

Про толерантність мозку при черепно-мозкових операціях*.

Проф. П. С. Бабіцький.

Неврохірургічна клініка Київського психоневрологічного інституту (директор — А. О. Кабанік) і Київська психіатрична лікарня ім. Павлова (директор — А. І. Гальперін, науковий керівник — проф. Б. Н. Маньковський).

Лишивши в стороні Московський неврохірургічний інститут, очолюваний Н. Н. Бурденком, і невеличке число невропатологів, які сами оперують своїх хворих, неврохірурги в нашому Союзі працюють у контакті з невропатологами. За ними (невропатологами) найчастіше лишається керівна роль у цій справі.

На жаль, у питанні про пухлини мозку думки й ставлення неврохірургів і невропатологів розбігаються.

Величезні заслуги невропатологів у цьому питанні безперечні. От візьмімо, приміром, діагностику. Адже невропатологи мають у своєму активі 80% повних локалізованих діагнозів, перевірених на операції і (частіше) на аутопсії. Не менші заслуги вони мають і в патоанатомічній ділянці цього питання.

Тепер невропатолог уже не задовольняється локалізаційною діагностикою, він прагне дати захиттєвий гістогенний діагноз. А поєднання в особі клініциста невролога і невропатолога призвело до того, що вже почали вловлювати зв'язок гістоструктури пухлини з його клінічним перебігом, певну залежність цього перебігу від будови опуху. Це дало змогу ближче підійти до прогнозу, до показань і протипоказань до оперативного втручання.

Відмінно від інших випадків, де поруч із клінічними спостереженнями, дослідженнями тощо провадять і спеціальну терапію, хворі з пухлиною мозку щодо лікування майже цілком випадають з поля діяльності невропатолога. Ми кажемо „майже“, бо крім дуже обмеженої групи хворих з аденомою гіпофізу, де рентгенотерапія може дати задовільні результати, всі інші хворі потребують тільки операції, якщо проти неї немає якихось певних протипоказань, тобто вони належать до компетенції неврохірурга, що ставить завданням врятувати хворого шляхом радикальної операції.

На невропатолога в цій справі припадає тільки симптоматичне лікування, якщо він сам у потрібний момент не виступає і в ролі неврохірурга.

Перші спроби старих хірургів, що наважилися оперувати на мозку, дали привід вважати, що з мозком справа стоїть не так, як з іншими органами, іншими тканинами, що, мов, мозок не допускає значних оперативних втручань, що мозок інтолерантний. І така думка чималою мірою виправдувала невдалі результати операції.

* Доповідь на крайовій конференції психоневрологів в Ростові н/Д.

Ми категорично заперечуємо такий неправдивий погляд. Мозок толерантний.

Для ілюстрації подаємо два приклади з нашої практики останнього часу.

1. Хворий віком понад 60 років. Тяжка форма невралгії трійчастого нерва. Надзвичайно виснажений і змарнілий своєю тяжкою хворобою. Ми спостерігали його протягом кількох років. Спочатку один раз через 3 роки, а потім щороку ми робили йому алкогольні ін'єкції в Гассерівський вузол. Нарешті, хворий вирішив оперуватися. Ми перерізали йому корінець трійчастого нерва — за методом Dandy — коло самого моста. Дістались до корінця через мозочок. Нам довелося, як і при видаленні кутового тумора, провести трепанацію задньої ямки, оголити мозочок, відсувати його вгору і в сторони, бо тільки ад оculos можна відповідно перерізати нерв. Операція проходила на надзвичайній глибині. Рану ми (шарами) зашили.

Операцію хворий переніс добре, і вона дала позитивні результати.

2. Теж стара людина, ще більше виснажена й змарніла, ніж попередній хворий. Тут маємо в анамнезі і сифіліс (хворий провів кілька курсів лікування) і малярію тощо.

І в цьому випадку ми провели таку саму операцію, як і в першому. Операція теж дала позитивні результати.

Отакі маємо приклади серйозного оперативного втручання на головному мозку, на черепній ямці. Вони свідчать про безперечну толерантність мозку.

