

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Засѣданіе Общества Невропатологовъ и Психіатровъ 30 сентября 1915 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Даркшевичъ. Присутствовали члены О-ва: Первушинъ, Клячкинъ, Штейнбергъ и Скуридинъ.

Докл. Андреевъ прочелъ докладъ: «Случай парціальной эпилепсіи, леченной хирургическимъ путемъ». Докладчикъ указалъ, что взглядъ старыхъ авторовъ на строгое разграниченіе между генуинной эпилепсіей и органической давно уже подвергся критикѣ (системныя наблюденія Редлиха, Pierre-Magie, Крамера).

Для хирурговъ важно: 1) чередованія Джаксоновской эпилепсіи съ генуинной—начало Джаксоновская эпилепсіи, затѣмъ возникновеніе припадковъ, характерныхъ для генуинной; переходъ отъ частныхъ явленій къ общимъ, съ потерей сознанія и рядомъ тонико-клоническихъ судорогъ—измѣненія, происходящія въ теченія ряда лѣтъ. Причина не только диффузія процесса органическаго характера, но измѣненія физико-химическія здоровой клѣточной субстанціи мозга, какъ результатъ длительного потока раздраженія, появленіе гиперестезіи, «спазмофильный» мозгъ.

2) Наблюденія надъ травматической эпилепсіей въ дѣтскомъ возрастѣ, указываютъ на большую регенеративную способность дѣтскаго мозга, а соотвѣтственно съ этимъ и на болѣе благопріятные исходы при операціи, отсюда принципъ: чѣмъ, раньше удаленъ патолого-анатомическій фокусъ въ мозгу, тѣмъ болѣе шансовъ на то, что процессъ не получитъ дальнѣйшаго развитія и скорѣе наступитъ выздоровленіе.

Далѣе послѣдовала демонстрація больной, оперированной лѣтомъ 1915 года, 13-ти лѣтъ. Изъ инфекціонныхъ заболѣваній перенесла корь и вѣтряную оспу. 3-хъ лѣтъ отъ роду ей былъ нанесенъ ударъ по головѣ, въ теменную область желѣзной лопатой. Въ мартѣ 1915 г. появились припадки, выражавшіяся судорогами языка (языкъ выдвигался изо рта и втягивался обратно, и двигался въ стороны) и сопровождавшіеся слюнотеченіемъ; затѣмъ появились судороги въ лѣвой верхней конечности, начиная съ большого пальца—при сохраненіи сознанія, а затѣмъ и съ

потерей сознания и судорогами, начинавшимися съ лицевой мускулатуры лѣвой стороны. Правая половина тѣла въ судорогахъ не участвовала. Послѣ припадка слабость и чувство одеревѣнія въ лѣвыхъ конечностяхъ.

Status praesens: рубецъ въ области теменной кости, спаивающій слѣпо лежащими тканями. Paresis n. facialis. A n. trigemini sinistri, paresis n. abducentis sinistri (dyplopia). Языкъ отклоняется влѣво, высовывается съ трудомъ. Сила движеній понижена въ нижнихъ конечностяхъ, рефлексы повышены слѣва, клонусъ стопы слѣва, симптомъ Бабинскаго тамъ-же; контрактура большого пальца; хорео-атетозныя движенія въ лѣвой рукѣ. Гипѣстезія на всей лѣвой половинѣ тѣла.

Сдѣлана, остео-пластическая операція въ области двигательныхъ центровъ соответствующей стороны. При вскрытіи лоскута—выпятившійся участокъ размягченія, напоминающій абсцессъ. Пункция полый иглой гноя не дала, при раздраженіи униполярными электродами саннаго аппарата Du-bois-Raymond'a судорожныя сокращенія въ мышцахъ лица и лѣвыхъ конечностей. Произведено обкалываніе и перевязка сосудовъ *riae mag.*, глубокая эксцизія коры и выжиганіе термокаутеромъ съ углубленіемъ въ глубину бороздъ. Кровотеченіе незначительное.

