

616—039.31—07:616.853

DIAGNOSTIKA PAROXYSMÁLNÍCH ONEMOCNĚNÍ SE ZVLÁŠTNÍM ZŘETELEM K EPILEPSII*

MUDr. František PLESKOT

Termínem paroxysmálních onemocnění je myšleno každé onemocnění, které v životě pacienta se vícekrát opakuje a projevuje se náhlým výpadem funkcí motorických, senzitivních, senzorických, vegetativních i psychických. Krátkost trvání je další charakteristikou každého paroxysmu. Ústředním bodem celé práce však bude hlavně diagnostika epilepsií. Neboť toto onemocnění je nejčastější a nejdůležitější ze všech záchvatů vůbec. Ostatní paroxysmy slouží jako rámec k vyloučení této diagnózy.

Klasifikace záchvatovitých onemocnění podáváme podle Gibbse v malé modifikaci. Paroxysmy bezvědomí, provázené křečemi či projevující se jinými, hlavně vegetativními nebo psychickými příznaky, mohou být způsobeny těmito chorobnými syndromy: 1. epilepsie i s myokloniemi, které z části spadají do ep. okruhu, ale z části stojí mimo něj. Další skupiny tvoří synkopy (vasovagální ataky) obojího druhu, tj. ortostatické i sinokarotické. V terminologii franc. autorů jde o stavy lipothymické. Potom následuje tetanie a podobné projevy z oblasti spasmofilní diatézy. Dále nutno myslet v oblasti interní na hypoglykémii, feochromocytom (při dif. diagnóze diencefalické ep.) a srdeční synkopu následkem Adams-Stokesova syndromu. Paroxysmálně se vyskytují různé cirkulační příhody, které se nyní vesměs zahrnují termínem cerebrovaskulární insuficience. Sem patří i tzv. Millsovy paroxysmy, kde bezvědomí je podmíněno přechodnou ischémií v oblasti vertebroasiální. Pro tyto pa-

roxysmy se ujal v poslední době název hypoxické záchvaty. Starý termín paraepilepsie zahrnuje pyknolepsii (která je vlastně petitmalovým statusem), dětský psotník, alkoholové a jiné intoxikační konvulze. Do této oblasti byla zařazena i narkolepsie s kataplexií i ostatní onirické syndromy francouzských autorů. Tímto termínem se myslí pavor nocturnus, somnambulismus, spánková opilost, disociace tělesného spánku apod. Poslední v řadě jsou psychické paroxysmy, vyskytující se při různých psychózách, pitiatické projevy apod. Jak je na první pohled patrné, společný jmenovatel všech těchto projevů je klinický vzhled, který spočívá v náhlé ztrátě či zákalu vědomí s doprovodnými příznaky. Někdo by snad mohl počítat sem i nemoc Ménièreovu migrénu či dokonce neuralgii trigeminu, avšak tyto mají příliš svérázné projevy, než aby s paroxysmy mohly být zaměněny. I když Moore tvrdí, že každá, zejména tvrdošíjná a úporná cefalalgie nejasné genese musí budít podezření z epilepsie (dráždění parietální oblasti), je to jistě výjimečné. A i když víme, že pod heslem závratě či vertiga pluje někdy hodně epileptických poruch, většinou se může Méniér od epilepsie dobře odlišit. Podle jedné americké statistiky patří paroxysmy k nejčastějším příhodám v akutní neurologii. Podle ní ze sta onemocnění tzv. akutní mozkové příhody v 25 % šlo o epileptické konvulze, 13 % se podílely cévní příhody a záněty mozku a plen, ve 12 % šlo o intoxikaci a jen v 10 % o trauma. Z toho

* Předneseno na krajském semináři Purkyň. společnosti v Mostě dne 23. 2. 1961.

je vidět velký význam paroxysmů jak pro klinika, tak i z hlediska posudkové služby.