Але тут треба підкреслити, що вся справа міняється, коли на мозку маємо пухлину. Тоді стан мозку міняється, бо він втягується в процес: тоді змінюються не лише сусідні з тумором місця, але поступово і віддалені від нього ділянки. З часом утворюється стан, коли життєві центри в довгастому мозку набирають такої лабільності, що вони стоять на межі життя й смерті. Це особливо часто буває, коли тумор міститься близько до довгастого мозку (задня черепна ямка). Проте такий стан може утворитись при будьякій локалізації, часто при розладі liquor'a і кровообігу, при токсичності тумора тощо.

Отож у справі лікування пухлини головного мозку ми стоїмо перед неминучою потребою хірургічного втручання. А тим часом мозок певною мірою порушений у своїй толерантності.

Який же звідси логічний висновок?

Операції треба вжити тоді, коли толерантність мозку максимально близька до норми, коли порушення її не дійшло значних розмірів. Це значить, що треба домагатися ранньої операції, коли виявилися лише перші симптоми, коли ще не постали явища підвищеного черепного тиску — показника, що процес уже поширився на весь головний мозок.

Ми змушені констатувати, що так званий „чистий“ невропатолог (тобто такий, що разом з тим не виконує функції неврохірурга) часто не цілком свідомий всієї життєвої важливості найранішої операції. Очікуючи нових симптомів для точнішого визначення діагнозу, він гає дорогий час і з своїм діагнозом приходить надто пізно.

„Ми можемо послати хворого на операційний стіл тільки тоді, коли ми цілком певні діагнозу“. Так сформулював недавно один невропатолог своє ставлення до справи.

Який же вихід з цього?

Невропатологові треба неодмінно переключитися на ранню операцію — так, як це зробили неврохірурги. Треба піти шляхами Förster'a, Cl. Vincent'a, Молоткова, Емдіна, Гаркаві і навчитися функції неврохірурга. Ми розуміємо, що наші старі невропатологи самі вже неврохірургами не стануть, але ж треба обов'язково змінити профіль нашої клініки,

запровадивши в ній хірургію, організувавши в ній операційну і свої кадри, з перших же кроків їх роботи в клініці включити їх в неврохірургію, бувати самим на операціях тощо. Із таких кадрів у такій „клініці нервових хвороб і неврохірургії“ мають формуватися невропатологи-неврохірурги типу проф. Гаркаві, який очолює тепер цілу бригаду учнів проф. Емдіна.

А покищо *треба* неодмінно *досягти* *ранньої* *діагностики*, маючи завданням визначити показання до операції, якщо немає протипоказань до хірургічного втручання взагалі, як от хірургічно недоступна ділянка тощо. Треба неодмінно вжити всіх допоміжних методів дослідження — пункції, дослідження liquor'a, енцефало-вентрикулографії (Ег — Vg).

І, нарешті, треба вжити ще одного діагностичного метода — *пробної операції*.

Ідею операції, як завершеного діагностичного методу, розвивав у нас Оппель, маючи на увазі пробну лапаротомію.

Доцільна тільки рання пробна трепанація, як і тільки рання пробна лапаротомія при підозрі на злоякісну пухлину. У цьому вся суть, бо тільки раннє виявлення пухлини дає змогу зробити ефективну операцію з мінімальним ризиком для хворого.

Про пробну операцію ми вже раніш писали й виступали, але виходячи з інших міркувань. Маючи на увазі звичайний тип тяжкохворого, коли різко підвищений внутрішньочерепний тиск і загроза втрати зору вимагали декомпресії, ми пропонували робити її на місці гаданої локалізації пухлини. Якщо пухлину справді виявлено, операція піде за типом радикальної; в протилежному разі вона набере характеру декомпресивної трепанації.

Тепер ми пропонуємо „пробну трепанацію“ з погляду Оппеля, як останній ранній діагностичний метод — якомога до постанови загальних явищ, коли мозок толерантний, отже коли можна робити операцію з найменшим ризиком.

Приміром, коли в людини 30 — 40 і більше років раптом постають випадки судорог руки Джексонівського типу, і ми не маємо підстав вважати його епілептиком, нам слід подумати про тумор. Виключивши сифіліс, ми повинні негайно — до постанови загальних явищ — вжити весь комплекс діагностичних методів до Ег включно і, доставши дані про можливу локалізацію, завершити наше дослідження останнім діагностичним методом — пробною трепанацією.

