обнаружено много лакун, наполненных кровью.

Важно отметить, что при гистологическом исследовании обе опухоли оказались ксантоматозной арахноидэндотелиомой, тогда как наличие кисты более характерным является для ангиоретикуломы. (Л.И.Смирнов). (см. фото № 20).

Как правило, опухоль сращена с твердой мозговой оболочкой или ее дериватами, но площадь сращения находится в прямой зависимости от макроскопического вида менингиом. Обычно различают шишковидную, более или менее сферическую менингиому, и более редную пластинчатую, что в литературе обозначается как *meningeom en plaques*. Последняя в отличие от первой широким основанием сращена с твердой мозговой оболочкой.

Широкое основание пластинчатой менингиомы, как это видно в случае Р К, которым опухоль приращена к твердой мозговой оболочке не гладкая, а изборозденная, тогда как поверхность прилежащая непосредственно к мозговой ткани выпуклая и гладкая.

Крон видит прямую зависимость между формой роста опухоли и ее характером: 1) эндотелиомы, распространяющиеся по поверхности склоны давать метастазы и 2) растущие ограничено - доброкачественные. Наш материал не позволяет категорически высказать своего мнения по поводу указанного, однако, уместно отметить, что приведенный случай относится к саркомоподобной арахноидальной менингиоме.

По данным литературы (Тэрзан) и собственным наблюдениям видно, что далеко не всегда менингиома целиком находится на поверхности мозга, в ряде случаев ее основная масса находится в глубине между извилинами. Указанные свойства менингиом присущи и парасагиттальным, однако, среди последних редко встречаются, скажем, плоскостные формы. Макроструктура парасагиттальных менингом, описанная Оливекроном и другими авторами, чаще всего представляется в виде круглых, грубо шишковидных опухолей, верхний полюс которых сращен с твердой мозговой оболочкой, а основная масса ее внедряется в мозговую ткань, так что на поверхности находится небольшой участок опухоли. Шипки гладкие, но бывают и грубо шагреновые. Опухоли плотной консистенции наиболее богато

снабжены кровеносными сосудами. Это целиком подтверждается нашими наблюдениями, однако, следует отметить, что поверхность менингиом может быть различной в различных участках. Так, в приведенном уже нами случае № 1, опухоль в некоторых местах имела вид цветной капусты, другие же имели более или менее гладкую поверхность. Инфильтрация мозговой ткани встречается только в редких случаях саркоматозных менингиом.

Обычно опухоль сращена с мозговым серпом и твердой мозговой оболочкой едва латеральнее стенки продольного синуса. Естественно, что двухсторонние опухоли всегда сращены с мозговым серпом, так как более вероятно, что это есть распространение опухоли на противоположную сторону путем прорастания мозгового серпа.

Все наши 26 случаев, в этом отношении, распределяются следующим образом: 12 опухолей были тесно связаны с мозговым серпом, 8 - с твердой мозговой оболочкой, 4 - с продольным синусом, и 2 с местом слияния синусов. Однако, как мы уже писали, почти нет парасагиттальных менингиом, которые имели бы пунктом своей фиксации только один из указанных отделов. Когда мы говорим, что менингиома исходила из продольного синуса или мозгового серпа, то это значит, что здесь опухоль была наиболее интимно фиксирована, иногда даже на ножке, но это вовсе не исключает второго пункта фиксации, скажем с твердой мозговой оболочкой, как это чаще всего и бывает.

На материале Оливекрона в 25% случаев можно было отметить полный, или почти полный, облитерированный синус, что собственно и объясняет сильное развитие венозных коллатералей. Особенно развиты в этих случаях диплоэтические вены, которые, в основном, принимают на себя отток венозной крови от твердой мозговой оболочки и опухоли.

СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА ПАРАСАГИТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ.

Вопрос кровоснабжения и оттока крови при парасагитальных менингиомах, разработанный Эльсбергом, имеет очень большое значение. Снабжение артериальной кровью опухолей, локализующихся на протяжении передней трети продольного синуса обеспечивается, главным образом, ветвями передней мозговой артерии, а затем веточками менингеальных и фронтальных артерий. Опухоли теменной и затылочной долей, т.е. средней и задней трети, снабжаются от парието-окципитальных ветвей задней мозговой артерии. Ветви средней мозговой и оболочечной артерии дают этим опухолям меньше крови, чем конвексимальным менингиомам. Оливекрона говорит о большем значении средней оболочечной артерии для кровоснабжения парасагитальных менингиом, чем Эльсберг. Оливекрона бесспорно прав. В этом убеждает нас то обстоятельство, что средняя оболочечная артерия на операции встречается в неизмененном виде только как исключение и при том не только при опухолях локализующихся на протяжении средней трети продольного синуса. Сосуд, как правило, более или менее увеличен и извит. В общем изменение артерии зависит от величины опухоли и площади сращения ее с твердой мозговой оболочкой.

Такое соотношение понятно, так как, чем больше масса опухолевой ткани, тем, следовательно, и больше ^{ее} требования представляются средней оболочечной артерии, снабжающей артериальной кровью опухоль.

Обычно большинство артерий идет вглубь опухоли по поверхности, но также и в глубине имеется 2-3 крупные артериальные ветви, входящие в нижнюю или медиальную поверхность опухоли.

Венозный отток происходит по оболочечным и мозговым сосудам. При парасагитальных менингиомах, говорит Эльсберг, вены представляют собою часть самой опухоли, за исключением редкого прикрепления к самому синусу, где вены являются частью ~~ее~~ ножки.

Застойные явления в венах, наблюдаемые не только в самой опухоли, но и в окружности, приводит к увеличению и расширению сосудов. Часто вены идут по поверхности опухоли, затем в нее внедряются и впадают в продольный синус. Оливеркрана следующим образом описывает венозный отток при парасагиттальных менингиомах. Отток крови идет, главным образом, по венам мягкой, твердой оболочки и костей. На поверхности опухоли имеются очень крупные вены, которые идут или от поверхности лежащих вен мозга (под паутинной оболочкой), или от более глубоких вен, лежащих в бороздах. Вены мягкой мозговой оболочки проникают в опухоль, а отсюда впадают в продольный синус. Особое значение имеет здесь Роландова вена, как наиболее мощный венозный сосуд, имеющий отношение к парасагиттальным опухолям. Вены твердой мозговой оболочки, несущие кровь от опухоли, в основном опорожняются в продольный синус и частично в диплоэтические вены.

При опухолях, отходящих от мозгового серпа, не сращенных с твердой мозговой оболочкой, вены костей, менее заинтересованы в оттоке крови из опухоли.

Все это свидетельствует о богатстве сосудами парасагиттальных менингиом, что чрезвычайно важно учесть при оперативном вмешательстве.

ГИСТОГЕНЕЗ И ГИСТОПАТОЛОГИЯ МЕНИНГИОМ.

Мы уже говорили, что вопрос гистогенеза опухолей мозговых оболочек является далеко еще не решенным, спорным, а часто и противоречивым. Здесь мы укажем только на основные положения.

Ряд авторов менингеальные опухоли считает эктодермального происхождения (Оберлинг, Лермит) (*Oberling, Learmonth*), другие же мезодермального (Бейли и Бюсси, Глобус) (*Beiley and Bussy, Globus*), Белецкий, Смирнов), при чем сам подход к решению этого принципиального вопроса различен; если одни это делают с позиции эмбриогенеза мозговых оболочек, то другие исходят из сравни-

тельных данных гистологического строения менингеальных опухолей и опухолей несомненно эктодермального происхождения. Так, Оберлинг (цит. по Тариану) считает, что учение о трех оболочках мозга недостаточно обосновано, и говорит о двух оболочках: твердой и мягкой, арахноидальную же оболочку автор относит к мягкой мозговой оболочке. В месте пахионовых грануляций обе оболочки сращены. В мягкой мозговой оболочке, наряду с полиэдрическими клетками, находятся удлиненные веретенообразные клетки, которые разрастаясь могут явиться исходным пунктом для опухоли. Именно эти клетки, по мнению автора, являются эктодермального происхождения, как клетки происходящие из нервной субстанции. Цитируемый автор предлагает указанные клетки называть "менингобластами", а опухоли, возникающие из них "менингобластомами", прибавляя к этому названию "глиоматозная" или "саркоматозная".

По мнению Л.И.Смирнова, "менингобласт" Оберлинга является спекуляцией, так как целый ряд исследователей никогда не видели этих клеток.

Другой автор - Лермит опухоли, исходящие из мягкой мозговой оболочки, предлагает называть "лептоменингиомой" взамен других названий: саркома твердой мозговой оболочки, альвеолярная эндотелиосаркома, арахноидальная фибробластома, эндотелиома, псаммома. Так как указанный автор видит большое сходство в микроскопическом строении менингеальных опухолей и опухолей, исходящих из оболочек нервных корешков - невринома, и так как последние несомненно являются эктодермального происхождения, то и опухоли мозговых оболочек относятся им к эктодермальным.

Как и большинство авторов - Пенфильд (Penfield) и Маллори (Mallory) источником возникновения менингеальных опухолей считают арахноидальные зачатки оболочек и пахионовые грануляции - фибробласты, и предлагают соответственно называть

опухоли: "менингеальная", или "арахноидальная" фибробластома".

Эльсберг для менигиом употребляет тот же термин.

Л.И. Смирнов считает мнения указанных авторов верными, но не отражающими всех источников менигиом, а лишь части их.

Лаас (*Laas*), на основании исследования собственного материала, предлагает название "арахнотелиома" для опухолей мягкой мозговой оболочки, так как указанные опухоли, по мнению автора, происходят из покровных клеточек арахнотелия.

Основными элементами опухолей, развивающихся из мозговых оболочек, по Белецкому, являются: 1) эндотелий (эндотелиома), 2) гистиоциты (саркома), 3) лимфоидные элементы (ангиомы), и смешанные формы. В одной и той же опухоли могут быть все три элемента различно представленные количественно, т.е. по сути это есть фибро-эндотелио-гистио-цитома. Автор вместо "менигиома" предлагает опухоли мозговых оболочек называть "эндотелиома", в понятие которой входит "фиброма" и "гистиоцитома", так как элементы последних развиваются в процессе дифференцировки эндотелия и фиброгенеза. Методом серебрения устанавливаются переходные формы между эндотелием и гистиоцитами.

Л.И. Смирнов, разбирая самый большой в литературе материал в 457 случаев различных опухолей мозговых оболочек, классифицирует их по следующей схеме.

1) Опухоли оболочек, построенные из элементов для них гетеротопических.

1. Эпидермальные опухоли - первичные меланомы мягкой мозговой оболочки.

2. Нейроэпидермальные опухоли - опухоли глионого ряда.

II) Опухоли оболочек, построенные из элементов, из

которых происходят или составлены оболочки головного и спинного мозга (менингиомы).

Схематизируя последнюю группу, Смирнов и Сквороднева говорят, что эндотелиоматозного типа опухоли имеют отношение к паутинной оболочке, фибро-хондро-остеоматозная к твердой мозговой оболочке, и сосудистая - к мягкой мозговой оболочке. Естественно, это имеет не абсолютное значение, ибо опухоли твердой мозговой оболочки могут быть построены, в основном, из эндотелиальных элементов, что соответствует большинству случаев.

Переходя к вопросу о классификациях менингиом, следует сказать, что их построение идет по двум основным принципам. Одни авторы (Бейли и Бюсси, Кушинг) группируют опухоли мозговых оболочек по гистологическим признакам, другие же (Гаккель, Белецкий, Глобус, Смирнов и Сквороднева) исходят из генетических основ той или иной опухоли.

Тэриан признает классификацию Бейли и Бюсси наиболее целесообразной и простой. Авторы (1933 г.) выделяют 9 типов менингиом: 1) Мезенхимальный, 2) Ангиобластический, 3) Менинготелиоматозный, 4) Псаммоматозный, 5) Остеобластический, 6) Фибробластический, 7) Меланобластический, 8) Саркоматозный и 9) Липоматозный.

Однако, Гаккель, на основании исследования своего материала показал, что многие существующие переходные формы менингиом не могут быть уложены в указанную классификацию.

Наиболее полной из классификаций этой группы следует считать классификацию Кушинга, которая имеет также 9 типов, но среди последних выделяются еще и варианты, что, очевидно, является переходными формами не отмеченными Бейли и Бюсси. 306 менингиом распределяются Кушингом следующим образом: 1) Менинготелиоматозные - 121 случай, имеют 4 варианта; 2) менинготелиоматозные с формированием концентрических структур - 78 случаев, также имеют 4 варианта;

3) фибробластические - 53 случая, имеют 3 варианта; 4) ангиобластические - 23 случая, 3 варианта; 5) менингиома эпителиоидного клеточного состава - 18 случаев, 2 варианта; 6) фибробластическая менингиома (злокачественного характера) - 6 случаев, 2 варианта; 7) остеобластическая - 6 случаев; 8) хондробластическая - 1 случай, 2 варианта; 9) липоматозная менингиома.

Глобус, исследуя 103 опухоли мозговых оболочек, различает 6 видов их, исходя из того, что структура опухолей зависит от аномалии отщепления ткани на различных этапах эмбриональной жизни.

Особое место среди указанных классификаций занимает классификация Гаккеля, выделившего ксантомную опухоль оболочек.

Автор, исходя из общепринятого принципа онкологии и гистологической терминологии, предлагает соответственно трем различным направлениям дифференциации оболочек и возникающих из них опухолей общее обозначение "менинго" заменить "лепто", "арахно" и "пахи", а прилагательные: "бластома", "цитома", "телиома" должны определить степень зрелости опухоли. Всего выделяется 18 типов опухолей мозговых оболочек. Мы полностью согласны с Террианом, который говорит, что вследствие своей сложности, указанная классификация вряд-ли найдет распространение и практическое применение, несмотря на выдержанность в морфологическом отношении.

