

Случай слепого ранения черепа с последующим удалением пули, 7 лет остававшейся в мозговом веществе.

Д-ра Д. М. Емельянова.

Полостная хирургия и, в частности, хирургия черепа с его содержимым теряют свое начало в далеком прошлом человечества. В этом отношении кости черепа служат довольно устойчивым памятником того, насколько была дерзка мысль у наших предков в поисках средств борьбы с заболеваниями черепа и его содержимого,— об этом свидетельствуют дефекты костей (свода) черепа, находимых при раскопках и относящихся к доисторической эпохе (Озеров). Как и всякий отдел хирургии, черепномозговая хирургия после долгих мытарств по этапам доантисептического периода с момента завоевания прав гражданства антисептикой и асептикой вступила на твердый путь эксперимента и научного клинического опыта. Если в обстановке мирного времени каждый хирург случаи брюшной хирургии в своей практике может насчитывать если не сотнями, то во всяком случае десятками,—этого нельзя сказать по адресу хирургии черепа. За небольшим исключением,—тех хирургов, которые заняты специально в этом направлении,—большинство располагает на протяжении ряда лет своей деятельности лишь немногими случаями оперативного вмешательства по поводу повреждений (или заболеваний) черепа и его содержимого. Черепномозговая хирургия развивается толчками—в периоды войн, когда хирургам представляется обширный материал для наблюдений. Позволю себе сослаться на капитальный труд О. М. Хольбека „О военно-полевых ранениях черепа“, являющийся результатом наблюдений из опыта Русско-Японской войны. Напротив, работая в обстановке мирного времени, хирург лишь изредка сталкивается или со случайными ранениями, или же с случаями слепых ранений содержимого черепа, имевших место в предшествовавших войнах. Насколько нечасты такие случаи в мирной обстановке,—о том свидетельствует опыт проф. В. И. Разумовского, который за 30 лет пребывания в Казани вспоминает лишь о 6 случаях слепых ранений черепа (Новейшие данные по черепномозговой хирургии,

Русская Хирургия, 1913). Поэтому излишним будет мое сообщение об одном слепом ранении черепа, наблюдавшемся в заведываемом мною Хирургическом отделении Симбирской больницы.

28/VIII 1923 в отделение поступил больной А. Ф., 35 лет, с жалобами на головные боли и головокружение. В сентябре 1916 г. Ф. был ранен на германском фронте осколком разорвавшегося в 5 саж. от него снаряда, причем почувствовал резкую боль в голове, шум в ушах и упал, потеряв сознание. Через несколько часов сознание у Ф. вернулось, но он продолжал чувствовать сильную боль в правой половине головы. Растройств со стороны двигательной сферы и со стороны внутренних органов не наблюдалось. Больной вспоминает, что глаза у него „налились кровью“, но зрение, как таковое, не пострадало. Через 3 недели лечения в госпитале рана зажила, но у Ф. осталось ощущение постоянной тупой боли в правой половине головы с иррадиацией в глазное яблоко соответствующей стороны. Боли были скорее припадками, ухудшались в холодную, сырую погоду, усиливались также, когда больной совершал неосторожные движения, оступался и т. п. Через 6 месяцев после ранения с Ф. был припадок, который заключался в том, что он, до того сидевший, как ни в чем не бывало, и пивший чай, внезапно почувствовал резкое головокружение и тут же потерял сознание. Обморочное состояние продолжалась несколько минут. Подобные припадки повторялись в 17—19 годах—по одному разу и в 20 г.—2 раза, после чего они уже больше не наблюдались. Один из припадков, по словам больного, сопровождался судорогами (по рассказу очевидцев), о характере которых он не может ничего сообщить, равно как и о том, сопровождалась ли также судорогами и другие припадки. В момент поступления в больницу больной жаловался на резкие боли в правой половине головы, иррадиирующие в правый глаз. Боли эти были настолько сильны, что больной вынужден был ходить с осторожностью, избегая толчкообразных движений и не производя сколько-нибудь резких движений головой. Они усиливались и отдавали в лобные доли при наклоне туловища вперед. Благодаря этим болям, Ф. не мог спать по ночам без того, чтобы не прибегать к болеутоляющим средствам. В те моменты, когда болевые ощущения становились особенно резкими, он замечал, что у него рябит в правом глазу. Пациент постоянно ощущал также онемение в правой половине головы. Лежать он мог исключительно на левом боку, уткнувшись левой стороной лица в подушку. Из объективных данных надо отметить следующее: больной—среднего роста, крепкого сложения; со стороны органов дыхания, кровообращения и пищеварения все нормально; пульс 90 в минуту, правильный. Справа за ухом, на границе, где сходятся затылочная, теменная и височная кости, имеется линейный рубец в $1\frac{1}{2}$ сант. длиной, чувствительный при давлении; рубец этот несколько спаян с подлежащей костью, которая обнаруживает здесь известную шероховатость; при легком постукивании перкуSSIONным молоточком по рубцу, больной ощущает боль в глубине черепа. *Visus* правого глаза около 0,9, левого—1; поле зрения в обоих глазах нормально, зрачки равномерны; реакция на свет и аккомодация