Въ ночь послѣ операціи и на другой день припадки, на 3-й томпоны смочены цегебро-спинальной жидкостью, и 19-го начались возстановленія движеній лѣвой ноги, съ 45-го ограниченіе движеній въ лѣвой рукѣ, въ лучезапястномъ суставѣ и фаланговомъ большого пальца; чувствительность понижена на тыльныхъ поверхностяхъ предплечья и кисти лѣвой руки, хореоатетозныя судороги.

Черезъ 3 мѣс. ограниченіе подвижности въ лѣвомъ лучезапястномъ счлененіи, контрактура большого пальца, гипѣстезія на лѣвой верхней конечности; рѣдкія атетонидныя движенія.

Легкость выясненія локализаціи пораженія, вслѣдствіе клоническихъ судорогъ, начинавшихся съ лицевой мускулатуры, наличности рубца въ темянной области. Важно отсутствіе явленій раздраженія. Присутствіе хорео-атетозныхъ судорогъ, сохран. послѣ операціи, указыв. на наличность 2-го фокуса, въ теченіе 10 лѣтъ—періодъ кажущагося здоровья. Интересъ случая—техника оперативнаго вмѣшательства: остеопластическая резекція черепа по Вагнеру, обслѣдованіе мозга электрическими раздражителями, обкалываніе и перевязка сосудовъ по Краузе, углубленіе разрѣза ножомъ и выжиганіе мозгового вещества въ глу-

бинѣ бороздѣ, т. к. одна плоскостная эксцизія не всегда даетъ благопріятные результаты. Надежда на благопріятный исходъ операціи основывается на возрастѣ больной и гладкомъ послѣ-операционномъ теченіи.

Въ дальнѣйшемъ можно разсчитывать на болѣе широкое примѣненіе оперативнаго вмѣшательства.

Докт. Клячкинъ дополнилъ сообщеніе докладчика, указавъ на сомнѣнія, возникавшія при наличности хорео-атетозныхъ движеній—наводили на мысль о субкортикальномъ очагѣ раздраженія.

Вопросами проф. Даркшевича выясняется, что сращенія оболочекъ съ веществомъ мозга и измѣненія бѣлаго вещества мозга не наблюдалось, вычерпанный фокусъ былъ по близости мѣста раненія, но воплотѣ ему не соотвѣтствовалъ, судороги были то тоническія, то клоническія, оставались и внѣ припадковъ, характера Кожевниковской эпилепсіи не имѣли. На основаніи этого проф. Даркшевичъ дѣлаетъ выводъ, что измѣненія касались лишь коры мозга; вычерпываніе и прижиганіе имѣли цѣлю удаленіе полностью сѣраго вещества въ области пораженнаго фокуса и изъ глубины бороздѣ.

Проф. Вишневсей указываетъ на отступленія въ данномъ случаѣ отъ схемы обычныхъ операцій—выжжено и вычепано все, что можно. Послѣдовавшій результатъ—слѣдствіе болѣе смѣлаго оперативнаго вмѣшательства.

Докт. Первушинъ. Чѣмъ объяснить исчезновеніе пареза п. abducens послѣ операціи?

Докт. Клячкинъ. При геморрагіяхъ мы часто наблюдаемъ преходящій парезъ п. abducens, парезъ п. abduc. и facialis явленія болѣе поздняго періода. Центръ—рука. Явленія со стороны языка неясны.

Выясняется, что симптомъ Бабинскаго у больной въ видѣ намека, раньше былъ рѣзокъ, ригидности не было, почему докт. Первушинъ сомнѣвается, всѣ-ли центры были удалены, т. к. нѣтъ полнаго паралича, спрашивается, можно-ли говорить о травматической эпилепсіи, если не было сращенія съ оболочками. Хорео-атетозныя судороги указываютъ на подкорковые ганглии. Можетъ быть не было связи съ травмой?

Клячкинъ предполагалъ также пораженіе глубже лежащихъ отдѣловъ. Цѣль демонстраціи хирургическая, практическая же—отсутствіе припадковъ. Отношеніе къ травмѣ—рѣзкій сѣроватый пвѣтъ пораженнаго участка, тѣстоватость, набухлость. Повобная патолого-анатомическая картина наблюдалась въ случаѣ Фаворскаго.



