

Н. А. Андреева.

Случай парціальной эпилепсіи, лѣченный хирургическимъ путемъ *).

(Изъ Госпитальной Хирургической Клиники Казанскаго Университета).

Со времени системныхъ наблюденій Redlich'a въ клиникѣ Vagner'a, констатировавшаго почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ генуинной эпилепсіи присутствіе очаговыхъ симптомовъ въ видѣ незначительныхъ гемипарезовъ, гемипарестезій, разницы въ кожныхъ и сухожильныхъ рефлексахъ обѣихъ сторонъ и т. д., цѣлый рядъ авторитетныхъ ученыхъ, поведшихъ свои изысканія въ данномъ направленіи, подвергъ основательной критикѣ и сомнѣнію, признававшееся ранѣе рѣзкое разграниченіе органической и генуинной эпилепсіи. Одною звучавшее сначала въ контрастъ общему мнѣнію утвержденіе тождества обѣихъ эпилепсій (Stamer) въ смыслѣ наличія при нихъ патолого-анатомическихъ измѣненій—въ настоящее время стало превалирующимъ среди невропатологовъ. И если до сихъ поръ при вскрытіяхъ, въ мозгахъ лицъ, страдавшихъ

*) Доложено въ засѣданій общества невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ 30 сентября 1915 года.

генуинной эпилепсіей, часто не находятъ никакихъ отклоненій отъ нормы, то это исключительно слѣдствіе нашихъ современныхъ несовершенныхъ патолого-анатомическихъ и бактериологическихъ методовъ изслѣдованій.

Изъ всей массы, сравнительно недавнихъ приобрѣтеній, для хирурговъ въ особенности интересны два факта: первый — отмѣчены случаи чередованій Джаксоновской эпилепсіи съ припадками генуинной; или еще лучше: случаи Джаксоновской эпилепсіи съ теченіемъ времени принимающихъ характеръ генуинной. Такъ очаговые пораженія мозга (травматическіе фокусы, энцефалиты) сплошь и рядомъ послѣ индивидуально различнаго періода кажущагося здоровья — ведутъ исподволь отъ явленій частичной эпилепсіи къ симптомокомплексу общей, съ потерей сознанія и суммой распространенныхъ тонико-клоническихъ судорогъ. Этотъ постепенный въ теченіи иногда цѣлаго ряда лѣтъ переходъ частичной эпилепсіи въ общую, имѣетъ своимъ основаніемъ не только одну диффузію процесса органическаго характера (разроженіе *glia*, ростъ опухоли, обѣмненіе инфекціоннымъ матеріаломъ *et cetera*), но и также, по всей вѣроятности, то неизвѣстное намъ физико-молекулярное измѣненіе здоровой клѣточной субстанции мозга, которое можно разсматривать, какъ результатъ длительного потока раздраженій черезъ ассоціативныя волокна со стороны локализованныхъ пораженныхъ участковъ. Отмѣченные состояніе мозга, названное Unverricht'омъ „судорожнымъ мозгомъ“, Fére „спазмофильнымъ“ характеризуется общей гиперестезіей его, вслѣдствіе чего такой „спазмофильный“ мозгъ усиливаетъ реакціи на раздраженія до эпилептиформныхъ судорогъ.

Второй фактъ, важный для хирурговъ, касается наблюденій надъ травматическими эпилепсіями, развившимися въ дѣтскомъ возрастѣ. Здѣсь объемъ, тяжесть диффузіи процесса, распространенность физико-молекулярныхъ измѣненій въ здоровомъ мозгу, спазмофильность его — нерѣдко оцѣниваются эффектомъ оперативнаго вмѣшательства, въ виду лучшихъ

регенеративныхъ и компенсаторныхъ свойствъ молодыхъ мозговъ: чѣмъ ранѣе произведена операція, тѣмъ лучше, тѣмъ полнѣе выздоровленіе; и наоборотъ, чѣмъ позднѣе, тѣмъ хуже предсказаніе не только въ смыслъ выздоровленія отъ двигательныхъ явленій раздраженія, но и въ отношеніи высшихъ психическихъ функцій мозга, напримѣръ, въ отношеніи развивающагося слабоумія.

На основаніи двухъ выше-изложенныхъ фактовъ у хирурговъ постепенно сложился принципъ: „чѣмъ раньше удаленъ патолого-анатомическій фокусъ въ мозгу, тѣмъ болѣе шансовъ на то что эпилептическое состояніе въ мозгу не получитъ дальнѣйшаго развитія и наступитъ выздоровленіе“ (Tilmann).