Так как мы при разборе своего материала отдали предпочтение классификации Смирнова и Сковородневой, то и разрешим привести ее более полно.

Авторы, в зависимости от того, в каком направлении обнаруживаются пластические способности арахноидэндотелия и какие из этих свойств превалируют в данном случае, различают следующие формы арахноидэндотелиом.

1) АРАХНОИДЭНДОТЕЛИОМЫ МЕНИНГОТЕЛИОМАТОЗНЫЕ, составленные из сплошных масс клеток, находящихся или в мозаикообразном

отношении друг к другу с резкими контурами протоплазматического тела, или в форме крупных симпластов без ясной клеточной индивидуализации.

2) АРАХНОИДЭНДОТЕЛИОМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО И ПИСУЛЯРНОГО строения, в которых опухолевые клетки того же вида, что и в предыдущей форме, расположены островками и площадками, отделены друг от друга перекладинами из коллагенной или аргирофильной волокнистой стромы и из веретенообразно вытянутых клеток.

3) АРАХНОИДЭНДОТЕЛИОМЫ С КОНЦЕНТРИЧЕСКИМИ ПОСТРОЕНИЯМИ вокруг или гомогенизирующегося и некротического центра, или изредка беспорядочного клеточного скопления, обычно с пикнотическими ядрами.

4) Как особый вариант предыдущей формы - арахноидэндотелиомы с интенсивным формированием псамматозных тел - ПСАММАТОЗНЫЕ АРАХНОИДЭНДОТЕЛИОМЫ.

5) АРАХНОИДЭНДОТЕЛИОМЫ ФИБРОБЛАСТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА с веретенообразно вытянутыми клетками, находящимися в фасцикулярных расположениях и обнаруживающими ту или иную степень продуцирования коллагенной и аргирофильной волокнистости.

6) Как вариант предыдущей формы - ФИБРОЗНЫЕ АРАХНОИДЭНДОТЕЛИОМЫ, которые отличаются от основной группы интенсивным развитием фиброзной волокнистости.

7) КСАНТОМАТОЗНЫЕ АРАХНОИДЭНДОТЕЛИОМЫ, в которых опухолевые элементы сохраняют все свойства арахноидэндотелия и принимая структуры пенистых клеток, обнаруживают функцию фагоцитирования холестерина-эстеров.

8) САРКОМОПОДОБНЫЕ АРАХНОИДЭНДОТЕЛИОМЫ. Ткань их мало отличается от той или другой формы опухолей описываемой группы, но по отношению к окружающим тканям они ведут себя саркомоподобно, т.е. обнаруживают инфильтративные врастания в мозговую ткань, твердую мозговую оболочку или в кости черепа.

9) Арахноидэндотелиосаркомы - опухоли и гистологически и биологически злокачественного гетеротипического ряда. Здесь уместно указать на то, что Л.И.Смирнов предлагает ангиобластические менингиомы (Бейли и Бусси, Кушинг) называть - "ангиоретикулома", для которой характерно наличие кисты.

Из 26 случаев паразитических менингиом, представленных нами, 23 исследовались гистологически. Окраска препаратов производилась гематоксилин-эозином и пикро-фуксином по способу Ван-Гизона.

По вышеуказанной классификации Смирнова и Сковородневой наш материал распределяется следующим образом:

I. Менинготелиоматозных арахноидэндотелиом было 2 случая (случ.№№ 21,23. См.фото № 21,22,23).

II. Арахноидэндотелиомы альвеолярного и инсулярного строения - было 3 случая (случ.№№ 14,18,19. См.фото №№ 11,12,13, 18,19).

III. Арахноидэндотелиомы с концентрическими построениями - 1 случай (случ.№ 17. см.фото № 16,17).

IV. Псаммоматозные арахноидэндотелиомы - 5 случаев (случ.№№ 2,6,11,8,13. см.фото № 2,5,6,10).

V. Арахноидэндотелиомы фибробластического характера - 2 случая (случ.№№ 7,9 (см.фото № 4,7,8).

VI. Фиброзные арахноидэндотелиомы - 3 случая (случай №№ 3,5,15. см.фото № 1,14).

VII. Ксантоматозные арахноидэндотелиомы - 2 случая (случай №№ 20,24. см.фото № 20).

VIII. Саркомоподобные арахноидэндотелиомы - 4 случая (случ.№ 1,4,20,26) и 1 случай ангиоретикуломы (случ.№ 10. см.фото № 9).

Исходя из указанного мы не можем сказать о наиболее

часто встречаемых формах арахноидэндотелиом , так как на нашем материале они распределяются более или менее равномерно. Также нельзя сказать, что в том или ином отрезке протяженности сагиттального синуса преимущественно встречается какой-либо из гистологических видов данных опухолей.

В заключение следует оговориться в том смысле, что приведенная классификация, как и всякая другая вообще, является более или менее схематичной, что целый ряд опухолей мозговых оболочек не смогут быть уложены в ее рамки. Однако, она наиболее близко соответствует практике, отображая наиболее существенные формы во всем многообразии структур менингеальных опухолей, и вместе с тем, базируясь на гистогенетической основе, дает понятие о возникновении и развитии внутричерепных новообразований мезодермального ряда.

ИЗМЕНЕНИЕ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА ПРИ МЕНИНГИОМАХ.

Для диагностики опухолей головного мозга, особенно менингиом, немалое значение имеют изменения костей черепа. Шпиллер (*Spiller*) по протоколам установил, что в Филадельфийском Обществе врачей в 1899 году впервые был продемонстрирован случай гиперостоза, а в 1903 году Бриссо и Леребулле (*Brissau. Lereboullet*) описали то же явление под названием гемикраниоз, причем в случае, где была произведена секция под гиперостозом, находилась внутричерепная опухоль. Указанная находка не повлекла за собой каких либо выводов, а лишь констатировалась. Почти через 20 лет Берард и Дюне (*Berard. Dunet*) гемикраниоз определяли как одновременное сочетание менингеальной опухоли с гиперостозом. Однако, это название является мало употребительным и в литературе соответствующие кост-

ные изменения преимущественно обозначаются как "гиперостоз" или "экзостоз". На диагностическое значение последних впервые указал Шпиллер в 1907 году, высказав предположение, что они связаны с опухолью твердой мозговой оболочки, и на основании этого, сделал ценный практический вывод о необходимости операции, если местные изменения костей сопровождаются общемозговыми явлениями. Кушинг впервые наиболее полно осветил значение костных изменений при менингиомах. И действительно, частота и постоянство патологических изменений костей при менингиомах достаточно убедительно говорят о не случайности этого явления. Так, на материале Кушинга они составляют около 25%, Гутмана - 29,4%, Оливекрона - 52,9%, Тэриана - 44%, Сосмана и Путмана (*Sosman and Putman*) - 49,5%.

В нашем материале они встречались в 9 случаях из 26.

Костные изменения, как отмечено большинством авторов, соответствуют расположению менингиомы, однако, имеют и излюбленную локализацию. Наиболее они встречаются при менингиомах свода (Сосман и Путман), а по другим авторам первое место занимает парасагиттальная локализация (Кушинг). Этого не подтверждает Тэриан, который на своем материале костные изменения видел почти одинаково по частоте, как при конвекситальных, так и базальных менингиомах. Макроскопическая структура опухоли также имеет здесь определенное значение, так, Кушинг и Колодный отмечают изменение костей наиболее часто при айнцеобразных менингиомах. Оливекрона говорит, что изменение костей дают, главным образом, те опухоли, которые широким основанием сращены с твердой мозговой оболочкой.

Здесь интересно отметить наблюдение Роуе (*Rowe*), который говорит, что костные изменения при парасагиттальных менингиомах лобного отдела появляются рано, если опухоль лежит очень поверхностно, или имеется обширное поражение костей при малой внутричерепной опухоли. Парасагиттальные менингиомы теменной и затылоч-

ной доли дают менее обширные изменения костей.

Однако, мы не можем согласиться с приведенным мнением автора, ибо наш материал показывает, что именно парасagitтальные менингиомы на протяжении средней трети продольного синуса наиболее часто сопровождаются костными изменениями. Так, из 9 случаев, отмеченных нами, изменений костей черепа только в одном случае они касались менингиомы, расположенной в пределах передней трети продольного синуса (сл. № 1), в 6 случаях - менингиомы локализованной на протяжении средней трети продольного синуса (случ. № 10, 11, 13, 15, 17, 19), и 2-х случаях - парасagitтальной менингиомы задней трети продольного синуса (случ. № 24 и 25).

Что касается гистологической характеристики арахноидэндотелиом, обнаруживающих врастание в мозг и инфильтрацию костей черепа, говорят Л.Смирнов и Н.Сковороднева, то вряд-ли можно выделить какой-либо тип опухоли, который преимущественно способен обнаруживать отмеченные саркоматозно-подобные особенности. Отсюда, однако, исключаются псаммоматозные и фиброзные формы, которые не дают изменения костей. Также и на материале Кушинга, тщательно обработанном гистологически, нельзя отметить полную зависимость между микроструктурой опухоли и изменениями костей. Количество случаев, которыми мы располагаем, не позволяет нам делать выводы в этом отношении. Тот же факт, что гиперостоз чаще определяется при парасagitтальной менингиоме, среди прочего, находит себе объяснение в особых условиях кровоснабжения данного района. Это, (как мы увидим ниже), имеет этиопатогенетическое значение в формировании гиперостоза. Костные изменения при менингиомах обычно выражены в различной степени, однако, всегда они сводятся к дефекту костной ткани или ее гиперпродукции. Так, Оливекрона, на своем материале 6 раз видел прорастание опухоли в кость, 2 раза ее истончение, в 3 случаях костное новообразование сопровождалось спикулами (радиарной игольчатостью), в 4-х случаях отмечено утол-

щение наружной пластинки, а в 7 случаях внутренней. Тэрнан отмечает в 4-х случаях гиперостоз внутренней пластинки, в 3-х истончение и узуру кости, в 6 случаях было прорастание кости опухолью и выходжение ее под мягкие покровы черепа, и в 6 случаях та или иная местная деструкция кости.

Учитывая только грубые изменения костей черепа, определяемые на глаз во время исследования больного или операции, следует указать, что наиболее частым является шероховатость, неравномерность кости и наличие костных выступов соответственно положению опухоли. Но среди этих обычных случаев, мы можем отметить случаи, где кость была истончена до толщины папиросной бумаги (случ. № 24), или где плотность кости была такой, что при ее иссечении неизбежно пришлось прибегнуть к помощи долота - способу никогда не применявшемуся в нашей клинике (случай № 19). В случае № 25 мы видели дефект затылочной кости размером в 1 см., через который выходила опухоль под мягкие покровы черепа величиной со сливу. Следует также указать, что участок измененной кости нередко довольно рыхлый, как бы губчатого строения, обильно снабжен кровеносными сосудами, что нужно учитывать, во избежание значительного кровотечения во время операции.

Костные изменения, зависящие от прилежащей менингиомы, обобщаются Кушингом в следующей схеме: 1) Кость может остаться интактной и не давать никаких рентгенологических признаков. 2) Кость может истончиться в области опухоли. 3), 4), 5) и 6) - кость может дать реакцию в виде экзостозов, эностозов и гиперостозов. 7) Опухоль может, наконец, разрушить кость; в связи с тем, что периост продолжает продуцировать новую кость, настоящего дефекта в кости при менигиомах почти не наблюдается. 8) Штул, Давид, Пуэш и Кушинг описывают так называемую *Hemdenknopfartiges Meningiom* состоящую из трех частей - интракраниальной, оссальной и экстра-

краниальной (цит. по И.С.Розенцвейгу). Сосман и Путман в 1925 году могли установить характерные изменения при менингиомах в виде узуры и в-аскуляризации прилежащих отделов костей черепа, новообразования кости, диффузного истончения или костных шипов. Все указанные явления соответствуют положению менингиомы. Макроскопически и рентгенологически определяемые изменения костей в случаях менингиом, Виенбек (*Wienbeck*) характеризует, как ограниченные, а иногда и диффузные выпячивания внутренней и наружной пластинки, также часто имеется разрежение спонгиозного слоя.

Оливекрона различает: 1) Изменения костей вследствие давления опухоли или прорастания ею костей. 2) Изменения сосудистого рисунка. 1а) истончение костей черепа вследствие давления подлежащей опухоли бывает не очень часто и не-специфично, так как встречается при других опухолях (Штуль, Давид, Пуэл). Если это сопровождается изменением сосудистого рисунка, то тогда они приобретают определенную ценность. 1б) Узуривание костей зависит от прорастания их опухолью. Говерсовы каналы наполнены клетками опухоли, которые распространяются в большие костные лакуны, что дает характерную рентгенологическую картину: нормальный рисунок сглажен, имеется различной величины истончений. Часто узура комбинируется с новообразованием кости в виде спикул или частью в виде диффузного уплотнения наружной пластинки. Радиарная игольчатость, видимая на рентгенограмме, свидетельствует о прорастании менингиомы в кость, требует дифференциации с саркомой кости и остеодистрофией, что рентгенологически почти невозможно. Здесь необходимо учесть клиническую картину и течение заболевания (Тэриан). Хотя Фемистер (*Femister*) теперь уже не считает характерным для сарком наличие радиарной игольчатости (цит. по Кушингу). 1с) - костные новообразования бывают в виде радиарной игольчатости, но чаще в виде уплотнения внутренней или наружной пластинки. При образовании спикул видны костные полосы радиарно идущие к наружной

пластинке. Склероз наружной, внутренней или обеих пластинок, самая частая форма новообразования кости при менингиомах.