ция правильны, диплопия нет; на дне правого глаза—перезко выраженная гиперемия соска, вены здесь несколько более расширены, чем слева; дно левого глаза нормально. Сухожильные рефлексы несколько повышены. При исследовании X-лучами оказалось, что мы имели дело с остроконечной пулей, застрявшей внутри черепа; пуля располагалась в передне-заднем направлении, будучи обращена острым концом вперед и несколько кнаружи, о чем можно было судить по снимку в лобно-затылочной проекции. На этом снимке пуля находилась на расстоянии 3—3,5 сант. от боковой линии очертания черепа, на боковом же снимке—на расстоянии 5 сант. от задней линии очертания черепа; кроме того, на первой рентгенограмме можно было констатировать, что местоположение пули в проекции соответствует шву между затылочной и теменной костями ближе к соединению теменной кости с височной. Просвечивая череп больного в боковом положении и прижимая к нему палец соответственно тому, как падала тень на экран, я всегда убеждался, что под пальцем находится раневой рубец; это давало мне право предположить, что рубец и пуля в черепе лежат приблизительно в одной горизонтальной плоскости, что и подтвердилось на операции.

Таким образом рентгеноскопическое исследование обнаружило остроконечную германскую пулю, чего нельзя было предположить, судя по рассказу больного. Остается допустить, что Ф. при разрыве снаряда был, кроме того, ранен пулей, находившейся на излете и ударившейся о череп плашмя, на что указывал и линейный рубец, длиною до $1\frac{1}{2}$ сант., у места входного отверстия. Раненый не был оперирован, но остался жив, несмотря на присутствие пули в содержимом черепа. Такие случаи невольно наводят на мысль о целесообразности консервативного метода лечения огнестрельных ранений черепа. В настоящем сообщении я впрочем не буду много распространяться pro и contra радикальных или консервативных мероприятий при этих последних. Много было сломано копий в защиту того и другого метода такими корифеями хирургии, как Bergmann, Langenbeck, Bardeleben, Quénu, Reclus, и др., а из соотечественников—Левшин, Тихов, Разумовский и др. Из всей полемики, которая велась в этом направлении как на страницах прессы, так и в заседаниях хирургических обществ и конгрессов, у читателя, в качестве более или менее определенного вывода, составляется заключение, что, во-первых, по отношению к огнестрельным ранениям черепа в смысле лечения еще не достигнут тот модус, какой проводится в случаях ранений брюшной полости, а во-вторых,—что здесь хирургу чаще приходится выдвигать принципы индивидуализации. При этом слепые ранения черепа составляют особую группу, требующую к себе со стороны хирурга несколько иного отношения, чем какое он должен проявлять к сквозным ранениям,—здесь хирург должен оценивать тя-

жесть ранения не только по наличности тех или иных симптомов в данный момент, но и должен учитывать состояние раненого в будущем, поскольку оно может зависеть от постороннего тела, остающегося в содержимом черепа. Для хирурга, имеющего перед собою свежее слепое ранение черепа, всегда больше оснований делать попытку к удалению пули, осколка и т. п. За удачный исход „победителей не судят“, в случае *exitus letalis* оправданием служат тяжесть случая. По отношению к заросшим посторонним телам после огнестрельных ранений, напр., конечностей мы сплошь и рядом проявляем консерватизм, если они своим присутствием не нарушают функции конечности, и если они не сидят более или менее поверхностно. В случаях же застарелых слепых ранений черепа со всею силой выступает принцип индивидуализации. Что другой точки зрения здесь не может быть,—это не требует доказательств.