Послѣ такихъ предварительныхъ краткихъ штриховъ, касающихся выработки показаній къ оперативному леченію Джаксоновскихъ эпилепсій, я обращаюсь къ исторіи болѣзни интересующей насъ больной съ диагнозомъ трауматической парціальной эпилепсіи, оперированной въ Госпитальной Хирургической Клиникѣ лѣтомъ текущаго года проф. А. В. Вишневскимъ.

Больная Ксенія Софронова, 13 лѣтъ. Русская, в.р. Лаишевскаго уѣзда. Направлена была изъ амбулаторіи нервныхъ болѣзней Казанской Губернской Земской больницы д-ромъ Клячкинымъ въ Госпитальную Хирургическую Клинику, куда и поступила 22 Мая 1915 года.

Анамнезъ: Происходитъ отъ здоровыхъ родителей. Болѣзней за исключеніемъ вѣтреной оспы и кори въ раннемъ дѣтствѣ никакихъ не переносила. Трехъ лѣтъ отъ роду получила ударъ желѣзной лопатой по головѣ. До марта текущаго года была совершенно здорова, съ марта появились судорожныя подергиванія въ языкѣ при обильномъ слюнотеченіи и сохраненномъ сознаніи. Припадки повторялись нѣсколько разъ въ день. За недѣлю передъ поступленіемъ въ клинику къ прежнимъ явленіямъ прибавились судороги въ лѣвой верхней конечности (сведенія и подергиванія всегда начинались съ большого пальца, за которымъ сгибались и другіе пальцы). Мать больной добавляетъ, что вмѣстѣ съ этими

явленіями раздраженія при сохраненномъ сознаніи, за послѣднее же время были припадки, повторявшіеся также нѣсколько разъ въ день, съ потерей сознания, при чемъ подергиванія постоянно начинались съ лѣвой половины лица и уже отсюда спускались на верхнюю и нижнюю конечности. Правая сторона тѣла участія въ этихъ судорогахъ не принимала. За припадками съ потерей сознания слѣдовали ненормальныя ощущенія одеревенѣлости въ лѣвыхъ конечностяхъ, а иногда больная была-де настолько слаба, что не въ состояніи была шевельнуть ни рукой, ни ногой пораженной стороны.

Объективное изслѣдованіе: въ области лѣвой темянной кости черепа—небольшой рубецъ, результатъ бывшей въ раннемъ дѣтствѣ травмы, спаянный съ подлежащими тканями.

Языкъ высовывается съ трудомъ и отклоняется влѣво: лѣвая назо-лабиальная складка сглажена. Жевательная мышца слѣва нѣсколько ослаблена. Со стороны глазъ—явленіе диплопии (*strabismus divergens*). Дно глаза въ нормѣ. Со стороны чувствительности гипестезія на всей лѣвой сторонѣ. Со стороны двигательныхъ нервовъ—мышечная сила въ лѣвыхъ конечностяхъ замѣтно ослаблена. Колѣнный рефлексъ повышенъ, клонусъ стопы не наблюдается. Симптомъ Бабинскаго ясно, выступаетъ слѣва. Рѣдкія атетоидныя движенія въ верхней лѣвой конечности. Тазовые органы не разстроены. Внутренніе органы—въ нормѣ.

До операціи въ клиникѣ больная пробыла 17 дней. Получала бромиды и жаловалась главнымъ образомъ на періодическую головную боль. Въ остальномъ—состояніе безъ переменъ.

8 іюня операція подъ хлороформнымъ наркозомъ. Широкая остеопластическая резекція въ области соответственныхъ двигательныхъ центровъ по способу *Vagner'a* съ незначительными модификаціями. Констатированъ участокъ приблизительно съ трехкопеечную монету, выпяченного, ненормально мягкаго мозга, съ блѣсоватымъ оттѣнкомъ въ цвѣтѣ, частію своей периферіей находившійся подъ кожнымъ, сросшимся съ темяною костью рубцомъ. Пункція полон иглой жидкости не дала. Раздраженіе—униполярнымъ электродомъ индукціоннаго тока саннаго аппарата *Du-Bois-Raymond'a* (разстояніе—90—95) заподозрѣннаго мозга—вызвало рядъ вторичныхъ, быстро слѣдующихъ другъ за другомъ судорожныхъ сокращеній въ соответственныхъ мышцахъ *facialis'a* и