Изменение сосудистого рисунка - есть результат усиленной васкуляризации костей черепа в соответствующем участке.

Последнее обстоятельство рядом авторов (Сосман и Путман, Дэнди, Альтгаузен и Копылов) считается патогномичным для менингиом. С точки зрения дифференциальной диагностики важно учесть, что крупные сосуды твердой мозговой оболочки и диплоэ отображаемые на рентгенограммах при менингиомах развиты односторонне, нередко отмечается конвергенция сосудов. Встречаемые обезызствления иногда выглядят в виде тонкой полоски полушара или полуэллипса, что есть повторение формы обезызвленной капсулы опухоли (Альтгаузен и Копылов). Костные изменения встречаются так же при раке и саркомах и, следовательно, не могут считать^{ся} абсолютными признаками менингиом, клиническая картина и течение болезни, естественно, решит диагностику (Тэрин^а, Дэнди). Темистер показал, что метастазы рака в мозг из предстательной железы могут сопровождаться гиперостозом. Не считая особо характерной рентгенологическую картину, Эльсберг все-же говорит, что гиперостоз или эрозия кости и увеличение костных каналов повышает возможность диагностики менингиом: "и так, мы пришли к заключению, что если диагноз опухоли головного мозга был сделан и было обнаружено одностороннее увеличение каналов диплоэ на участке, где предполагается опухоль, то весьма вероятно, что новообразование есть эндотелиома" (Эльсберг и Шварц). Так или иначе, гиперостоз все же является выдающимся признаком, а иногда и единственным, случайно обнаруженным, однако, при бритье головы, направляет больного и врача по верному пути (Кушинг, Руденко, Розе).

Указанные костные изменения при менингиомах хорошо в практическом отношении схематизированы Дэнди. Автор различает: 1) гипертрофию кости над опухолью, 2) разряжение костей свода черепа над или вокруг опухоли и 3) одновременное сочетание обоих па-

тологических моментов. Иногда центр опухоли покрыт гиперостозом, а на периферии опухоли имеется кругообразное истончение кости. Эта схема, как видно, целиком отображает гипотезу автора, по которой костные изменения есть результат реактивного влияния прилежащей опухоли, что, однако, является спорным.

В самом же деле костные изменения далеко не определяются только механическими факторами.

Барлинг и Ляйт (*Barling and Leith*) /цит. по Колодному/ в 1906 году показали наличие соответственных клеток опухоли во всем участке утолщенной кости, а со времени Кушинга общепризнанным является взгляд на гиперостоз над менингиомой, как на кость "Инфильтрированную" опухолью. С этого времени совсем оставлена гипотеза о том, что местное изменение костей черепа есть первичная опухоль с ее интракраниальным распространением. В отличие от мнения Кушинга, Берарде и Дюне, Вейсера, частично Шпиллера и друг., Альперс и Горо (*Alpers and Gogan* - цит. по Кушингу) в своем обзоре говорят о возможности первичного гиперостоза.

Шпиллер, как указывалось, не отрицает вторичности гиперостоза, но вместе с тем указывает на наличие и первичных гиперостозов, для которых травма является причинным моментом. Берард и Дюне, указывая на возможность раздражения оболочек гемикраниозом травматического происхождения, все-же считают более вероятным, что гиперостоз есть реакция на врастание в кость ворсинок из менингеальной опухоли.

Колодный, исследуя костные лоскуты и соответствующие менингиомы 10 пациентов, пришел к заключению, что утолщение кости не является результатом непосредственного раздражения ее клетками опухоли. Пролиферация кости, как установил автор, предшествует ее инфильтрации клетками опухоли и, вероятно, является результатом раннего, очень медленно развивающегося расширения кровеносных сосудов в той части кости, под которой лежит опухоль.

Последующая инфильтрация кости клетками опухоли есть позднейший процесс и это ведет к разрушению кости. Значительное развитие преимущественно венозной системы оболочек и диплоэ, наблюдаемое при менингиомах, является анатомической основой, определяющей костные изменения.

По мнению Смирнова и Сковородневой, костные изменения это - истинные опухолевые инфильтрации костей, сопровождающиеся прогрессивными и регрессивными изменениями костной ткани. Опухолевые клетки, распространяясь вдоль диплоических вен и Говерсовых каналов в кости черепа обуславливают не только остеопаретические и остеоперипластические изменения в костях, но нередко проникают в мягкие ткани инфильтрируя их (Смирнов и Сковороднева, Кушинг, Колодный, Оливекрона, Тэриан). Говерсовы каналы измененного участка кости, как-бы набиты клетками опухоли (Руденко, Тэриан). Клетки опухоли, как это показали исследования Колодного, склонны распространяться по линии наименьшего сопротивления - Говерсовым каналам, между обоими костными пластинками и этим выпячивают их, затем наступает инфильтрация внутренней, наружной пластинки и участка новообразованной кости. Тот же автор говорит о том, что медленное расширение каналов диплоэ ведет к разрастанию кости вследствие раздражения периоста необычно повышенным давлением, а быстрое их расширение приводит к разрушению кости. Последнее встречается сейчас реже, чем раньше, что, естественно, связано с улучшением диагностики и более скорым оперативным пособием (Граф) /Graff/.

Однако, в литературе описано не мало случаев истинного узурирования костей черепа с выходом внутричерепной опухоли под мягкие ткани покровов черепа (Дэнди, Парин, Граф). В этой патологии по причинности первое место занимают эндотелиомы, а затем саркомы.

Как уже указывалось в нашем случае № 25 рентгенологически было обнаружено три костных дефекта различной величины

соответственно расположению опухоли. Однако, и до этого, при исследовании больного пальпаторно был определен наиболее крупный дефект затылочной кости, через который выходила опухоль под мягкие покровы черепа.

Б.Н. Розе описал сложное сочетание экзостоза с внутричерепной опухолью, которое назвал "пахионобластомой". Мозговая опухоль в случаях автора располагалась в одном полушарии в углу между продольным синусом и мозговым серпом. Экзостоз же находился по средней линии большей своей массовой ^кулоняясь в сторону опухоли. Давая патологическую характеристику, автор говорит, что экзостоз по своему об"ему больше внутричерепной опухоли, надкостница в его области не изменена, поверхность - синеватая, внутренняя же часть имеет желто-красный цвет. Твердая мозговая оболочка под экзостозом шероховата, слегка ворсинчатая. При гистологическом исследовании было обнаружено, что опухолевая ткань экзостоза мало чем отличается от структуры опухоли мозгового отдела. В заключении автор говорит о происхождении опухолей из пахионовых грануляций, и, следовательно, они локализуются только по линии их роста, т.е. парасагиттально. Руденко на 82 случая опухолей головного мозга 3 раза встретил "менингобластому", сопровождающуюся изменением костей черепа, для которых принял термин Розе "пахионобластома". Все случаи также находились в углу между продольным синусом и мозговым серпом, были отмечены спайками между твердой мозговой оболочкой и костью. Патолого-анатомическая и гистологическая характеристика случаев идентична описанной Розе. Несомненно, что случаи, описанные обоими авторами, представляют собою обычную парасагиттальную менингиому, сопровождающуюся изменениями костей и поэтому вряд-ли стоит вводить для них новый термин.

14 случаев парасагиттальных менингиом, сопровождающихся гиперостозом, Кушинг выделял в отдельную группу, так как, во-

первых, они представляют особые диагностические возможности и, во-вторых, имеют некоторые детали в технике их хирургического лечения.

Интересно отметить, что в случаях менингитом, отходящих от мозгового серпа, ни Оливекрона, ни Кушинг, не отмечают костных изменений. Среди 8 случаев этого типа менингитом, описанных Венсаном, Давидом и Пуэшем, только 1 случай сопровождался гиперостозом.

Среди наших 12 случаев парасанитарных менингитом бывших связанными с мозговым серпом, трижды можно было наблюдать изменения костей черепа.

К Р А Н И О Г Р А Ф И Я.

Мы совершенно согласны с Тэрианом, который придает особое значение костным изменениям при менингитомах, в силу того, что ^{они} часто могут быть выявлены ^{при} краниографии; В ряде случаев местные костные изменения могут быть единственным локальным признаком заболевания. Этот тезис убедительно подтверждается данными Центрального Нейрохирургического Института, где рентгенологическая диагностика менингитом была подтверждена в 96% всех случаев. Здесь уместно сказать о девяти группах рентгеновских симптомов при менингитомах, заимствованных И.С.Розенцвейгом у Шинца (Schinz.).

1. Никаких локальных костных изменений, никаких рентгеновских признаков повышенного внутричерепного давления.

2. Никаких локальных рентгеновских признаков при наличии признаков повышенного внутричерепного давления.

3. Ограниченное истончение кости черепа по соседству с опухолью, (что на основании материала Розенцвейга и других типично не только для менингитом).

4. Узурь костей.
5. Остеомоподобные утолщения кости.
6. Образования костных угл (спикул).
7. Местно усиленное развитие сосудистых борозд.
8. Новообразование костной капсулы вокруг менингиомы - перистальная реакция.

9. Обезызвращенные менингиомы "псаммомы".

Дифференциальная диагностика конвексимальных, а равно и парасагитальных менингиом по Коньлову должна исключить следующие заболевания: 1) **ОСТЕОМА** - встречается редко, захватывает всю толщу кости, при этом различить внутреннюю и наружную костную пластинки не удается; при менингиомах по краям они различимы. При остеоме, как правило, не бывает гиперваскуляризации в области опухоли; структура ее гомогенно-склерозированная, и игульчатости никогда не бывает.

2) **АРТЕРИО-ВЕНОЗНАЯ АНГИОМА** - может давать гиперваскуляризацию, но сосуды ангиомы часто склонны давать параллельные штрихи обезызвращения (Шварц), чего не встречается при менингиомах. Клинически при ангиоме можно в ряде случаев при аускультации прослушать шум.

3) **ГЕИМАНГИОМЫ** - костей свода черепа встречаются исключительно редко, поражают довольно ограниченный участок, часто без гиперваскуляризации кости вокруг, при четкой ограниченности опухоли и преимущественном поражении диплоэ.

Кроме типичных, местных изменений костей при менингиомах, как и при других опухолях головного мозга, рентгенологически определяются вторичные изменения, зависящие от повышенного внутричерепного давления, в виде пальцевых вдавлений, изменений турецкого седла, расхождения швов черепа и проч. (Розенцвейг, Тэрин^а, Коньлов).

Данные краниографии, производившейся в наших 18 случаях соответствуют указаниям, имеющимся в литературе. Только в 3-х случаях (случ. № 5, 16, 20) рентгенологически не были установлены изменения костей черепа. Как правило можно было наблюдать различные изменения турецкого седла как общий признак, зависящий от повышения внутричерепного давления, в виде изменения его размеров, нечеткости контуров, деструкции, уклонения спинки "седла" в определенном направлении и проч. Расхождение швов костей черепа, также, как следствие повышенного внутричерепного давления, наблюдалось нами один раз (случ. № 24), у ребенка 10 лет. В девяти случаях, т.е. в 50% исследований можно было отметить характерные местные изменения черепных костей соответственно локализации опухоли. В случаях № 13, 14, 23, отмечалось локальное усиление рисунка костей черепа. В случаях № 15, 17 - наблюдался гиперостоз неравномерного характера, с участками разряжения, в случае № 10 - деструкция костной ткани. В случаях № 21, 24, 25 - было характерное смещение обезызвествленной шишковидной железы, резкое истончение затылочной кости, и дефект кости с наличием обезызвещенного тела в полости черепа. Мы хотим здесь подчеркнуть особую значимость рентгенологического исследования при парасagitтальных менингиомах, локализованных на протяжении средней трети продольного синуса, где клинически явления повышенного давления слабо, или вовсе не выражены, а при краниографии нередко видны, как общие, так и местные изменения костей, что в ряде случаев позволяет правильной диагностике.

АНГИОГРАФИЯ.

Сейчас, когда в основном уже разработана методика ангиографии (ангиографии) нельзя не указать на диагностическое значение ее. Последняя, как и всякий диагностический метод, должна

применяться там, говорят Брюсова и Копылов, где она не угрожает прямой опасностью и где она может дать дополнительные данные о характере болезненного процесса и его локализации. Цитируемые^а вторя, на основании литературных данных и собственных 57 случаев пришли к заключению, что менингиомы, в смысле показаний к ангиографии, стоят на первом месте после новообразований типа ангиом.

Мониц (автор метода), Пинто и Лима (*Moniz, Pinto, Lima*) считают характерным для менингиом резкий перегиб сосудов на протяжении, а также иногда выявляемые застойные явления в сосудистых сетях опухоли. Исследования Альтгаузена и Копедова в случаях менингиом обнаружили клубок сосудов, оплетающих или пронизывающих опухоль, особенно типичным здесь считается ветвление "елочкой" менингеальных артерий, подходящих к опухоли. Среди менингиом особо полезна и показана ангиография при парасагитальных менингиомах. "Такая опухоль, получающая васкуляризацию от ветвей, проходящих по поверхности гемисферы, и от веточек, питающих мозговой серп и отдающая, в основном, венозный отток в верхний продольный синус, представляется обычно оплетенной крупными многочисленными сосудами. На ангиограмме характерная картина расширенных ветвей, оплетающих по периферии сферическую опухоль или же округлый конгломерат крупных извитых сосудов, покрывающих опухоль... Сагитальные снимки позволяют установить переход опухоли на противоположную сторону. Кроме того, возможно проследить отношение опухоли к верхнему продольному синусу и убедиться в его частичной или полной облитерации" (Брюсова и Копылов). Однако, здесь все же нужно учесть замечание Оливекрона, что при значительной степени компрессии, артерии могут выполняться не полностью.