В данном случае передо мною был больной, у которого единственным симптомом являлись головные боли, заставлявшие пациента настаивать на оперативном вмешательстве. Другие симптомы, которые могли-бы служить показанием к этому, отсутствовали. Так, эпилептические припадки, хотя в прошлом и имели место, но уже с 20-го года больше не повторялись. Однако и одна головная боль давала нам право оперировать, тем более сам пациент твердо настаивал на операции, заявляя, что иначе жизнь ему будет в тягость.

Операция 18/IX 23, под морфинно-хлороформным наркозом, начата остеопластической краниотомией. Образован кожно-надкостничный костный лоскут овальной формы в 9×7 сант. размерами, с основанием около 6 сант. Рубец на месте входного отверстия пули располагался соответственно средней трети основания лоскута на палец выше линии, соединяющей концы кожного разреза. В состав костной части лоскута вошла главным образом чешуя затылочной и теменной костей. Лоскут свободно отделен от твердой мозговой оболочки за исключением того места, где через кость прошла пуля,—здесь были сращения,—правда неплотные,—*durae matris* с костью. Эта часть оболочки находилась в состоянии рубцового изменения на протяжении 1,5—2 кв. сант., в остальных же местах *dura mater* была блестяща, и через нее просвечивали извилины мозга. Пальцем на месте рубца я нащупал в глубине твердое тело. Было очевидно, что это есть нечто иное, как пуля. Последняя была обнаружена продольным разрезом, и осторожными движениями ее довольно легко удалось извлечь из капсулы. Оказалось, что она находилась в веществе мозга на границе височной и затылочной долей, на глубине 1—1,5 сант., причем сверху, снизу, спереди и сзади ее капсулу окружало вещество мозга, а снаружи от нее был довольно толстый слой рубцовой ткани, отделявшей пулю от *tentorium cerebelli*. Капсула в своей толще содержала вещество оболочки пули в виде черной крошковатой массы (окисление). При удалении пули

было вскрыто субдуральное пространство, и последовало истечение небольшого количества мозговой жидкости. Крошковатые массы, составлявшие капсулу, были осторожно удалены отчасти острой ложкой, отчасти ножницами. Кровотечение незначительное, легко остановлено. В виду описанного состояния капсулы решено было полость, откуда извлечена пуля, тампонировать, с каковою целью туда были введены марлевая полоска и стеклянный дренаж; оба они были выведены в задне-нижнее трепанационное отверстие. Остальная часть раны закрыта швами. 21/IX дренаж был удален, 23/IX произведена смена тампона, 25/IX сняты швы, причем рана оказалась зажившею *per primam*, и удалена окончательно полоска. 15/X головные боли у Ф. исчезли, он чувствовал лишь некоторую слабость в голове, что можно объяснить малокровием; рубец на месте входного отверстия пули неболезнен, головокружения нет, пациент может спать и на больной стороне, сон у него, как у здорового человека, — крепкий, спокойный, самочувствие очень хорошее, пациент производит впечатление жизнерадостного человека. Заживление костного лоскута идет нормально. Со стороны правого глаза — *idem*.

Из всей клинической картины описываемого случая позволю себе остановить внимание читателя на эпилептических припадках, закончившихся без всяких лечебных вмешательств. Я обнаружил пулю лежащей на *tentorium cerebelli*, от которого ее отделял слой рубцовой ткани. Сказать, что это настоящее положение пули было и первоначальным, — нельзя. Я допускаю, что между пулей и *tentorium cerebelli* непосредственно за ранением оставался слой мозговой коры и белого вещества, но пуля с течением времени смещалась, — что допускают Разумовский и Цеге фон-Мантейфель, — и тем способствовала превращению подлежащего мозгового слоя в рубцовую ткань. Таким образом к моменту операции пуля снаружи и снизу была как-бы вне мозговой ткани. Возможно, что переход ее в описываемое положение сказался в смысле прекращения припадков, — пуля как-бы отошла от эпилептогенной зоны. Впрочем говорить о том, что припадки эпилепсии более не повторяются, здесь преждевременно, — иногда они возвращаются и после хирургического вмешательства (Хольбек, Боришпольский).