Нарешті, суть справи диктує нам ще один принципово важливий висновок.

Адже, ніхто не заперечує того, що лікування хворого з пухлиною мозку — справа тільки оператора, який безпосередньо відповідає за хворого (звичайно тут ніхто не знімає моральної відповідальності і невропатолога). Чи ж не краще в такому разі з самого початку перекласти всю відповідальність на неврохірурга, подібно до того, як це давно практикується в багатьох інших галузях медицини?

От візьмімо, наприклад, хірургічну клініку бр. Мауо, де сотні тисяч хворих шукають оперативної допомоги; серед них чималий процент із захворюваннями органів черепної порожнини. Там справу поставлено так, що увесь колектив спеціалістів (і саме на чолі з терапевтом), всі лабораторії і допоміжні заходи мають одну певну цілеспрямованість, керовану хірургом. А тим часом ніхто не заперечуватиме, що клініка працює прекрасно.

Та й наші хірургічні клініки й відділи користуються консультативною допомогою спеціалістів — насамперед терапевтів, але всю справу, всі дослідження ведуть з самого початку власними силами.

А в нашій невролого-неврохірургічній галузі можна послатися на блискучий приклад Московського неврохірургічного інституту, очолюваного Н. Н. Бурденком. Такі неврохірургічні інститути треба заснувати по всіх великих центрах нашого Радянського Союзу.

О толерантности мозга при черепномозговых операциях.

Проф. П. С. Бабицкий.

Неврохирургическая клиника Киевского психоневрологического института (директор — А. О. Кабаник) и Киевская психиатрическая больница им. Павлова (директор — Л. И. Гальперин, научный руководитель — проф. Б. Н. Маньковский).

В данной статье мы остановимся на вопросе о толерантности мозга и на тех моментах, которые из этого вытекают. Это мы считаем нужным сделать тем более, что они связаны с организацией постановки оперативной помощи больным, — главным образом, с опухолью головного мозга.

Следует отметить те громадные заслуги, которые имеют невропатологи в изучении вопроса об опухолях мозга. Достаточно сказать, что в результате их тщательного исследования и длительного клинического наблюдения достигнуто 80% полных диагнозов с точной локализацией.

Почему же при таких успехах в диагностике так еще неутешительны результаты послеоперативного удаления опухоли, единственно радионального, как известно (за самыми редкими случаями), метода лечения? Почему еще велика смертность, особенно при опухолях задней черепной ямы?

Старые хирурги считали, что мозг не выносит крупных вмешательств. И невропатологи не спорили с этим, зная из собственного опыта, что иногда и обыкновенная спинномозговая пункция, особенно при опухолях задней черепной ямы, может повести к смерти. Мозг интолерантен — таково было общее мнение.

А между тем это не так. Можно смело утверждать, что мозг вообще достаточно вынослив, но *интолерантным он становится в случае опухоли*. Опухоль мозга можно только в первое время рассматривать как местное заболевание; по мере же роста ее влияние (компрессивное и токсикационное и проч.) распространяется на весь мозг, изменяя его. Центры, если иметь в виду центры продолговатого мозга, становятся все лабильнее, и не удивительно, что при малейшем инсульте может наступить смерть, нередко внезапно. Такой мозг, конечно, интолерантен, особенно по отношению к такому крупному вмешательству, как удаление опухоли.

Разницу в отношении различной толерантности мозга без опухоли и при наличии ее мы можем проиллюстрировать примером из нашей самой недавней практики.

Двум уже пожилым больным с большим и разнородным „патологическим стажем“ мы, по поводу жестокой невралгии тройничного нерва, перерезали корешок нерва у моста. Операция эта (Dandy) делается полностью по типу удаления опухоли задней черепной ямы с обнажением и отодвиганием мозжечка и т. д. Это — одна из самых трудных мозговых операций. Тем не менее больные перенесли операцию прекрасно и скоро стали на ноги. Опухоли не было, поэтому мозг нормален и толерантен даже к крупным вмешательствам.