лѣвыхъ конечностей. Обкалываніе и перевязка сосудовъ рѣе намѣченного кт удаленію участка по Krause и послѣдующая эксцидія коры ножемъ съ дополнительнымъ выжиганіемъ термокаутеромъ Пакелена, какъ углубленія на мѣстѣ эксцидіи, такъ *главнымъ образомъ коры въ соприкасающихся фиссурахъ*. Кровотеченіе—незначительное. На твердую оболочку наложено нѣсколько швовъ. Выводники въ нижнихъ углахъ раны въ видѣ тампоновъ. Послѣоперационное теченіе: въ ночь дня операціи у больной припадокъ тонико-клоническихъ судорогъ въ конечностяхъ лѣвой стороны по прежнему типу, съ потерей сознанія, длившійся минутъ шесть. Жалобы на боль въ операціонной ранѣ. Температура ночью—37.8. Днемъ девятого — на другой день послѣ операціи—подобный же припадокъ. Въ остальные дни послѣоперационное теченіе гладкое. Первая перемѣна повязки одинадцатаго—на третій день послѣ операціи. Тампоны оказались смоченными церебральной жидкостію. Съ 19 началось сравнительно быстрое возстановленіе движеній въ лѣвыхъ конечностяхъ, сначала въ нижней, потомъ въ верхней.

Выписалась 21/уіі—на 45 день послѣ операціи: движенія въ нижней конечности нормальнаго объема. Парезъ лѣваго лицевого нерва. Въ лѣвой рукѣ имѣются ограниченія движеній въ лучезапястномъ суставѣ и въ сочлененіяхъ большого пальца; изрѣдка атетоидныя движенія. Питаніе мышцъ не ослаблено. Чувствительность понижена на тыльной поверхности предплечія и кисти. Сухожильные и кожные рефлексы слѣва повышены. Зрачки равномѣрны, реакція ихъ на свѣтъ—нормальна. Диплопія отсутствуетъ. Изслѣдованіе 30 октября утромъ, т. е. почти три мѣсяца спустя послѣ операціи: остаются измѣненія въ лѣвой верхней конечности: ограниченіе подвижности въ лучезапястномъ суставѣ, въ движеніяхъ пальцевъ съ контрактурою большого пальца и незначительно выраженной атрофіей разгибательныхъ мышцъ предплечія и кисти. По прежнему въ этой конечности—рѣдкія атетоидныя движенія. Электровозбудимость сохранена. Гипастезія въ верхней конечности. Нижняя лѣвая конечность въ нормѣ.

Какъ это видно изъ приведенной исторіи болѣзни анамнезъ и объективныя данныя изслѣдованія даютъ достаточный матеріалъ для постановки діагноза. На самомъ дѣлѣ—харак-

теръ судорогъ (Бехтеревъ, Rothmann стоятъ на той точкѣ зрѣнія, что клоническія судороги принадлежатъ исключительно двигательной сферѣ коры) начало припадковъ—раздраженіе двигательной сферы п. *facialis*'а, руки, ноги, наконецъ, рубецъ и травма въ области темянной кости—все это вмѣстѣ взятое подсказываетъ опредѣленную топическую діагностику заболѣванія головного мозга. Трудно было объяснить развѣ только присутствіе атетоидныхъ движеній въ верхней лѣвой конечности; и лишь неизмѣнность атетоидныхъ движеній послѣ операціи и выпаденіе тонико-клоническихъ судорогъ—даютъ намъ право съ увѣренностью допустить у больной наравнѣ съ эксцидированнымъ участкомъ больного мозга, наличность второго самостоятельнаго уже глубокаго, неоперируемаго, подкорковаго фокуса пораженія.

Касательно самаго теченія болѣзни, интересно лишній разъ отмѣтить характеръ патологическаго процесса: больная получила травму трехъ лѣтъ отъ роду. Отъ момента травмы до первыхъ припадковъ проходитъ почти десять лѣтъ—это, если позволено будетъ такъ выразиться, періодъ кажущагося здоровья. И только съ появленіемъ первыхъ припадковъ, болѣзнь развивается быстро, двигательныя явленія раздраженій занимаютъ все большій объемъ.

Главный интересъ для насъ, какъ хирурговъ, въ приведенной исторіи болѣзни, несомнѣнно заключается въ техникѣ оперативнаго вмѣшательства. Я еще разъ повторяю, что остеопластическая резекція черепа произведена по Vagner'у; разрѣзъ въ твердой оболочкѣ проведенъ ниже линіи костнаго распила съ тѣмъ простымъ расчетомъ, чтобы мѣсто костнаго распила пришлось на здоровую твердую оболочку и такимъ образомъ до нѣкоторой степени уменьшило бы количество шансовъ на неспаиваніе, образующихся на мѣстахъ костныхъ дефектовъ, съ подлежащими оболочками. Въ дальнѣйшемъ, техника по первому темпу—обслѣдованіе мозга электрическимъ раздражителемъ, предварительное обкалываніе и перевязка сосудовъ *riae* продѣлана по Krause. Во второмъ темпѣ,

внесено нѣчто индивидуальное: за изсѣченіемъ мозга съ помощью ножа возможно глубже, слѣдуетъ выжиганіе термокаутеромъ. Мы въ особенности подчеркиваемъ этотъ моментъ, такъ какъ несомнѣнно плоскостная эксцизія не всегда достигаетъ поставленной цѣли—удалить пораженный участокъ возможно полнѣе; въ этомъ отношеніи большія техническія затрудненія, преодолеваемые однимъ термокаутеромъ, доставляютъ щели мозга. Мы, лично, благоприятный исходъ операціи въ траутируемомъ случаѣ, склонны ставить въ тѣсную связь съ примѣненіемъ удачной, по нашему мнѣнію, комбинаціи эксцидіи съ выжиганіемъ.