Э Н Ц Е Ф А Л О Г Р А Ф И Я.

Другим еще более важным диагностическим методом является: ЭНЦЕФАЛО И ВЕНТРИКУЛОГРАФИЯ. Метод заключается во введении

воздуха в субарахноидальное пространство путем поясничного или цистернального проколов, или непосредственно^В боковые желудочки мозга через введенную в них иглу, предварительно выпустивши соответствующее количество спинно-мозговой жидкости. Показания к этим диагностическим мероприятиям Оливекрона считает относительными, и в случае необходимости, по принципиальным соображениям производит только вентрикулографию непосредственно перед операцией. Тарнан рекомендует особую осторожность при проведении вентрикулографии, особенно энцефалографии и даже лямбальной пункции, в силу возможности возникновения явлений дислокации. Все же энцефалография является большим диагностическим подспорьем, подчас решающим, благодаря типичности картины при парасagitтальных менингиомах. В общем, на энцефалограммах при парасagitтальных менингиомах и других опухолях этой локализации видно сдавление крыши бокового или обоих желудочков сверху вниз, при умеренном смещении их в сторону (Копылов).

Оливекрона описывает детали вентрикулографической картины при парасagitтальных менингиомах в зависимости от их локализации на протяжении продольного синуса.

При парасagitтальной менингиоме передней трети sagittального синуса на стороне опухоли отмечается резкое сдавление переднего рога бокового желудочка сверху вниз, желудочек обычно уменьшен в объеме. В случае менингиом, находящихся на протяжении средней трети синуса, отмечается сдавление средней части гомолатерального бокового желудочка сверху вниз; весь боковой желудочек на стороне опухоли расположен ниже противоположного.

Энцефалограмма проведенная нами в случае парасagitтальной менингиомы на протяжении средней трети продольного синуса (случ. № 20) дала совершенно типичную картину: "передний рог правого бокового желудочка и частично его центральная часть отдалены

книзу. На профильной рентгенограмме это вдавление имеет четкие, гладкие контуры".

Энцефалограмма при парасагиттальных менингиомах задней трети синуса характеризуется сдавлением книзу заднего рога гомолатерального бокового желудочка, особенно в его медиальной части, передний рог довольно сильно смещен на стороне опухоли, однако, без больших деформаций. Боковой желудочек в целом обычно несколько больше, чем при парасагиттальных менингиомах в других районах. Здесь важно отметить то, что задний рог противоположного бокового желудочка не смещается, вследствие неподвижности прикрепления мозгового серпа к мозжечковому намету.

На энцефалограммах, произведенных в случае № 23 при опухоли этой локализации можно было видеть типичную картину, описанную Оливекрона. Однако, в отличие от утверждения цитируемого автора, здесь мы видели смещение всей системы боковых желудочков в противоположную сторону.

Указанные выше диагностические методы имеют большое значение в неврохирургии, однако, нельзя не разделить мнения И.С. Розенцвейга, который, признавая ценность энцефало - вентрикулографии и ангиографии, отмечает сложность методов, не безразличность их для больных, а иногда и опасность их. Поэтому автор рекомендует рентгенисследование всегда начинать с обычной краниографии, данные которой, при соответствующей клинической картине, в ряде случаев могут решить вопрос о диагностике.

СПИННО-МОЗГОВАЯ ЖИДКОСТЬ ПРИ ПАРАСАГИТТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМАХ.

В литературе имеются различные мнения по вопросу о дифференциально-диагностическом значении исследования спинно-мозговой жидкости при опухолях мозга. Однако, большинство авторов все-же признает ценность указанного исследования, считая его обязательным при подозрении на внутримозговое новообразование. Обычно спинно-мозговая жидкость извлекается путем поясничного или цистернального прокола, а иногда и путем непосредственной пункции боковых желудочков. Среди указанных методов большее применение имеет поясничный прокол Квинке, как наиболее доступный и безопасный. В Центральном Нейрохирургическом Институте (ЦНХИ), вне зависимости от локализации опухольного процесса, по принципиальным соображениям производят только поясничный прокол. Обязательным считается производство пункции в лежащем положении больного, общее количество извлекаемой жидкости не должно превышать $2-2\frac{1}{2}$ см³, в последующем производится строгое постельное содержание в течение 5 суток (Тэриан).

Указанные здесь меры предосторожности направлены на предупреждение иногда наблюдаемых тяжелых осложнений после пункции. Давление спинно-мозговой жидкости обычно измеряется с помощью манометра Клода, но и без этого по характеру истечения жидкости, иногда, можно судить повышено оно или не повышено. Уже сам вид спинно-мозгового пунктата, его прозрачность и цвет, могут дать ценные указания о характере патологического процесса. Но все-же основным для дифференциальной диагностики является количество белка, глобулиновые реакции и содержание клеточных элементов. Это считается основным потому, что большинство авторов признает белково-клеточную диссоциацию характерным признаком опухоли Ц.Н.С. Под белково-клеточной диссоциацией понимают содержание белка свыше 0,3% при нормальном количестве клеточных элементов. На основании данных большинства ис-

следователей, 5 экз ампляров клеточных элементов в 1 мм^3 можно принять как нормальное, хотя Раздольский увеличивает предел нормы до 10 экз. К этому числу всегда следует относиться критически и быть настороже, если исключается примесь крови к пунктату. Нужно согласиться с мнением различных авторов, что увеличение количества белка в спинно-мозговой жидкости зависит от трансудации его из сыворотки крови при венозном застое - явлении сопутствующем новообразованию. В отличие от имеющегося в литературе мнения, Арутюнов, Тэриан и друг., не могут отметить зависимости между гиперальбуминомом, гистопатологической структурой и локализацией опухоли. Зильберштейн правильно ставит вопрос о зависимости состава спинно-мозговой жидкости от экстра или интрацеребрального расположения опухоли. Цитируемый автор опровергает данные Шельд Нильса, утверждающего, что только парасагиттальные менингиомы и менингиомы Sylvianовой борозды дают повышенное количество белка, а для других локализаций менингиом характерно нормальное содержание белка. На материале Зильберштейн наиболее высокое содержание белка в спинно-мозговой жидкости было при базальных менингиомах от 0,66 - 8,25%, при конвекситальных оно равнялось 0,46-1,98%. Тэриан в 78% менингиом различной локализации отмечает в той или иной степени гиперальбуминоз.

Данные исследования спинно-мозговой жидкости, производившегося в наших случаях, мы приводим в нижеследующей таблице.

Из указанной таблицы видно, что в случаях парасагиттальных менингиом, где давление спинно-мозговой жидкости учитывалось, оно было в той или иной степени повышено. Спинно-мозговой пунктат, как правило, бесцветный, прозрачный. Исключая наши случаи № 7, 10, 13, 15, 17, среднее содержание белка в спинно-мозговой жидкости равнялось 1,21%. Это очень близко соответствует данным Тэриана, который показывает 1,25%. Однако, мы не склонны придавать здесь какое-либо значение средним цифрам, а тем более основываться на них в своих рассуждениях, так как слишком большой диапазон между содержанием бел-

Локализация опухоли	№ № по порядку	№ № слугая и дрессиния	Вид пункции	Давление, спинномозговой жидкости	Цвет и прозрачность жидкости	Количество белка %	Редкции			цитоз	Гистологический диагноз	Редкция Вассермана	
							Панци	Ночне-Аппелста	Вайхброгма				
1.	2	3	4.	5	6	7.	8	9	10	11	12	13	
Передняя треть	1	3	Лямбальная	Повышенное	Бесцветная, прозрачная.	1.59%		положит.	отрицат.	2.экз.	фиброзная арахноид-эндотелиома	отрицат.	
	2	4	Лямбальная	—	Бесцветная, прозрачная.	1.73%		положит.	—	2.экз.	саркома-подобная арахноид-эндотелиома	отрицат.	
	3	5	Лямбальная	—	Бесцветная, прозрачная.	1.59%		положит.	отрицат.	2.экз.	фиброзная арахноид-эндотелиома	отрицат.	
	4	6.	Цистернальн.	Повышенное	Бесцветная, прозрачная	0.46%	положит.	положит.	отрицат.	1.экз.	псаммомато-зная арахноид-эндотелиома	отрицат.	
	5	7.	Цистернальн.	—	Бесцветная, прозрачная.	0.31%			отрицат.	3.экз.	фибропла-стическая арахноид-эндотелиома	отрицат.	
	6	8.	Лямбальная	—		0.48%	положит.			3-5.экз.	псаммо-матозная арахноид-эндотелиома	—	
	7	9.	Лямбальная	—	Бесцветная, прозрачная.	1.33%		положит.	положит.	1.экз.	фибро-бластическая арахноид-эндотелиома	—	
Средняя треть	8	10.	Лямбальная	Повышенное	Бесцветная, прозрачная.	0.21%	отрицат.	отрицат.	отрицат.	2-3.экз.	Ангио-ретикулома	отрицат.	
	9	11	Лямбальная	—	Бесцветная, прозрачная.	1.46%		положит.		7.экз.	псаммо-матозная арахноид-эндотелиома	отрицат.	
	10	12	Лямбальная	—	Бесцветная, прозрачная.	1.59%		положит.	отрицат.	2.экз.	—	—	
	11	13.	Лямбальная	Повышенное	Бесцветная, прозрачная.	0.21%		отрицат.	отрицат.	1.экз.	Ярко-красная эндотелиома с концентрич. постатемизм	—	
	12	14	Лямбальная	—	Бесцветная, прозрачная.	0.72%	положит.	положит.		3.экз.	Ярко-красная эндотелиома альвеолярного инкулярного строения	—	
	13	15	Цистернальн.	Повышенное	Бесцветная, прозрачная.	0.29%	—		отрицат.	1.экз.	Фиброзная арахноид-эндотелиома	отрицат.	
	14	16	Лямбальная	—	Бесцветная, прозрачная.	1.86%		положит.	слабо положит.	14.экз.	—	отрицат.	
	15	19	Лямбальная	—	Бесцветная, прозрачная.	0.59%	—	положит.	отрицат.	7.экз.	Ярко-красная эндотелиома альвеолярного строения	отрицат.	
Задняя треть	16	20	Лямбальн.	—	Бесцветная, прозрачная.	0.43%	—		отрицат.	1.экз.	Ксантоматозная арахноид-эндотелиома	отрицат.	
	17	22	Лямбальн.	—	Бесцветная, мутная.	0.24%	—	отрицат.	отрицат.	1.экз.	саркома-подобная арахноид-эндотелиома	—	
	18	23	Цистернальн.	Повышенное	Бесцветная, прозрачная.	0.73%	—	положит.	отрицат.	1.экз.	Мeninge-оматозная арахноид-эндотелиома	—	
	19	25	Цистернальн.	—	Бесцветная, прозрачная.	1.06%	—	положит.		9.экз.	—	—	
	20	26	Лямбальная	Повышенное	Бесцветная, прозрачная.	2.53%	—	положит.	отрицат.	7.экз.	саркома-подобная арахноид-эндотелиома	отрицат.	

ка в различных Пунктатах. Примером может служить случай № 20, где количество белка незначительно увеличено - 0,43%, и случай № 26, где оно резко повышено - 2,53%. Все-же, исключая указанные случаи № 7, 10, 13, 15, 17, где содержание белка в спинно-мозговой жидкости было нормальным (0,21% - 0,31%) следует отметить, что большинству случаев присуще повышение количества белка и чаще всего выше единицы или близко к ней. Интересно проследить зависимость между количеством белка и реакциями Панди, Нонне-Аппельта и Вейхбротта.

В 5 проведенных реакциях Панди, она была лишь 1 раз отрицательной в жидкости с нормальным содержанием белка (случ. № 10), в остальных случаях она была положительной, даже при количестве белка в 0,46%. Обращает на себя внимание случай № 11, где при содержании белка в 1,46%, реакция Панди дала лишь опалесценцию, тогда как в других случаях с меньшим количеством белка реакция была явно положительной. Реакция Нонне-Аппельта из 19 случаев лишь в 3-х дала отрицательный результат (случ. № 10, 13, 22), где содержание белка было ниже 0,25%, т.е. нормальным. В случае № 7 и 15 при количестве белка 0,31% и 0,29%, эта реакция дает уже опалесценцию, во всех же остальных случаях результаты реакции оказались положительными. Среди проведенных 16 реакций Вейхбротта в 13 случаях результаты были отрицательными, в 1 случае (№ 11) была опалесценция, в случае № 16 - слабо положительная и в случае № 9 - положительная реакция. Причем здесь мы видели неожиданные результаты, например, положительная реакция в случае № 9, где содержание белка равнялось 0,33% и отрицательная реакция в случае № 26, где белка было 2,53%. Все вышесказанное позволяет сделать вывод, что только реакции Панди и Нонне-Аппельта являются надежными в смысле постоянства своих результатов и довольно чувствительными. Наш материал разрешает нам, в этом смысле, отдать предпочтение реакции Нонне-Аппельта. Реакция

Вейхбротта, как мы уже говорили, не надежна и мало чувствительна.