Что же мы видим в случае опухоли мозга? Высокий процент точно поставленных диагнозов практически обесценивается тем, что он возможен только в поздних стадиях заболевания, когда мозг, как мы это видели выше, интолерантен. Чтобы получить максимальные шансы на успех, операцию нужно делать тогда, когда мозг с опухолью на нем максимально близок к норме, т. е. в возможно ранней стадии болезни, когда болезненный процесс не успел распространиться на весь мозг, не вызвал в нем значительных изменений.

Итак, невропатолог, ставя своей задачей дать возможно полный и точный диагноз, является с ним со значительным опозданием; неврохирург же, стремясь сделать операцию при возможно раннем диагнозе, его во-время не получает.

Где же выход? В интересах больного необходимо пожертвовать академической чистотой разработки случая, и, памятуя, что спасение в таких случаях — только в операции, но при условии, когда она является ранней при подозрении (!) на опухоль, пустить в ход одновременно с обычным неврологическим исследованием весь арсенал вспомогательных диагностических методов, не исключая и энцефалографии. Страх перед Ег при опухоли мозга заколен в наших обычных случаях, хоть и достаточно полного, но и достаточно запоздавшего диагноза, и неоснователен в случаях нового профиля больных, когда мозг предельно близок к его состоянию без опухоли.

Весь цикл диагностических методов завершается последним — тоже вспомогательным диагностическим методом, каким является сама операция (так смотрел на операцию и Оппель). „Пробная трепанация при подозрении (!) на tumor cerebri, как пробная лапаротомия при подозрении (!) на tumor abdominis, конечно, ранние (в этом же весь их смысл) и поэтому безопасные“.

Таков первый логический вывод.

Второй вывод следующий.

Неврологическая клиника должна стать одновременно и нейрохирургической, со своей операционной, где под руководством нейрохирурга готовятся и растут нейрохирургические кадры с сочетанием, при соответствующем уклоне, обеих специальностей, как мы это видим, напр., в клинике проф. Эмдина.

И, наконец, третий вывод. В крупных центрах при комплексной работе больные должны с самого начала находиться на попечении оперирующего их нейрохирурга.

Sur la tolérance du cerveau dans les opérations cérébro-craniennes.

Prof. P. S. Babitzky.

Clinique neuro-chirurgicale de l'Institut psychoneurologique de Kiev (directeur — A. O. Kabanik) et Hôpital Pavlov des maladies mentales de Kiev (directeur — L. J. Galpérine, directeur scientifique — prof. B. N. Magnekovsky).

Dans ce travail nous avons étudié la tolérance du cerveau et certaines suites de cette propriété de celui-ci. Nous avons cru devoir le faire, car ces dernières sont en rapport étroit avec l'organisation du secours chirurgical aux malades présentant des tumeurs du cerveau.

Nous devons signaler ici le grand mérite des neuropathologistes dans le domaine de l'étude des tumeurs cérébrales. Il suffit de dire que, grâce à leurs recherches méticuleuses et aux observations cliniques prolongées,

dans 80 % des cas un diagnostic complet avec localisation exacte a pu être fait.

Mais alors comment expliquer ce fait que, malgré ces progrès du diagnostic, les résultats de l'intervention chirurgicale, la seule thérapie rationnelle des tumeurs, sauf de très rares exceptions, soient si peu satisfaisants? Quelle est la cause d'une mortalité, encore très élevée, surtout dans les cas de tumeurs de la fosse crânienne postérieure?

Les vieux chirurgiens croyaient que „le cerveau est un tissu tout-à-fait spécial“, qu'il ne supporte pas les interventions sérieuses. Les neuropathologistes ne combattaient point cette opinion, sachant par expérience que, parfois, une simple ponction cérébro-spinale peut être cause de mort, surtout dans les cas de tumeurs de la fosse crânienne postérieure.

Le cerveau est intolérant, telle était l'opinion générale.

Or, il n'en est rien. On peut affirmer en toute conscience, que le cerveau est, en général, assez résistant; mais il devient intolérant dans le cas d'une tumeur. Tout est là. Une tumeur cérébrale ne peut être considérée comme une affection locale qu'au début; à mesure qu'elle grossit, son action comprimante, intoxicante, etc., s'étend sur le cerveau entier, en le modifiant. Les centres (ceux de la moelle allongée) deviennent de plus en plus labiles et il n'y a rien d'étonnant que la moindre insulte soit suivie de mort, quelquefois immédiate. Un tel cerveau est, sûrement, intolérant, surtout envers une intervention aussi sérieuse, comme l'ablation d'une tumeur.