Л. О. Даркшевичъ указываетъ на трудность діагноза до операции въ данномъ случаѣ; операция подтвердила, что это травматическая эпилепсія, на это указываетъ размягченіе въ корѣ и мѣстное измѣненіе въ черепѣ по сосѣдству съ травмой, возможно, что здѣсь травматическій геморрагическій энцефалитъ, не дававшій себя знать т-е время. Возможно, что имѣется еще гнѣздо, за это—хорео-атетозныя судороги, на которыя не оказала вліянія операция, отсутствіе сходства съ наблюдающимися при Кожевниковской эпилепсіи, хотя есть ученіе, что хореическія движенія наблюдаются и при пораженіи коры, и что при атетозѣ не всегда локалізація въ thalamus. Травматическая эпилепсія въ данномъ случаѣ обязана одному или двумъ фокусамъ, изъ которыхъ одинъ и поддерживаетъ судороги,

Проф. Вишневскій. Въ хирургическомъ отношеніи важны результаты—избавленіе отъ припадковъ, хотя-бы на 3 мѣс. Ошибочно стремленіе вылечить на всю жизнь, не каждый случай вылечивается ножомъ окончательно. Даже временное прекращеніе припадковъ—польза для больного. Въ данномъ случаѣ важно то, что вещество коры вырѣзано глубоко и удалено изъ глубины борозды, т. к. клиники пришли къ заключенію, что неудачные исходы операций зависѣли отъ недостаточной глубины и чистоты вычерпыванія. Съ невропатологической точки зрѣнія важно удаленіе фокуса, обмѣняющаго мозгъ. Наличность дуплоріи проф. Даркшевичъ объясняетъ какъ слѣдствіе заботливанія сосѣднихъ частей, раздраженіе сосѣднихъ центровъ вызываетъ парезы, которые суммируясь, даютъ стойкія явленія.

Клячкинъ указываетъ, что при фокусѣ еще въ центрѣ п. abducens парезъ остался-бы и послѣ операціи.

Л. О. Даркшевичъ. Локалізація пораженія въ центральной извилинѣ, впереди центры ассоціированныхъ движеній глазъ—состоянія истощенія центровъ вслѣдствіе вліянія воспалительнаго процесса.

Докт. Клячкинъ демонстрируетъ больного съ парціальною эпилепсіей.

Аналогія съ предыдущимъ случаемъ, особенность даннаго случая: больной 8 лѣтъ упалъ съ лѣстницы, ушибся о косякъ двери и потерялъ сознаніе. Тогда же 1-й судорожный припадокъ, послѣдній годъ припадки часты, раньше 3—4 раза въ мѣсяцъ, однообразнаго характера: постоянныя подергиванія въ лѣвой верхней конечности, особенно въ пальцахъ. Легкія подергиванія и въ нижней конечности иногда пріобрѣтають характеръ

трясенія, наблюдаются и въ лицѣ; порой оканчиваются потерей сознания; иногда же трясеніе усиливается при сохраненіи сознания; никогда не переходятъ на другую сторону. *Facialis* нормаленъ, языкъ тоже, глазное дно, зрачки—норма, парезовъ нѣтъ, чувствительность—лѣвосторонняя *hemihypaesthesia*. Легкая атаксія. Нѣкоторыя движенія кисти напоминаютъ хорейскія. Приближается къ типу Кожевниковской эпилепсіи, плюс хорейскія движенія. Локализациа и возникновеніе заболѣванія тотчасъ вслѣдъ за травмой—показаніе къ оперативному вмѣшательству. Больной указываетъ, что послѣ припадковъ у него слабѣтъ лѣвая рука и что на черепѣ, на мѣстѣ ушиба у него были вдавленія, которыя теперь не обнаруживаются. Болевая чувствительность понижена, мышечное и стереогностическое чувства сохранены.

Даркшевичъ. Какія данныя, что припадокъ развился вслѣдъ за травмой.