Содержание форменных элементов в спинно-мозговой жидкости, за исключением случая № 16, было ниже 10 и вообще чаще всего встречалось в пределах 1-3 экземпляров. Таким образом, в своей массе, нашим случаям была присуща выраженная белково-клеточная диссоциация. Определить какую-либо зависимость между содержанием белка, цитозом, локализацией опухоли и ее гистологической структурой, наш материал не позволяет. Имеющиеся в литературе указания о положительной реакции Вассермана при опухолях головного мозга, нашим материалом не подтверждается; так, при 12 исследованиях спинно-мозгового пунктата, указанная реакция была отрицательной.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСИТИТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ.

В одном из невро-хирургических руководств Поленова, Никитина и Сазон-Ярошевича говорится, что "установленный диагноз опухоли головного мозга является сам по себе показанием к оперативному вмешательству, но для того, чтобы удалить опухоль необходимо наличие нескольких условий: 1) чтобы было точно известно, где опухоль располагается; 2) чтобы отделы мозга, где находится опухоль, были доступны оперативному вмешательству; 3) чтобы величина и распространение опухоли позволяли осуществить ее удаление, и 4) чтобы общее состояние больного допускало достаточно тяжелое и продолжительное оперативное вмешательство".

По сути дела речь идет об отборе материала для оперативного лечения, на необходимость которого указывает профессор З.И. Гейманович. Но цитируемый автор, почти отрицая недоступные по своей локализации опухоли, во главу угла ставит принципиальный вопрос о связи операбельности со структурой опухоли.

Учет гистологической структуры опухоли, говорит Бей-

ли, дает возможность хирургу наметить план операции и определяет трудности связанные с ней. Благодаря работам Бейли и Кушинга, установившим прямую зависимость между гистопатологическим строением опухоли глиального ряда и их клиническим проявлением, хирургия опухолей головного мозга стала на твердую почву. Это положение, по нашему мнению, исчерпывающе формулировано З.И. Геймановичем, который говорит, что "структурой опухоли ... прежде всего определяется прогноз вмешательства, т.е. по сути дела и сама постановка показаний".

Техника оперативного вмешательства при парасагитальных опухолях, в какой бы трети протяженности продольного синуса они не были локализованы, в общем сходна; деталей же мы коснемся ниже.

Подготовка больного к операции начинается с очищения кишечника, гигиенической ванны и бритья волосистых покровов головы. Эти мероприятия некоторые авторы рекомендуют проводить вечером накануне операции, а другие непосредственно перед операцией. Однако, это не имеет существенного значения. Оливекрона рекомендует давать на ночь накануне операции 0,3 люминала и за час до операции еще 0,2 люминала в виде подкожной инъекции. За полчаса до операции вводится 0,01 морфия под кожу. После этой подготовки больной подается в операционную, где укладывается на столе, обычно на боку противоположном локализации опухоли.

Большую часть своих больных Оливекрона укладывает на спине, за исключением тех случаев, где опухоль локализуется на протяжении задней трети синуса. При последних, как и при операциях на мозжечке, придается положение на животе, которое сам автор признает неудобным, но считает необходимым.

В нашей клинике, независимо от локализации опухоли, больные всегда укладывались на боку противоположном ей. При тщательной укладке больного и соответствующем положении операционного стола, мы не видели от этого каких-либо неприятных явлений. Такое поло-

жение позволяет, при необходимости напоить больного, вытереть ему лицо, дает возможность следить за ним, а в случае появления рвот не нарушает хода операции и ее асептики, разрешая при том оказать нужную помощь.

Операционное поле в широких пределах обрабатывается по обще-употребительному способу Гроссика, а затем ограничивается марлевыми салфетками так, что средняя линия остается свободной. Предварительно для определения направления Роландовой и Сильвиевой борозд на соответствующей стороне наносится схема Кронлейна. После всех этих приготовлений приступают к обезболиванию.

Да-Коста (Da-Costa) свои операции по поводу парасанитальных менингитов проводил под общим эфирным наркозом. Последний считается Оливекрона непригодным в этих случаях, так как требует весьма опытного наркотизатора, дает повышение внутричерепного давления, а послеоперационные рвоты являются просто угрожающими в смысле возможности образования послеоперационных гематом. Эфир применяется им только в единичных случаях при основном авертиновом наркозе. Долгое время автор пользовался ректальным эфирным наркозом, при котором послеоперационные рвоты наступают очень редко и то через несколько часов после операции, повышение внутричерепного давления здесь менее выражено, чем при капельном способе. К недостаткам этого способа следует отнести "выдавливание" введенного раствора при редко встречающейся стадии возбуждения и тогда его пополнение не точное в смысле количества, так как всегда есть боязнь передозировки, также отмечаются тенезмы и раздражение слизистой прямой кишки.

Со времени введения авертинового наркоза эфирный ректальный наркоз вовсе оставлен автором. При авертиновом наркозе засыпанию не предшествует период возбуждения, наркоз длительный, послеоперационные рвоты не наблюдаются, а понижение кровяного

давления происходит в такой степени, что не внушает опасения. При обычной дозе в 80-100 мг авертина на 1 кг. веса тела наркоз бывает поверхностным и тогда приходится прибавлять еще 10 мг. или прибегать к эфиру. Здесь довольно неприятен длительный послеоперационный сон. В последнее время автор проводит операции безболезненно, под местной анестезией 1% раствором новокаина, с предварительной подготовкой леминалом и морфием, как это указывалось выше. Только очень чувствительные суб"екты требуют применения общего наркоза. В настоящее время большинство авторов пользуется местной анестезией 0,5% раствором новокаина с адреналином (Тэриан). Добротворский при операциях по поводу опухолей головного мозга лучшим наркотическим средством считает внутривенный гедоналовый наркоз.

Во всех наших случаях применялась местная инфильтрационная анестезия ($\frac{1}{2}$ % раствор новокаина с адреналином), что дает вполне хороший анестезирующий эффект. Только при затянувшихся операциях акт зашивания ран иногда бывает болезненным, что требует дополнительного введения небольшого количества новокаина.

В одном нашем случае (случ. № 24), у ребенка 10 лет пришлось применить общий эфирный наркоз из-за крайне возбужденного состояния больного, а затем был внутривенно введен 5% гексонал.

Перед тем, как приступить к образованию костно-пластического лоскута, Оливекрона рекомендует учесть его размеры, чтобы он был не очень большим или малым, ибо последнее часто требует вторичного расширения отверстия, что затем обуславливает дефект кости. Малый костный лоскут еще опаснее большого, так как он может ущемлять прилежащие центры; поэтому идеальным костным лоскутом является такой, который находится прямо над опухолью так, что последняя может появляться сама вследствие повышенного внутричерепного давления (Денди). Продольный синус должен обнажаться по длиннику в пределах не менее 10 см., вследствие чего кожный лоскут заходит за среднюю линию на 2-3 см., а при двусторонних опухолях на 5-6 см.

Эльсберг рассекает кость на 1-2 см. от средней линии в сторону поражения. Аналогичным образом это производилось и в нашей клинике, что безопасно с точки зрения ранения продольного синуса и, главное, не затрудняет удаление опухоли.

После поднятия костного лоскута и остановки кровотечения Эльсберг производит небольшой разрез спереди назад в обнаженной твердой мозговой оболочке параллельно верхнему костному краю, затем кость выкусывается до средней линии с тем, чтобы продольный синус был обнажен на протяжении не менее 4 см., после чего дополнительно рассекается твердая мозговая оболочка. Оливекрона считает необходимым обнажать синус сразу же, без дополнительного последующего расширения раны, так как при этом будет меньшее кровотечение.

Височная область, в большинстве случаев, служит базисом для костно-пластического лоскута. В последнее время Егоров, Дэнди, З. Гейманович и друг. при операциях в лобном отделе ведут кожный разрез в виде "кокошника", что в последующем устраняет видимый рубец. Кровотечение при парасagitтальных менингиомах бывает обильнее, чем обыкновенно. Последнее можно избежать сдавлением кожи с обеих сторон намеченного разреза, пока не будут наложены кровоостанавливающие пинцеты, при чем разрез часто у нас производился не сразу, а частями, с тем чтобы после остановки кровотечения в рассеченном участке разрез продолжать дальше. Поленов и Бабчин говорят, что еще и сейчас многие применяют, так называемый, гемостатический шов Гейденгейна. Так, Эльсберг у основания височной области накладывает непрерывный кетгутовый шов, который ведется в обе стороны, не доходя на одну треть расстояния до средней линии. Этот шов захватывает все мягкие ткани до кости вместе с надкостницей, полностью останавливает кровотечение в свободном лоскуте. Зажимы накладываются лишь на противоположный край разреза. По Дэнди кожный лоскут после отпрепаровки отбрасывается вперед, сосу-

ды электрокоагулируются, височная мышца рассекается. Там, где продольный синус пересекается костью, просверленные отверстия должны располагаться близко друг к другу, тогда можно легко отсепаровать его и твердую мозговую оболочку от кости.

Костные отверстия накладываются электрическими фрезами Дуайена, Де-Мартеля или ручным коловоротом в количестве 4-5 или больше, в зависимости от необходимости (Поленов и Бабчин). Оливекрона при парасатитальных менингиомах костные отверстия накладывает исключительно фрезой Де-Мартеля в количестве 6-7. Встречающееся при этом обильное кровотечение из сосудов костей, обычно останавливается воском или костные отверстия тампонируются ватой (Поленов и Бабчин, Оливекрона).

В нашей клинике трепанационные отверстия производились преимущественно ручным путем, что по нашему мнению менее травматично, чем употребление аппарата Де-Мартеля. Возможное здесь кровотечение, особенно, у средней линии, соответственно положению опухоли, останавливалось указанными способами.

В одном случае (случ. № 18) кровотечение из диплоэтических вен было настолько сильным, что костные каналы пришлось забить кусочками кости.

Твердая мозговая оболочка отсепаровывается особым инструментом типа элеватора, что не трудно, если она не приросла к кости, а в последнем случае представляет большие трудности и сопровождается кровотечением. Отслойка твердой мозговой оболочки может производиться и предохранителем Поленова, предложенным для Дуайеновской пилы.

Если отсепаровка затруднена из-за сращения, то тогда Оливекрона рекомендует на этом месте наложить новое отверстие, что удается сделать без перфорации оболочки. После этого акта приступают к пропилю кости между отверстиями "электрической пилой Дуайена, резцом Де-Мартеля, ручной пилой Джигли или кость прорезает-

ся пиццами Дальгрена" (Поленов и Бабчин). Электропилы и фрезы не представляют существенных преимуществ, говорит Оливекрона, они громоздкие, иногда более опасные, не дают выигрыша во времени. Указанный автор для рассечения кости применяет свои проволочные пилы, сделанные из струн для рояля.

Мы целиком разделяем мнение автора, так как в нашей клинике мы видели, что пилы Джигли и Оливекрона позволяют быстро, безопасно и без большой потери костного вещества произвести костно-пластический лоскут. Вся операция в руках Оливекрона от кожного разреза до образования костного лоскута длится 10-15 минут, что, очевидно, является пределом технического совершенства. Здесь следует указать, что при откидывании кожно-костного лоскута, иногда наблюдается падение кровяного давления. Это ни в какой мере не связано с кровотечением, так как оно отмечалось и при минимальных кровопотерях. Тэриан объясняет это как результат резкой дислокации, более грубо выраженной при экстрацеребральных опухолях. Важно отметить, что такое падение кровяного давления быстро возвращается к норме, без принятия специальных мероприятий. По обнажении твердой мозговой оболочки обычно встречаются расширенную, извитую гипертрофированную среднюю оболочечную артерию и ее ветви, являющиеся, как мы уже говорили, одной из основных артерий, питающих парасагитальную менингиому, а также значительно развитую сеть измененных сосудов. Указанные изменения сосудов требуют тщательной перевязки или коагуляции их для предупреждения могущего быть обильного кровотечения, что как видно из нашего материала не только мешает проведению операции, но иногда заставляет ее прервать.

Эльсберг не рекомендует останавливать здесь кровотечение наложением ваты, так как это часто травмирует кору, а вторичный отек мозга при этом наблюдается нередко. Для уменьшения внутричерепного давления производится лямбальная пункция (Бурденко, Гейманович и друг.), а Оливекрона пунктирует боковой желудочек. Автор это делает до операции для выведения воздуха, так как в большинстве случаев предварительно была произведена вентрикулография. Тэриан говорит, что выведение

20-30 см³ ликвора снижает внутричерепное давление, вследствие чего значительно уменьшается кровотоечение. При этом также появляется пульсация мозга и не отмечается его продвигания после вскрытия твердой мозговой оболочки. При грубо выраженном гипертензионном синдроме иногда поясничный прокол производился у нас непосредственно перед операцией.

Обычно твердая мозговая оболочка вскрывается несколько отступая от края костного дефекта. Эльсберг здесь выкраивает вторичный небольшой лоскут твердой мозговой оболочки с основанием к средней линии на 1 см. отступая от синуса или места прикрепления опухоли. Этот лоскут, по мнению автора, имеет то преимущество, что им можно прикрыть кровоточащее место в синусе или мозговом серпе. Тэриан основание лоскута твердой мозговой оболочки оставляет у средней линии с тем, чтобы минимально повредить вены, впадающие в продольный синус.