Nous pouvons illustrer d'un cas emprunté à notre pratique récente la différence de tolérance du cerveau exempt de toute tumeur et de celui affecté d'une tumeur.

Chez deux malades ayant un grand „stage pathologique“ très varié souffrant d'une névralgie très sévère du nerf trijumeau, nous avons sectionné la racine du nerf à proximité du pont. Cette opération (Dandy) se fait exactement comme l'ablation de la tumeur de la fosse crânienne postérieure, avec mise à nu et écartement du cervelet, etc. C'est une des opérations du cerveau les plus délicates. Malgré cela les malades supportèrent très bien l'opération et se rétablirent rapidement. Il n'y avait pas de tumeur (c'est là l'important), le cerveau est normal et résiste même aux interventions très sérieuses: le cerveau est tolérant.

Que voyons nous dans le cas d'une tumeur? Le grand nombre de diagnostics exacts perd sa valeur de ce fait qu'un diagnostic complet n'est possible que dans les stades très avancés de la maladie, au moment où le cerveau est devenu intolérant, comme nous l'avons montré plus haut. Pour avoir le maximum de chances de succès, l'opération doit être faite quand le cerveau porteur d'une tumeur est le plus près possible de son état normal, c'est à dire dans le stade le plus précoce de la maladie, quand le processus morbide n'a pas encore eu le temps de gagner le cerveau entier et n'y a pas provoqué de modifications notables.

Ainsi donc, le neuropathologiste qui se propose de fournir un diagnostic complet et exact, vient avec un retard considérable, alors que le neuro-chirurgien qui veut opérer sur un diagnostic précoce, — n'en dispose pas à temps.

Que reste-t-il à faire? Dans les intérêts du malade il faut sacrifier la pureté académique d'analyse de la maladie, sacrifier le diagnostic complet et, n'oubliant pas que dans ces cas le salut n'est que dans une opération précoce, employer en outre de l'examen neurologique normal tout l'arsenal des mesures diagnostiques accessoires, sans excepter l'encéphalographie. La peur de l'encéphalographie dans les tumeurs cérébrales est logique dans les cas habituels de diagnostic assez complet, mais assez tardif. Cette peur n'est pas fondée dans les cas où le cerveau est assez

peu éloigné de son état normal, sans tumeur. Un tel cerveau est tolérant à ce point qu'il supporte l'encéphalographie, dite „sèche“, qui consiste à retirer totalement le liquide cébrospinal, en le remplaçant par l'air.

Le cycle des moyens diagnostiques se termine par le dernier moyen diagnostique accessoire également—par l'opération elle-même (Oppel): une „trépanation explorative“ dans la supposition d'une tumeur cérébrale, tout comme une „laparotomie explorative“ dans la supposition d'une tumeur abdominale (cancer d'estomac par ex.), à condition que toutes les deux soient précoces, c'est là leur valeur—et pour cela même inoffensives.

Telle est la première conclusion logique qui s'impose.

La deuxième conclusion est la suivante.

La clinique neurologique doit devenir en même temps une clinique neuro-chirurgicale, avec sa salle d'opérations, où sous la direction d'un neuro-chirurgien des spécialistes seront formés qui posséderont les deux spécialités, comme nous le voyons dans la clinique du prof. Emdine.

Et, enfin, une troisième conclusion: dans les grands centres les malades doivent être placés dès le début sous l'observation d'un neuro-chirurgien qui les opérera.

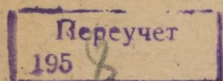
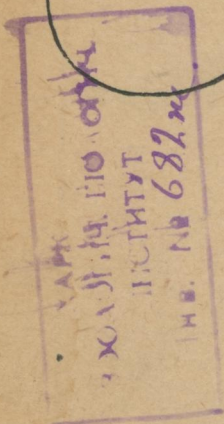
K-4789

262784

Народний Комісаріат Особливої Здравої УСРР
Український Інститут Експериментальної Медицини

Експериментальна Медицина

Щомісячний журнал



№ 8

Серпень
Авг
1936

La médecine
expérimentale

Сергій Медвідь