Къ сожалѣнію, рекомендованная профессоромъ Вишневскимъ въ качествѣ заключительнаго пластическаго момента краниотоміи замѣщеніе черепныхъ отъ фрезъ отверстій, пригнанными къ нимъ, заранее приготовленными кружечками изъ декальцинированной кости (методъ Senn'a), въ нашемъ случаѣ отсутствуетъ, въ виду намѣченныхъ въ этомъ отношеніи дальнейшихъ изслѣдованій. Но вообще, только съ проведеніемъ упомянутаго момента въ жизнь, можно назвать операцію краниотоміи по Wagner'у остеопластической въ полномъ смыслѣ этого слова, въ достаточной степени гарантирующей отъ возвратовъ падучей на почвѣ подтягиванія мозга, сросшимися съ нимъ рубцами, образующимся на мѣстахъ костныхъ дефектовъ (Розановъ).

Въ заключеніе приведу статистику результатовъ хирургическаго леченія эпилепсіи по Tilman'у отъ 1913 года:

„Если взять вмѣстѣ всѣ случаи трауматической и Джексоновской эпилепсіи, то мы получимъ 32,7% успѣшныхъ результатовъ и 18% полныхъ выздоровленій. Для трауматической эпилепсіи въ отдѣльности цифры эти будутъ соотвѣтственно — 44,3 и 34,7%, а для Джексоновской 24,7 и 13,5%“.

Приведенная статистика результатовъ оперативнаго вмѣшательства при леченіи трауматической эпилепсіи въ общемъ хороша — 44,3 успѣшныхъ и 34,7% — полныхъ выздоровленій.

Правда, абсолютное число оперированныхъ съ благопріятными исходами при травматической эпилепсіи не превышаетъ сорока (прослѣжены годами), тѣмъ не менѣе каждый вновь описанный случай, прослѣженный годами, каждое лишнее оперативное вмѣшательство, приносящее съ собою что-нибудь новое въ технику хирургическихъ приѣмовъ все болѣе и болѣе заставляютъ склоняться въ мысли v-Bergman'a, впервые (1887 г.) рекомендовавшаго оперативное леченіе частичной эпилепсіи и отдаляють отъ хирурговъ страхъ передъ параличами (скоропреходящи) и возвратами припадковъ отъ послѣоперационныхъ рубцовъ въ мозгу, на что указалъ Fränkel (1892), экспериментировавшій на собакахъ. Длительныя наблюденія надъ оперированными опасенія Fränkel'я въ общемъ не подтверждаютъ, а возвраты подучей на почвѣ рубцовъ, развивающихся на мѣстахъ костныхъ дефектовъ (Розановъ), о которыхъ мы уже упомянули, могутъ быть а priori предотвращены костной пластикой. И мы лично убѣждены, что не за горами то время, когда оперативное вмѣшательство при травматическихъ гесп. Джексоновскихъ эпилепсіяхъ, приметъ широкіе размѣры въ практикѣ, какъ единственно рациональное и ведущее въ благопріятнымъ результатамъ леченіе.

Печатные труды:

- A. Cramer. „Die Epilepsie“ Handbuch d. Nervenkrankheiten im Kindesalter. Berlin. 1912.
- Tilmanн. Die Chir. Behandlung d. traumatisch. Epilepsie (Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 92).
- Tilmanн. Болѣзни черепа. Статья въ сборномъ руководствѣ по хирургіи профессоровъ Wullstein'a и Wilms'a.
- rause. Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks nach eigenen Erphahrungen (Seite 177—Epilepsie). Berlin, Wien, 1911.

Розановъ. Изъ области черепномозговой хирургіи. Хирургія Т. XXVIII. № 167. 1910.

А. В. Вишневскій. Нѣсколько словъ по поводу видоизмѣненія обычной техники остеопластической краніотоміи. Хирургія. № 177. 1911.

В. И. Разумовскій. Новѣйшія данныя по черепно-мозговой хирургіи. Монографія. Прагматическая Медицина, 1913 г.

Овъ—же. Къ вопросу о трепанациі при корковой эпилепсіи. (Рус. Архивъ 1902).

Krause, F. Die Behandlung d. nichttraumatisch. Epilepsie (Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 93).