В нашей клинике твердая мозговая оболочка вскрывалась дугообразным разрезом с основанием книзу, а не к средней линии, так как это позволяет, в случае необходимости расширить дефект наиболее свободно. Это же облегчает отсепаровку опухоли в случае ее приращения к оболочке. Перед вскрытием твердой мозговой оболочки Тэриан рекомендует расслаивание ее по методу акад. Н. Н. Бурденко на два листка, что является особенно желательным в тех случаях, где, благодаря спайке опухоли с твердой мозговой оболочкой часть последней удаляется вместе с новообразованием, вследствие чего получается дефект - твердой мозговой оболочки, который может быть легко закрыт, расслоенным ее листком. В этих случаях отпадает надобность прибегать для закрытия дефекта твердой мозговой оболочки к пластике ее фасцией или какому-либо другому материалу. Расслаивание твердой мозговой оболочки на два листка удается обычно довольно легко, но иногда твердая мозговая оболочка бывает настолько изменена, что расслоить ее не удается и тогда от этого приходится отказаться".

Довольно ответственным моментом является пересечение твердой мозговой оболочки между опухолью и продольным синусом, так как этот акт часто сопровождается обильным кровотечением. При ранении продольного синуса в одном или нескольких местах кровоточащее место зажимается торсионным пинцетом или придавливается ватой. При обширных ранениях синуса приходится прибегать к его резекции, а небольшие дефекты возможно закрывать кусочками мышцы (Оливекрона). Ножка твердой мозговой оболочки, на которой фиксирована опухоль, зажимается между торсионными пинцетами, коагулируется и затем отсекается (Кушинг). Эльсберг пользуется этим приемом даже тогда, когда сосуды ножки перевязаны.

Ранение продольного синуса и сосудов в него впадающих при парасagitтальных менингиомах нельзя считать очень редким явлением и оно бывает в высшей степени обильным (случ. № 6, 15, 19, 26). Это осложнение может стать смертельным, если тотчас-же не принять решительных мер. Обычно, кровотечение при небольших ранениях синуса может быть остановлено давлением на поврежденное место влажной ватой, в других же случаях это удается при помощи пересадки кусочка свежесрезанной мышцы. Эффект, получаемый от применения указанного метода показывает, что перевязка синуса не является единственно возможным средством остановки кровотечения из него. Очевидно, показанием к перевязке синуса является только обширные его повреждения при безуспешном применении других методов. В эти тяжелые минуты для оперируемого и хирурга, больной должен стать предметом особых забот, так как при этого рода кровотечениях довольно быстро наступает падение кровяного давления и сердечной деятельности. Кроме сердечных средств, здесь особо показано переливание крови.

Мы видели, как больной (случ. № 15), потерявший на столе пульс, тут-же через некоторое время вышел из состояния шока

после комбинированного применения сердечных средств и переливания крови.

Если опухоль очень большая, то ее можно уменьшить острой ложкой или электропетлей прежде чем отделить от синуса (Кушинг, Оливекрона, Эльсберг, Дэнди). Это по Эльсбергу дает не только спадение опухоли, но также ведет к уменьшению венозного застоя, отдельные артерии и вены коры становятся более видимыми, что позволяет избежать их ранения. Оливекрона мягкие опухоли рекомендует отсасывать, так как это дает меньшее кровотечение. Если кровотечение из опухоли обильное, тогда в последнюю вводят большую иглу, соединенную с диатермическим полюсом, опухоль сваривается током и затем удаляется петлей. Указанный способ разрешает удалять даже исключительно кровоточивые опухоли. В последнем случае рекомендуется медленно вводить электропетлю в опухоль, чтобы захватить все ее слои, этот прием особенно полезно проводить у медиального края опухоли, т.е. вблизи места ее прикрепления (Эльсберг).

Аналогичным образом Кушинг оперирует крупные опухоли путем первичной экскавации - первоначально удаляется мякоть, что дает спадение оболочки опухоли и позволяет их удалять с меньшей травмой окружающих тканей.

По нашему материалу видно, что крупные опухоли являются наиболее частым показанием для удаления их путем кускования. В этих же случаях состояние больного не всегда позволяет полное удаление опухоли, примером могут быть случаи № 5, 10, 19, 21, 23, 24, 25, 26.

Поверхностно лежащие парасанитарные опухоли удаляются целиком без кровотечения и повреждения мозга, что обеспечивается предварительной тщательной перевязкой всех сосудов, идущих к наружной поверхности из опухоли. Тэриан и другие, после тщательной коагуляции или лигирования сосудов, подходящих к менингиоме,

рекомендует прошивать опухоль крепкими лигатурами и путем очень осторожного подтягивания за них выделяет опухоль, помогая при этом шпателью.

В случаях №№ 6, 7, 9, 13, 14, 17, 19 и друг. опухоли были удалены указанным путем.

Выделение опухоли таким способом должно производиться чрезвычайно нежно и медленно, чтобы не ранить глубже лежащих сосудов, а наоборот перевязать их по мере выделения новообразования. Это обеспечивает удаление опухоли с минимальной кровопотерей, в отличие от выщипывания ее пальцем, где возможно ранение сосудов, лежащих под опухолью, кровотечение из которых останавливается с трудом.

Это кропотливая и требующая много времени работа.

В одном случае Тэриана такое выделение потребовало около 3-х часов. Если ткань опухоли крупка, нити прорезываются, тогда удаление ее производится мозговыми шпательями.

Электрохирургическая аппаратура позволила производить коагуляцию подозрительных на поражение опухолью участков стенки синуса и твердой мозговой оболочки. Однако, так как эта часть операции чрезвычайно кровоточива, то врач часто стремится, говорит Кушинг, снять больного живым со стола, пренебрегая другими деталями операции. Эти моменты часто могут обуславливать последующее поражение синуса по поводу чего приходилось повторно удалять последний. После этого Кушинг не наблюдал рецидивов.

Комбинированный способ вычерпывания и коагуляции опухоли не всегда предохраняет от рецидива. Кушинг отмечает их даже через 8 лет. Если во время операции определено поражение синуса опухолью, то тогда по удалении основной массы новообразования неврохирург мог бы быть склонен, говорит Кушинг, к резекции его в первый или второй этап операции. Впервые резекция передней трети синуса

была произведена в 1913 году со смертельным исходом. Первая удачная резекция синуса была произведена в 1927 году. В 1927 году после резекции синуса вместе с билатеральной опухолью Кушинг наблюдал гемиплегию. Эльсберг не рекомендует производить перевязку синуса, но в исключительных случаях это возможно только в самых передних отделах, где синус еще очень узкий. Кровотечение из синуса автор справедливо считает очень редким показанием для его перевязки, так как оно может быть всегда остановлено кусочком мышцы, о чем мы уже говорили выше. Горакс (Hogax) никогда не резецировал синус дальше Роландовой борозды из-за осторожности, так как считает это мероприятие опасным. Резекция синуса, говорит Рове, является очень смелым мероприятием, однако, результаты зависят от места поражения и наличия предшествующего его тромбоза вследствие прорастания опухоли. По мнению Кушинга, нельзя сейчас определенно высказаться о возможности резекции синуса в его центральной и затылочной частях. Известен случай Давида, Биссери и Брунна (David, Bissezy, Brunn), который приводится Кушингом, где в неврохирургическом отделении Парижской больницы *La Pitié* была удалена билатеральная парасагиттальная менингиома вместе с пораженным синусом в области Роландовой борозды.

Особое место, по нашему мнению, занимает операция Да-Коста в смысле своей радикальности. Да-Коста при парасагиттальных менингиомах на протяжении передней трети синуса производил венечный разрез (кокошником). По обнаружении опухоли и определении ее связи с продольным синусом последний смазывался йодной настойкой и на этом после шва мягких тканей заканчивается первый этап операции. Во втором этапе, который проводится через 3-6 дней после первого, автор резецирует переднюю часть продольного синуса и соответствующий отдел мозгового серпа впереди Роландовой вены вместе с опухолью. Резекция синуса вместе с мозговым серпом проводится автором даже в тех случаях, где очевидных признаков поражения пос-

ледних нет. Также обращает на себя внимание обязательная двухтем-
ность операции, даже в тех случаях, где исходя из описания опухоли
могла быть удалена одномоментно.

Кушинг говорит, что менингиомы являются, пожалуй, единственными опухолями, при которых иногда приходится применять устаревший способ двухмоментной операции. Однако, некоторые авторы, в частности Пуссен, рекомендует двухмоментные операции по поводу и подкорковых опухолей. В первый момент вскрывается твердая мозговая оболочка и кора над опухолью, а во второй - через 15-20 дней производится удаление самой опухоли. Здесь идет расчет на более легкое удаление опухоли во втором темпе, в связи с тем, что последняя часто выходит на поверхность через разрез коры. Акад. Бурденко считает, что вопрос о темпах операции решается в зависимости от состояния кровяного давления больного. Иногда операцию приходится прервать в самом ее начале из-за кровотечения и развившегося шокового состояния (Тэриан).

Среди нашего материала операция проводилась двухтем-
но в случаях №1, 18, 23, 25.

В одном случае Да-Коста была удалена кость в первом темпе операции вследствие ее поражения опухолью, а во втором темпе костный дефект был закрыт целлулоидной пластинкой, которая закрепляется серебряной проволокой. Это дает некоторое уплощение лобного отдела, но зато, по мнению автора, значительно предохраняет мозг от травмы. Скопившаяся спинно-мозговая жидкость под целлулоидной пластинкой могла быть легко аспирирована путем ежедневных пункций в течение нескольких дней, пока это скопление не прошло.

Удаление парасагиттальных менингиом, сопровождающихся гиперостозом, имеет ряд интересных особенностей. Кушинг говорит, что с момента первого удаления гиперостоза стала ясна необходимость удаления и внутричерепной опухоли, сопровождающей гиперостоз. Автор

приводит случай радикальной операции, произведенной Давидовым - удаление гиперостоза, внутр^{ре}ичерепной опухоли, соответствующих частей продольного синуса и мозгового серпа и думает, что такого типа операции в будущем будут проводиться чаще. Эльсберг удаляет гиперостоз черепных костей кусачками и стремится не вводить его в костный лоскут.

Удаление кости, как например это было в наших случаях № 1, 5, 15, 27, 28, главным образом, определяется ее поражением или неполным удалением опухоли. В первом случае дефект костной ткани неизбежен, так как поврежденные ее участки приходится удалять щипцами, как это делает Эльсберг и другие авторы. Во втором случае, кость приходится удалять из костнопластического лоскута, чтобы понизить внутричерепное давление, могущее развиваться в связи с неудаленной на операции частью опухоли.

Не всегда легко до операции определить двухстороннюю опухоль. Из этих соображений Поппен (Poppen) кожный разрез ведет за среднюю линию и соответственно на противоположной стороне накладываются фрезой костные отверстия. Кость между отверстиями пропиливается пилами Джигли, проведение которой автору удается без повреждения синуса. Если же имеется и экзостоз, то тогда автор на территории костного лоскута вокруг пораженного участка кости накладывает нужное количество отверстий, в последующем соединяющихся между собой. После этого костный лоскут обычным путем поднимается, а участок гиперостоза остается на месте соответственно прилежащей опухоли. Связь пораженного участка кости с твердой мозговой оболочкой до ее вскрытия может быть отделена элеватором. Если твердая мозговая оболочка сращена с костью на всем ее протяжении, то тогда возможно образование только обычного лоскута с последующим нежным отделением синуса и оболочки. При наличии дефекта твердой мозговой оболочки после удаления опухоли ав-

тор рекомендует производить ее пластику полоской периоста из внутренней части скальпа. После этого кость укладывается на место с дефектом внутри или, если был произведен обычный костный лоскут вместе с гиперостозом, то он фиксируется шелком на место после предварительного его кипячения. Широкое обнажение операционного поля в случае прорастания опухолью синуса позволяет его резекцию без дополнительных технических приемов. Кипячение кости с наличием гиперостоза дает не только надежную стерилизацию, "убивающую" клетки опухоли, инфильтрирующие кость, но и хорошую защиту (Венсан, Давид, Пуэш).

Обычно пораженная кость вовсе удаляется из лоскута (Кушинг, Дэнди, Оливекрона, Зальберг, Да-Коста, Поппен, Рове, Тэриан). Это, естественно, оставляет после себя значительные дефекты, замещение которых путем гомопластических пересадок костей ребер и лопатки не дало больших результатов (Наффцигер) (*Naffziger*).

Поэтому стерилизация пораженной кости представляет большой практический и теоретический интерес. Автором этого метода в литературе считается Наффцигер (1936 г.). Однако, Венсан, Давид и Пуэш в одном из 8 случаев менингиом мозгового серпа, сопровождавшегося гиперостозом, еще в 1935 году произвели стерилизацию костного лоскута в течение 30 минут при температуре в 120° , после чего он был фиксирован на место бронзовой проволокой.

Наффцигер при всякого рода поражениях костей черепа рекомендует их кипячение в течение нескольких минут. Это дает вполне хорошие результаты при соблюдении строго асептических условий. Также и Рове рекомендует кипячение пораженной опухолью кости черепа, что ведет к гибели клеток опухоли.

Менингиомы мозгового серпа, в смысле техники их оперативного удаления, иногда представляют некоторые особенности, в связи с тенденцией расти в обе стороны, и, следовательно, вдавливаясь в медиальные поверхности полушария, могут покрываться корой. Такую опухоль, говорит Кушинг, часто трудно определить и приходится прибегать к эксплоративным проколам. В передней трети продольно-

го синуса удаление этих опухолей меньше отличается от обычного способа, в других же частях представляет определенные трудности и нередко их удаление приходится производить транскортикально. Венсан, Давид и Пуэш обобщая свой опыт менингитом мозгового серпа, говорят о тяжести их удаления в связи с локализацией. Авторы различают: а) менингиомы, удаление которых не связано с перевязкой Роландовой вены и б) более тяжелые случаи, где Роландову вену нужно лигировать.