Клячкинъ. До того былъ здоровъ, послѣ паденія тотчасъ припадокъ, затѣмъ головная боль, сведенія—картина мозгового заболѣванія. Указываютъ на припадокъ во время паденія, тотчасъ послѣ того, какъ больной пришелъ въ себя. Были-ли головныя боли до паденія—не выяснено.

Первушинъ. Картина Кожевниковской эпилепсіи. Этіологія можетъ быть не травма, а инфекция. Возможно, что энцефалитъ былъ раньше, но не проявлялся, паденіе затемнило начало бывшаго заболѣванія. Кожевниковская эпилепсія наблюдается послѣ инфекции. Какъ быть съ оперативнымъ вмѣшательствомъ, если судороги въ рукѣ, и въ ногѣ. Неудобство оперировать на большемъ полѣ, но здѣсь есть указанія, что maximum судорогъ въ рукѣ, основаніе удалить центръ руки. Въ общемъ операція не идеаль, т. е. остается рубецъ, могущій вызывать рецидивы. Глубокая эксцизія даетъ 3 мѣсяца отсутствія припадковъ. Можетъ быть, удалена не вся эпилептогенная зона и операція произведена довольно грубо? стремленіе дѣйствовать другимъ путемъ—удалять клѣтки или ихъ умерщвлять. Нѣтъ-ли средствъ дѣлать безвреднымъ самый очагъ? Желательно было-бы не считать операцію идеаломъ, а пытаться дѣйствовать другимъ путемъ.

Клячкинъ указываетъ, что постоянны лишь подергиванія въ рукѣ, почему оперативное вмѣшательство ограничится центромъ руки. Травма здѣсь или нѣтъ, сказать трудно.

Первушинъ. Здѣсь нѣтъ разстройства мышечнаго и стереогностическаго чувства, лишь болевого. Очагъ не въ корѣ, а подъ корой

Докт. Андреевъ сообщаетъ, что въ день паденія больной цѣлый день чувствовалъ себя плохо, а когда вышелъ—закружилась голова и упалъ.

Даркшевичъ. Случай Кожевниковской эпилепсiи—постоянныя судороги, усиливающіяся и переходящія въ припадокъ, послѣ припадка ослабленіе. Кожевниковъ не былъ склоненъ связывать ее съ травмой. При выясненіи правильнѣе говорить объ инфекціонномъ началѣ. Въ основѣ энцефалитъ не травматическій, а инфекціонный. Вопросъ—нужно-ли хирургическое вмѣшательство; есть указанія на локализацию въ центрѣ руки, разстройство чувствительности указываетъ на темную область, распространеніе по плоскости не сказывается ничѣмъ кромѣ расстройства чувствительности. Операция не гарантируетъ полного исцѣленія, можетъ быть, будутъ припадки, но благодаря судорогамъ черезъ 3—4 года больной долженъ будетъ держать постоянно больную руку здоровой, если операция освободитъ его лишь отъ этого, и то благо.

Примѣръ Терешина, кот. падала, не могла совершенно ничего дѣлать, правую руку постоянно держала лѣвой, требовала постоянного надзора за собой; послѣ операции, лѣвая рука свободна, она пишетъ ею, можетъ кое что работать. При операции важно установить, что вычерпывать—что представляетъ несомнѣнную эпилептогенную зону. При переходѣ заболѣванія на заднюю извилину и паріетальную область всего вычерпать нельзя. Нельзя-ли достигнуть того же, не вычерпывая? окружить глубокимъ разрѣзомъ съ перерѣзкой всѣхъ ассоціонныхъ волоконъ, глубже сѣраго вещества, лежащаго на днѣ fissur'ы. Относительно вліянія Рентгена проблема не рѣшена—убьетъ-ли инфекцію, возможно-ли дѣйствовать чрезъ черепъ. Можетъ быть, отграниченіе центра раздраженія дало-бы хорошіе результаты.