Нередко при удалении этого рода менингиом, растущих в области центральной извилины по данным литературы, приходится резецировать соответствующую часть продольного синуса, с предварительной перевязкой Роландовой вены, что в свою очередь может сразу же вызвать моно или гемипарез.

В большинстве случаев параситальных менингиом оперированных в Ц.Н.Х.И. было применено переливание крови. Количество крови колебалось от 200 до 600 куб.см., чаще применялась трансфузия дробными дозами несколько раз в течении операции, в зависимости от состояния кровяного давления (Тэриж). Кушинг указывает о возникающей иногда необходимости перед операцией по поводу менингиомы предварительно перелить больному кровь.

В 13 наших случаях, оперированных по поводу параситальных менингиом было произведено переливание крови (случ. № 6, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 25, 26). Обычная доза переливаемой крови равнялась 200 куб.см., в отдельных случаях (случ. № 9, 10, 17) она повышалась до 400 куб.см. Пожалуй, при менингиомах, среди других опухолей головного мозга наиболее показано переливание крови, так как при них часто возникают обильные, профузные кровотечения.

ОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Из 33 случаев Оливекрона умерло 5 человек, что составляет 15,2%, главным образом из-за ликворных свищей, инфекции, кровотечения и отеков мозга. В двух случаях были легочные осложнения. Вскоре после выписки умерло еще 4 человека, трое из которых от рецидива опухоли. К моменту описания (1934 г.) 16 человек были здоровы и в различной степени трудоспособны. Из них двое имеют односторонний амавроз, один - легкий спастический парез левой ноги, двое - гемипарезию. Последние явления вообще восстанавливаются трудно и позднее других (Помме, Билльям, Гамон). В 8 случаях дефекты были таковыми, что более или менее значительно ограничивали трудоспособность. Трое еще до операции были слепыми, в 3 случаях остались парезы, в одном случае выраженные психические расстройства и в другом остались Джексоновские припадки. Следовательно, 15,2% умерло в результате оперативного вмешательства, 10% - умерло позже от рецидива опухоли, в 50% - полное или почти полное выздоровление, и в остальных - почти 25% - выздоровление с дефектами, которые значительно снижали трудоспособность. В 51 случае парасатиттальных менингиом, оперированных Кушингом на протяжении с 1910 по 1932 год, потребовалась 101 операция. Общая смертность здесь равнялась 17%, 11% из них связано с послеоперационными осложнениями, а 6% непосредственно с самой операцией. Венсан, Давид и Пуэш в 8 оперированных менингиомах мозгового серпа отмечают 7 выздоровлений и один смертельный случай, связанный с самой операцией. Кушинг в 7 своих оперированных менингиомах мозгового серпа отмечает смертельный исход в 57% случаев (4 случая).

Чрезвычайно интересны оригинальные данные Кушинга об отдаленных результатах после операции по поводу менингиом вообще и в частности, парасатиттальных, в связи с их гистологическим строением.

Первый тип - менинготелиоматозный (38,2%). В первом варианте из 32 случаев через 5 лет были в живых 20 человек, 2 случая наблюдались после операции 23-24,5 лет. Наиболее часто эти опухоли локализовались в парасagitтальной области - 7 случаев. Таким образом, эта группа очень благоприятна в прогностическом отношении.

Второй вариант. Из 41 случая различной локализации - 22 человека жили более 5 лет. Наблюдение после операции в течение 18 и 27 лет касаются 2 случаев парасagitтальной менингиомы. Эта группа также благоприятна.

Третий вариант. Свыше 5 лет жило 12 человек из 22. Наибольший срок наблюдения - 21 год касается супраселлярной менингиомы. В этой группе было 10 парасagitтальных менингиом, 2 из которых сопровождалась гиперостозом.

Четвертый вариант. 18 из 26 человек жили после операции свыше 5 лет. Наблюдения в течении 16 и 24 лет касаются парасagitтальных менингиом. Всего в этой группе было 5 парасagitтальных менингиом.

В общем все варианты этого типа следует считать очень благоприятными в смысле после-операционного прогноза.

Второй тип. - Менинготелиоматозный с формированием концентрических структур (25,4%). Из 78 опухолей всех вариантов наблюдались более 5 лет 57 случаев, 2 случая парасagitтальных менингиом (1-й вариант) жили 25 лет. В этой группе было всего 12 парасagitтальных менингиом. Указанный тип новообразования также нужно считать благоприятным в прогностическом отношении.

Третий тип. Фибробластическая менингиома (17,3%). Свыше 5 лет во всех 3-х вариантах жило 30 человек из 53. Наблюдение в 20 и в 24 с половиною года касаются опухолей средней и задней черепной ямки. Сюда относятся 11 парасagitтальных менингиом, 3 из которых сопровождалась гиперостозом.

Четвертый тип. Антибластическая менингиома (7,5%).

Первый вариант - только 1 человек из 6 жил более 5-ти лет после операции. Во всех случаях были рецидивы. В 4-х случаях было произведено одна или две повторные операции. 5 случаев исходили из места слияния синусов.

Второй вариант - более 5 лет из 11 человек жило 4. Наибольший срок наблюдения 13 лет. В этой группе 2 случая парасагиттальной локализации.

Третий вариант - всего 6 случаев. 2 человека к моменту описания были живы - более 10 лет. Наибольшее наблюдение равняется 22 годам. Парасагиттальной локализации в этой группе не было.

Пятый тип. Менингиомы эпителиоидно-клеточного состава (5,8%).

Первый вариант. 5 человек из 10 жили более 5 лет, несмотря на злокачественную структуру опухоли. Только в одном случае повторная операция по поводу рецидива. Другие случаи наблюдались 8-12-18½ лет. Среди других локализаций 6 было парасагиттальных, 3 из которых сопровождалось гиперостозом.

Второй вариант. Из 11 случаев 5 наблюдалось более 5-ти лет. Наибольшее наблюдение касается 14 и 21 года, чувствовавшие себя вполне хорошо и к моменту описания. Парасагиттальных менингиом здесь было 6, одна из них сопровождалась гиперостозом. Этот вариант в прогностическом отношении нужно считать благоприятнее первого.

Шестой тип. Фибробластические менингиомы (злокачественного характера - 1,9%).

Первый вариант. Всего 5 случаев. Самый большой срок жизни после операции равняется 2,5 годам. Опухоль рецидивирует уже через несколько месяцев, несмотря на радикальную операцию и последующую рентгенотерапию.

Здесь отмечено 2 случая парасагиттальной локализации на протяжении задней трети синуса.

Этот вариант самый неблагоприятный из менингиом.

Второй вариант. В 2-х случаях из 6 были смертельные послеоперационные осложнения. Остальные 3 человека жили более 10 лет, а один - 21 год. Парасагиттальной локализации не было. Этот вариант более доброкачественный, с медленным развитием новообразования.

В седьмом и восьмом типах - прогноз не мог быть поставлен, так как гистологический диагноз был установлен после смерти больных.

По материалам центрального Нейрохирургического Института (Тэриан) послеоперационная смертность при менингиомах большого мозга в 1935-1936 годах снизилась до 13%.

Из наших 26 случаев парасагиттальных менингиом - 3 не были диагностированы, здесь опухоль была обнаружена только на секции (случ. № 2,3,4). Одна больная (случ. № 8) оперативному вмешательству не подвергалась, так как до операции внезапно наступила смерть. 22-м больным, подвергнутым оперативному вмешательству было произведено 26 операций. В случаях № 1, 18, 23 и 25 операция проводилась в два темпа, в связи с большим размером опухоли, обильным кровотечением, резким ухудшением общего состояния. Среди больных, подвергавшихся оперативному вмешательству - 5 закончилось смертельным исходом, причем двое из них связано с бывшими осложнениями (случ. № 5 - двусторонняя пневмония; - случ. № 22 - уросепсис), и 3 прямо связано с проведением операции. Уместно отметить, что смертельный исход после оперативного вмешательства в случаях № 13 и 18, мы ставим в прямую зависимость от размера опухоли. Здесь больные впали в тяжелое состояние на операционном столе при выведении глубоких отделов крупной опухоли. По аналогии с другими локализациями опухолей головного мозга, можно сказать, что явления глубокого шока, развивающиеся именно в этот момент операции, часто являются необратимыми. Остальные 17 больных были выписаны из клиники, в среднем через 50 дней после операции при удовлетворительном общем состоянии, без субъективно выраженных общемозговых

явлений, с восстановившейся в той или иной степени функцией. Восстановление функции находится в прямой зависимости от глубины поражения, т.е. от давности заболевания. Так, например, чем ниже острота зрения, тем менее и медленнее она восстанавливается, и наоборот, при утрате зрения в 2-3 десятых, острота зрения после операции нередко восстанавливается до единицы. Никогда не восстанавливается даже недавно утраченное зрение. Иными словами, начальные стадии застойных явлений сосков зрительных нервов часто проходят не оставляя после себя анатомических изменений, тогда как грубо выраженное и длительное состояние застоя постоянно определяет изменения в зрительном нерве необратимые после устранения причины, вызвавшей наличие застойных сосков. Тоже касается расстройств двигательной сферы. Асатические явления при левосторонней локализации парасагиттальной менингиомы, как правило проходят, так как зависят не от давления на центр речи самой опухоли, а от расстройства циркуляции и отека, которые разрешаются с удалением опухоли. Более или менее быстро восстанавливаются расстройства психики после удаления парасагиттальной менингиомы на протяжении передней трети продольного синуса (случ. № 1, 6, 7, 9),

Особо благоприятный исход оперативного вмешательства, после которого больные могли продолжать заниматься своей обычной работой, мы можем отметить в случаях № 6, 7, 14, 16, 19, 20, 24 и частично в случ. № 9. В случаях № 23 и 25 больные поступили с амаврозом, восстановление которого после операции ждать нельзя, но в остальном больные чувствовали себя хорошо. В случае № 10 через 2 года после операции появились судороги в правых конечностях без потери сознания, примерно 1 раз в 3-4 недели. Указанные явления не прогрессировали и даже через 7 лет после операции больной продолжал вести свою обычную педагогическую работу.

Таким образом, если операционные результаты наших случаев можно выразить в процентном отношении к количеству произведенных операций, то они представляются следующим образом: общая смертность равняется 19,2%, причем 7,9% относится за счет бывших осложнений и 11,3% прямо связано с оперативным вмешательством. 38,5% дали благоприятный исход, 38,8% - удовлетворительный и в 1 случае - или 3,5% был рецидив. К благоприятному исходу мы относим те случаи, где было почти полное восстановление трудоспособности или тех функций, восстановление которых можно было ожидать после операции, к удовлетворительному - те, где восстановление трудоспособности было в той или иной степени и где больные полностью могли себя обслуживать. (Здесь, конечно, нельзя прямо учитывать те случаи, где и до операции была полная слепота).

Приведенные нами данные в целом и в своих отдельных частях, соответствуют приведенным нами из литературы (Оливекрона, Кушинг, Тэриан), хотя они и далеко не исчерпывающие, так как мы не располагаем достаточными катанестическими сведениями. Однако, это все же полностью разрешает сделать вывод о безусловной показанности парасагиттальных менингтом для оперативного вмешательства, как единственно возможного вида лечения.

Перспективы развития неврохирургии при указанных благоприятных результатах оперативного вмешательства по поводу парасагиттальных менингтом, в дальнейшем определяют еще более полное восстановление функции, а следовательно и трудоспособность, что связано с проведением более ранней и совершенной операции.

В Н В О Д Н.

Анализ приведенного нами материала (36 случаев) и данных литературы позволяет сделать следующие выводы:

1. Парасагиттальными менингиомами называются такие опухоли, которые отходят от твердой мозговой оболочки непосредственно у края продольного синуса, от стенки самого синуса или мозгового серпа.

2. Клиническое течение и симптоматология парасагиттальных менингиом зависят от их локализации в той или иной трети продольного синуса.

3. Для парасагиттальных менингиом, локализующихся на протяжении передней трети продольного синуса характерно: длительное течение заболевания, начинающееся общемозговыми явлениями, расстройства психики, парез лицевого нерва по центральному типу, легкие пирамидные знаки.

4. Для парасагиттальных менингиом, локализующихся на протяжении средней трети продольного синуса характерно: длительность заболевания не менее нескольких месяцев, моторные, реже сенсорные эпилептические приступы Джексонского типа, обычно идущие с нижней конечности, нарушения двигательной и чувствительной функции в тех же конечностях, парез лицевого нерва по центральному типу, нарушения вегетативных функций локального характера, расстройства речи при локализации процесса слева, неполные и переходящие. Общемозговые явления появляются позже локальных.

5. Для парасагиттальных менингиом, локализующихся на протяжении задней трети продольного синуса характерно: длительность заболевания не менее года, начинающееся общемозговыми прогрессирующими явлениями, при сохраненном зрении обычно определяется гомонимная гемиянопсия; могут быть легкие расстройства двигательной

и чувствительной системы.

6. Менингиома является групповым названием преимущественно доброкачественных опухолей мезодермального типа, медленно, экспансивно растущих, хорошо отграниченных, заключенных в капсулу.

7. Наиболее часто менингиома представляется в виде плотного бугристого узла, сферической формы, различной величины.

8. Парасагитальные менингиомы обильно снабжены новообразованными кровеносными сосудами, что важно учитывать при оперативном вмешательстве.

9. Используя в нашей работе, при изучении различных вариантов менингиом гистологическую классификацию Смирнова и Сквородневой, как наиболее близко отвечающую практическим требованиям, следует все-же отметить, что она в известной мере схематична и не охватывает всех вариантов менингеальных опухолей.