Вишневскій указываетъ на несовершенство костно-пластической операции, хирургъ занятъ вопросомъ объ устраненіи этихъ недостатковъ—примѣненіе свободной пластики костей при большихъ дефектахъ, нельзя только все замѣщать сразу, т. к. всегда есть кровотеченіе и льетъ церебро-спинальная жидкость, для выхода которой должно остаться 2 отверстія. Окруженіе глубокими разрѣзами фокуса пораженія, за глубину fissur'ы, вызоветъ артеріальное кровотеченіе. Если будетъ возможность справиться съ нимъ, попробуютъ дѣлать такъ.

Даркшевичъ указываетъ, что неудачи операций не всегда зависятъ отъ несовершенства техники, при инфекціонныхъ формахъ съ большимъ трудомъ рѣшается вопросъ, что удалять.

В. П. Первушинъ предложилъ вычерпыванія производить глубже итти въ глубь бороздъ. Забота хирурговъ—замѣщеніе костныхъ дефектовъ, нужна гарантія, чтобы остеопиты не пошли въ глубь. Развитие эпилептическихъ припадковъ послѣ операциі аналогично рецидивамъ при удаленіи саркома mammae, за счетъ остающейся инфекции. Интересуется, въ чемъ разница вычерпыванія и обрѣзованія.

Вишневскій. Разница въ перевязкѣ артерій—при перерѣзкѣ ихъ не видно, надо раздвигать части, травматизмъ не меньше.

Даркшевичъ предлагаетъ вести опыты на животныхъ. Желательно было-бы, чтобы дефектъ въ кости не совпадалъ съ разрывомъ въ твердой мозговой оболочкѣ.

Вишневскій. Существуетъ избытокъ въ твердой мозговой оболочкѣ.

Первушинъ. Польза отъ операциі будетъ не велика—связь съ мускулатурой остается, останутся и судороги, такъ какъ не отдѣляются волокна пирамиднаго пучка.

Даркшевичъ. Судороги результатъ не одной самостоятельной жизни участка, а всей коры.

Первушинъ. Важно удаленіе главнаго фокуса. Рекомендуетъ изучить вліяніе Рентгена, указываетъ на важность умѣнья дозировать и необходимость экспериментовъ.

Клячкинъ. Нельзя говорить о дозѣ, т. к. неизвѣстна глубина некроза.

Первушинъ указываетъ на необходимость опытовъ.

Докт. Аристовъ демонстрируетъ больного съ парціальной эпилепсіей Кожевниковаго типа.

Больной въ іюлѣ 1913 года заболѣлъ скарлатиной, чрезъ недѣлю послѣ начала заболѣванія припадокъ общаго характера, послѣ него сразу развился парезъ въ лѣвой рукѣ и ногѣ. Съ тѣхъ поръ начались припадки, послѣднее время съ судорогами, но безъ потери сознания. Такіе же припадки наблюдались и въ клиникѣ, при чемъ носили парціальный характеръ, начинаясь съ лѣвой руки.

Отмѣчается ограниченіе движеній въ лѣвыхъ конечностяхъ, недоразвитіе всей лѣвой половины тѣла, сведеніе ихъ. Парезъ, слабо выраженный въ правой ногѣ. Симптомъ Кернига. Клоническія судороги въ лѣвой рукѣ, изрѣдка въ ногѣ и постоянно въ лѣв. поллица. Черепно-мозговые нервы нормальны. Сухожильные рефлексы ожив-

лены слѣва; имѣется клонусъ стопы на лѣвой ногѣ, остальные рефлексы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Чувствительность не разстроена. Въ основѣ заболѣванія допускаются 2 возможности—менингитъ и энцефалитъ. 1-й исключается на основаніи анамнестическихъ данныхъ и наблюдающагося недоразвитія пораженныхъ конечностей, все говоритъ за энцефалитъ. Локализациа въ правой половинѣ мозга. Этиологія—*encephalitis post scogliatipam*. Можетъ быть киста, важно опредѣлить величину ея и границы.

Клячкинъ. Что можетъ дать операція?—половина тѣла отстала въ развитіи; незначительность результата, если удалить лишь очагъ раздраженія.

Даркшевичъ указываетъ на важность топическаго діагноза, если-бы поврежденіе было глубже и въ связи съ боковыми желудочками, то задѣло бы проэкціонныя волокна *capsulae internae*: былъ-бы полный параличъ ноги. Возможно подкорковое поврежденіе, т. к. не разстроено мышечное и стерногностическое чувство. Клиника присоединяется къ толкованію докладчика: отчасти здѣсь раздражены проэкціонныя волокна къ центру *n. facialis*. Распространеніе по плоскости—рука и центръ туловища; исходя изъ этого докладчикъ ставитъ вопросъ, оперируемъ-ли случай и труденъ-ли. Изъ личнаго опыта дѣлаетъ выводъ о глѣзости операціи при кистѣ. Самое ужасное проникнуть въ боковой желудочекъ. Повидимому поврежденіе въ данномъ случаѣ до желудочка не доходитъ.

Вишневскій указываетъ, что вскрытіе желудочковъ не представляетъ такой опасности, лишь въ одномъ случаѣ съ кистой послѣ травмы и большомъ кровотеченіи, при поднятіи лоскута, хлынула церебро-спинальная жидкость. Въ другомъ случаѣ желудочекъ оказался подъ кожей—секвестръ большой части мозга, было расширеніе желудочка и истеченіе жидкости; широкое сообщеніе съ желудочками неблагоприятно, узкое течетъ не такъ опасно.

Даркшевичъ сообщаетъ о случаѣ проф. Разумовскаго: съ периферіи ничего не было замѣтно, при пробномъ прокобѣ въ глубину 1—1½ сант. мозгъ былъ нормаленъ, дальше встрѣчалось сопротивленіе,

Вишневскій. Надо удалить кисту чрезъ разрѣзъ по обычному способу удаленія опухолей, подробности предусмотрѣть нельзя.

Даркшевичъ. Возможна, слѣдовательно киста, соединительнотканый рубецъ, гліозъ. Мать больного желала операціи, надѣясь на благопріятный исходъ.

Вишневскій считаетъ случай оперируемымъ.

Первушинъ указываетъ на возможность двухъ фокусовъ, т. е. имѣется парезъ правой ноги и наличность симптома Кернига.

Въ административной части засѣданія Л. О. Даркшевичемъ В. П. Первушинымъ и Г. А. Клячкинымъ предложень въ дѣйствительные члены О-ва д-ръ Вермель.

Рѣшено завести книгу для записи членовъ О-ва, на что ассигновано не свыше 10 рублей.

Предсѣдатель *Л. Даркшевичъ.*

Секретарь *С. Штейнбергъ.*

Протоколъ засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ 9 ноября 1916 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Даркшевичъ, присутствовали члены О-ва: Первушинъ, Эаворскій, Скуридинъ, Идельсонъ, Штейнбергъ, Донсковъ.

Л. О. Даркшевичъ открылъ засѣданіе рѣчью, посвященной памяти Ил. Ил. Мечникова. Онъ указалъ, что смерть его наступила въ самый разгаръ борьбы съ нѣмецкой коалиціей, борьбы Россіи, которую Мечниковъ горячо любилъ, несмотря на жизнь въ чужой странѣ. Въ свою очередь и родина чтитъ его—его пріѣздъ въ Россію во время чумной эпидеміи былъ сплошнымъ триумфомъ. Многія общества избрали его почетнымъ членомъ, Общество невропатологовъ и психіатровъ въ ихъ числѣ. Память его почтили различнымъ образомъ многія общества, здѣсь же мы можемъ лишь почтить ее вставаніемъ.

Общество понесло тяжелую утрату въ лицѣ Ив. Мих. Догеля, какъ основателя Общества и его почетнаго члена. Онъ былъ, несмотря на годы, дѣятельнымъ членомъ и постоянно принималъ участіе въ засѣданіяхъ. Всѣмъ памятна его характерная фигура, критика его всѣхъ выступающихъ, такъ разносторонне было его развитіе. Въ послѣднее время онъ лишь интересовался дѣлами Общества, не принимая участія въ засѣданіяхъ вслѣдствіе нездоровья. Память его предлагаю почтить вставаніемъ.