10. Часто встречающиеся изменения костей черепа при менингиомах, которые, в основном, сводятся к дефекту костной ткани или ее гиперпродукции, имеют большое диагностическое значение.

11. Краниография должна быть признана обязательным исследованием при менингиомах, так как часто при ней выявляются общие и локальные признаки заболевания не определяемые клиническими или другими методами исследования.

12. Наличие общих и местных изменений костей черепа, определяемых краниографически при парасагитальных менингиомах на протяжении средней трети продольного синуса, приобретают особую важность, так как при менингиомах этой локализации явления повышения внутричерепного давления слабо выражены или даже совершенно отсутствуют.

13. Повышение внутричерепного давления, определяемое краниографически характеризуется изменением размеров турецкого седла, нечеткостью контуров и деструкцией его, расхождением швов костей

черепеа.

14. Местные изменения костей черепа при парасagitтальных менингиомах, определяемых краниографически, на нашем материале, встречались в 50% случаев. Они выражаются, главным образом, ограниченным разрежением костей черепа или их узурой, местным утолщением кости, образованием спикул и локальным усилением сосудистого рисунка соответственно топографии опухоли.

15. На энцефалограммах при парасagitтальных менингиомах, является характерным сдавление того или иного участка бокового желудочка сверху вниз на стороне опухоли и некоторое смещение всей системы боковых желудочков в противоположную сторону.

16. Спинно-мозговая жидкость при парасagitтальных менингиомах бесцветна, прозрачна, давление ее в той или иной степени повышено. Обычно при них имеется выраженная белково-клеточная диссоциация. Среди глобулиновых реакций, наиболее надежными и чувствительными являются реакции Нонне-Аппельта и Панди.

17. Местная инфильтрационная анестезия (1% раствор новокаина с адреналином) является лучшим обезболивающим методом при операциях по поводу парасagitтальных менингиом.

18. Только при парасagitтальных менингиомах, сопровождающихся изменением костей черепа, приходится выкусывать пораженные участки кости, во всех остальных случаях следует производить нужных размеров костно-пластический лоскут.

19. Для предупреждения кровотечения, бывающего обычно обильным при парасagitтальных менингиомах, в обнаженной твердой мозговой оболочке следует тщательно перевязать или коагулировать ветви срединной оболочечной артерии, которая почти всегда здесь изменена.

20. Перевязка продольного синуса при его ранении является крайней мерой показанной при обширных повреждениях этого синуса и только в тех случаях, где другие методы остановки кровотечения не

дают эффекта. Обычно кровотечение из поврежденного участка продольного синуса удается остановить тампонадой влажной ватой или лучше пересадкой к месту ранения кусочка свежесрезанной мышцы.

21. До удаления опухоли следует тщательно лигировать или коагулировать сосуды опухоли и ее ножки, что уменьшит кровопотерю и разрешит нормальное проведение операции.

22. Менингиомы крупных размеров лучше всего удалять кускованием, а при выраженной капсуле - - внутрикапсулярно с последующим ее удалением вместе с остатками опухоли. Небольшие менингиомы, лежащие на поверхности мозга обычно удаляются целиком. Последнее должно проводиться по возможности, тупым путем, с помощью шпателя и лигатур, которыми прошивается опухоль.

23. Проведение операции в два этапа при парасагиттальных менингиомах диктуется следующими моментами: общим состоянием больного, нередко размерами опухоли и степенью кровотечения.

24. В 50% наших случаев, подвергнувшимся оперативному вмешательству было произведено в различные этапы операции переливание цитратной крови; Частота показаний к переливанию крови при парасагиттальных менингиомах определяется обильным кровотечением, возникающим во время операции.

25. Успех оперативного вмешательства при парасагиттальных менингиомах зависит от радикальности операции, что в свою очередь в большой мере связано с размерами опухоли.

26. Анализ послеоперационных результатов разрешает сделать вывод о безусловной показанности оперативного вмешательства при парасагиттальных менингиомах, как единственно возможного метода лечения.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1. Р у с с к а я.

1. АРУТЮНОВ, А.И. - О дифференциально-диагностическом значении cerebrospinalной жидкости при опухолях головного мозга. - Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. Вып. IV. 1935 г.
2. АРУТЮНОВ, А.И. - Злокачественные опухоли свода черепа. - Вопросы нейрохирургии. Вып. I, 1938 г.
3. АСТВАЦАТУРОВ, М.И. - О роли травмы в этиологии мозговых опухолей. Труды военно-медицинской академии, том. VI, 1936 г.
4. БАБИЦКИЙ, П.С. - Клиника опухолей головного мозга. - Днепропетровск. 1928 г.
5. БЕЛЕЦКИЙ, В.И. - Гистогенез соединительнотканых опухолей центральной нервной системы. Опухоли Ц.Н.С. Украинская психоневрологическая академия. 1936 г.
6. БРЮСОВА, С.С. и КОПЫЛОВ М.Б. - Показания к ангиографии, в частности при опухолях мозга. Вопросы нейрохирургии. Вып. 2. 1939 г.
7. БУРДЕНКО, И.И. - Пластика мозговой оболочки. Новый хирургический архив, том IV, 1924 г.
8. ВАСКИН, И.С. - К диагностике и оперативному лечению опухолей моторной зоны мозга. Новый хирургический архив, том XX, 1930 г.
9. ВАСКИН И.С. и ВАСИЛЬЕВ, А.А. - Патогистологическая характеристика опухолей Ц.Н.С. Советская хирургия, том VI, 1934 г.
10. ВОЛЬШОНОК, О.С. - Трофические расстройства при полусферных повреждениях большого мозга у человека. Советская Психоневрология № I, 1940 г.
11. ГАККЕЛЬ, В.М. - К вопросу о гистогенезе менингиом. Сборник посвященный проф. Аничкову Н.И., 1935 г.
12. ГЕЙМАНОВИЧ, В.И. - Показания к операциям при опухолях головного мозга, их техника и исходы. Труды 2-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Вып. II, 1937 г.
13. ГЕЙМАНОВИЧ, А.И. - Некоторые очередные проблемы в учении об опухолях мозга. Советская психоневрология, № 9, 1936 г.
14. ГРИНШТЕЙН, А.М. - Диагностическое значение висцеральной симптоматики при опухолях мозговых полушарий. Труды 2-го съезда невропатологов и психиатров, 1937 г.
15. ЗИЛЬБЕРШТЕЙН, С.М. - К вопросу о сдвигах белковых фракций cerebrospinalной жидкости при опухолях полушарий большого мозга. Вопросы Нейрохирургии, вып. I, 1938 г.
16. КОПЫЛОВ, М.Б. и АЛЬТГАУЗЕН, Н.Н. - Рентгенологическая диагностика менингиом. Вопросы нейрохирургии, вып. I, 1939 г.

17. КОРНЯНСКИЙ, Г. - К вопросу о церебральных расстройствах мочеиспускания. Вопросы нейрохирургии, вып.4, 1940г.
18. КРОЛЬ, М.Б. - Невропатологические синдромы, 1936 г.
19. ЛИСТ, К. - О сохранности функций при тяжелых органических изменениях Ц.Н.С., особенно при опухолях. Проблемы неврологии и психиатрии. Госмедиздат У.С.С.Р. 1939 г.
20. НИКИТИН, М.П. - Основные вопросы клиники опухолей головного мозга. Труды 2-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, вып. II, 1937 г.
21. ПЕРВЬЯН, М.С. - Материалы к учению об опухолях двигательной зоны. Советская психоневрология, № 8. 1936 г.
22. ПЕРВЕС-СТЮАРТ, ДЖ. - Внутречерепные опухоли. 1929 г.
23. ПОЛЕНОВ, НИКИТИН, - Краткий курс хирургической невропатологии. САЗОН-ЯРОШЕВИЧ. 1936 г.
24. ПОЛЕНОВ, БАВЧИН, - Краткий курс техники операций. 1937 г. МАПАЛСКИЙ.
25. ПУССЕПП, Л. и РИВЕРС, И. - К вопросу о доброкачественных кистовидных опухолях париетальной доли. Опухоли мозга и вопросы нейрохирургии. Ростов н/Д. 1936 г.
26. РАЗДОЛЬСКИЙ, И.Я. - К вопросу о роли механических травм черепа в этиологии опухолей головного мозга. Советская неврология, психиатрия и психогигиена, вып.4, 1935 г.
27. РАЗДОЛЬСКИЙ, И.Я. - Опухоли головного мозга. Медгиз. 1941 г.
28. РУДЕНКО, О.М. - О пахионобластомах. Новых хирургический архив, том 29, 1933 г.
29. СМЕРНОВ, Л.И. - Анализ и классификация гломного разнообразия. Опухоли Ц.Н.С. Украинская психоневрологическая академия. 1936 г.
30. СМЕРНОВ, Л.И. - К гистогенетической характеристике опухолей мозговых оболочек. Вопросы нейрохирургии, № 3, 1940г.
31. СМЕРНОВ, Л.И. - К гистогенетической характеристике опухолей мозговых оболочек. Сообщение II. Вопросы нейрохирургии, № 5, 1940 г.
32. СМЕРНОВ, Л.И. и СКОВРОДНЕВА Н.В. - Классификация опухолей мозговых оболочек. Вопросы нейрохирургии, № 1 и 3, 1941 г.
33. СУВИД, Ю.Г. - Влияние коры головного мозга на потоотделение. Советская психоневрология, № 2, 1940 г.
34. ТЭРИАН, К.Г. - Менингиомы головного мозга. Вопросы нейрохирургии, № 2-3, 1937 г.
35. ТЭРИАН, К.Г. - Менингиомы головного мозга. Москва, 1941 г.
36. ШЕНДЕРОВ, А.А. - Опухоли лобной доли. Труды 2-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, вып. II, 1937г.

37. ШМАРЬЯН А.С. - Изменение психики при опухолях головного мозга. Труды 2-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, вып. II, 1937 г.
38. ШМАРЬЯН, А.С. - Психопатологические синдромы при опухолях головного мозга. Вопросы нейрохирургии, вып.4, 1938 г.

II Уностранная

1. Cushing H. - Intracranielle Tumoren. Berlin 1935.
2. Cushing H. - Meningiomas. 1938.
3. Dandy W.E. - Hirnchirurgie. Leipzig 1938.
4. David Bissery et Brun - Sur un cas de meningiome de la faux opere avec Succes. Revue neurol., 41, 1934.
5. Elsberg, Ch. - The meningeal fibroblastomas. Bull. neurol. Inst. New-York, 1, 1931.
6. Garner N. - Sensible Jackson-Krisen bei einem operativ entfernten Meningiom. Nervenarzt, 6, 1933.
7. Gutman, E. - Zur Pathologie und Klinik der Meningiome. Zeitschrift für ges. Med. und Psych., 123, 1930.
8. Kollodny A. - Cranial chondros associated With meningiome "dura endothelioma." Surgery, Clin. N. Amer., 48, 1929.
9. Learmonth, J.R. - On the leptomeningiomas (endotheliomas) of the spinal cord. Brit. Journ. of Surgery, 55, 1927.
10. Moniz, E., Pinto, A. et Lima, A. - Le diagnostic différentiel entre les meningiomes et les autres tumeurs cerebrales par l'epreuve de Cencephalographie-arterielle. Revue neurol., 36, 1929.
11. Oliverson, H. - Die parasagittalen Meningiome. Leipzig 1934.
12. Poussepp, L. - Le diagnostic, les symptomes et le traitement des tumeurs des frontaux. Presse medic. Ig., 72, 1925.
13. Schmidt, H. - Über die Pacchionischen Granulationen und ihr Verhältniss zu den Sarkomen und Psammomen der dura mater. Virchow's Archiv, 179, 1902.
14. Schinz, H. - Tentorium-Meningiom. Röntgenpraxis, 6, 1934.
15. Sosman, M. and Putman, T. - Röntgenological aspects of brain tumors meningiomas. Amer. Journ. of Röntgenol. and Radium therapy, 13, 1935.
16. Tönis, W. - Zur Operation der Meningiome der Siebbeinplatte. Zentralblatt für Neurochirurgie, 1, 1938.
17. Vincent, Cl. - Diagnostic des tumeurs comprimant le lobe frontale. Grum neurol. internaz. am Paris, 3-4, 1928.
18. Vincent, Cl., David, N. et Puech P. - Meningiome de la Faux du cerveau. Revue neurol., 1, 1939.
19. Weiser, A. - Zur Kenntnis der Knochenbildung an der cerebralen Fläche der Duraendotheliome. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 6, 1925.

О Г Л А В Л Е Н И Е.

	Стр.
1. Предисловие	
2. История вопроса	1 - 5
3. Клиника и диагностика опухолей головного мозга по данным литературы	5 - 9
4. Клиника и диагностика парасагиттальных менингиом	9 - 10
А. Парасагиттальные менингиомы на протяжении передней трети продольного синуса	10-35
Б. Парасагиттальные менингиомы локализующиеся на протяжении средней трети продольного синуса	35-78
В. Парасагиттальные менингиомы на протяжении задней трети продольного синуса	79-101
5. Патологическая анатомия	102-108
6. Сосудистая система парасагиттальных менингиом	109-110
7. Гистогенез и гистопатология менингиом	110-117
8. Изменения костей черепа при менингиомах	117-126
9. Краниография	126-128
10. Ангиография	128-129
11. Энцефалография	129-131
12. Спинно-мозговая жидкость при парасагиттальных менингиомах	132-135
13. Хирургическое лечение парасагиттальных менингиом	135-150
14. Операционные результаты	151-156
15. Выводы	157-160
16. Литература	161-164

---000000---