Pokusím se heslovitě říci podstatné rysy a význam metod, používaných při vyšetřování. Každý uznává důležitost přímého pozorování záchvatu, ale možnost jej zachytit je minimální. Proto jsme odkázáni většinou na anamnézu a popis jak od pac., tak od svědků. A hned na začátku musíme říci, že tato metoda zůstává stále daleko nejdůležitější pro stanovení diagnózy. Nikde snad jinde mimo psychiatrii nemá správně vedená a metodicky cílená anamnéza takový význam jako při diagnostice epilepsie. Význam **elektroencefalického** vyšetření pro stanovení diagnózy epilepsie po počáteční skepsi je naopak v poslední době spíš přeceňován. Neboť poslední dobou čím dál tím více vidíme případů podle anamnézy nesporně epileptických, jejichž graf nejen nativní, ale někdy i po provokaci zůstává normální. Snad je to způsobeno, že se na prevenci klade větší důraz než dříve, trochu je to zaviněno výběrem našich pacientů. Na EEG se může epilepsie jevit z hlediska lokalizace jako abnormita generalizovaná nebo bilat. synchronní (u dětí spíše okcipitálně, u dospělých spíše v předních partiích či jako ložisko fokální. Avšak to, co ep. charakterizuje především, je epizodičnost, kdy dochází náhle k pronikavému zvýšení amplitudy a většinou, ne však vždy, ke zpomalení rytmu. Je-li změna relativně malá a amplituda jen o něco zvýšená, mluvíme o epizodách, o výbojích pak tedy, když amplituda několikanásobně překračuje původní svojí výšku (obvykle 20–50 Mv). Americká škola, zejména Gibbs, Lenox a Penfield, kladla vždy velký důraz na specifické změny na grafu, tj. takové formy vln, které jsou charakteristické jen pro epilepsii. Tím jsou myšleny hroty, typický komplex hrot a vlna, vlny čtvercové a obligátní seskupení vlny 14 a 6/ vt., charakteristické pro psychomotory. Mnohočetné hroty při myoklonii. Bylo hodně diskutováno, jaký vztah existuje mezi zvláštní formou patologických vln (např. komplex hrot a vlna) a formou ep. záchvatů (třeba petit malu). Nesporně jistá korelace tu je, avšak zjištění, že komplex hrot a vlna se může vyskytovat i mimo rámec gen. ep. a že řada typických epilepsií tyto zvláštní tvarové vlny postrádá, ukazuje, že výzkum není dosud u konce. Mimo tyto změny, které vidíme na každém grafu, nutno si bedlivě všimnout reaktivity mozkových potenciálů na zev. senz. podněty. Je to především blokáž či otevření očí, které někdy, i když zřídka, vyvolává paroxysmy. Větší senzibilizační efekt má hyperventilace zejména u dětí, hlavně u petit mal a u tetanie. Senzibilizace pomocí HV bývá různá u různých typů ep. Někdy se osvědčuje toto pravidlo: u petit malu po HV je mohutná patol. reakce, u psychomotorické ep. naopak HV graf dříve abnormní se normalizuje, u grand malu HV bývá bez vlivu (Menšíková).

V případě, že graf zůstává stále negativní, máme k dispozici dva druhy provokací: 1. jsou to prostředky práh konvulze snižující, 2. provokace pomocí hypnotik. Snižování křečového práhu docílíme především Metrasolem (Kardiazol-

em), o kterém se dříve myslelo (hlavně Gastaut), že se jím dá kvantitativně měřit práh křečové dráždivosti. Původně čistý Kardiazol byl nyní zcela opuštěn (pomalé vlny pro něj jsou fyziologické, křečové projevy poměrně vzácné). Barschi-Rochaix zavedl do praxe tzv. triplex-test, kdy současně s Kardiazolem byl pouštěn stroboskop, při němž Nembutal byl v rezervě k event. potlačení křečí. Odtud název. S touto metodou máme dosti značné zkušenosti různého druhu. Stroboskop, tj. oslňování pacientů blikavým intermitentním světlem z bezprostřední blízkosti, kdy frekvence světla střídavě klesá a stoupá, má použití hlavně u dětí a u stavů poúrazových. Další metodou, používanou hlavně v experim. laboratořích VNČ, je provokace zvukem, ať už tónem zvuku píšťalek, či generátoru, který může měnit výšku tónů. Zde je nutno říci na základě vlastních zkušeností, že nápadně výrazně reagovali pozit. zástavou (snížením amplitudy) pacienti, kteří byli nějak psychicky alterováni. Ve své práci o EEG u encefalitid jsem se letmo o tom faktu zmínil. U epilepsií nemáme zkušeností. Poslední dobou v cizině i u nás se používá k provokaci hojně Megimidu (našeho Bemegridu). U nás publikoval Böhm své hojné zkušenosti s tímto preparátem a měl dobré výsledky. Podobné sdělení chystá na podzim z našeho oddělení dr. Procházková společně s dr. Šetlíkem. Tato nesporně užitečná metoda, která procento pozitivních grafů dosti značně zvyšuje, má bohužel tu nevýhodu, že je nespecifická. Neurotičtí a psychopatičtí pacienti mívali na grafu výboje a křečové projevy, aniž by šlo klinicky o epilepsii. Dokonce i někteří normální lidé jeví po Megimidu výboje. Tyto pozorovali dr. Šetlík a dr. Procházková již po 30 ccm preparátu, takže velké dávky, jak udávají italští autoři, až do 70 ccm se nám zdají při nejmenším zbytečné. Podávání ostatních provokujících látek, jako Insulinu, Psychotonu apod., pro neúčinnost a nespecifičnost bylo všude na světě vypuštěno. V řadě případů, zejm. u psychomotorů a někdy u dětských petit malů, je účelnější podávání hypnotik za účelem senzibilizace grafů. Přitom se vychází ze zkušeností, že největší prahová labilita pro křeče u epileptiků bývá ve spaní a zejména při usínání a probouzení. Zkoušel se v tomto smyslu Seconal a Nembutal. Sám jsem v r. 1952 na neurologické klinice v Hradci Králové přednášel o našich zkušenostech s aplikací Thiopenthalu jako provokujícího prostředku EEG u epilepsií. Závěr tehdejší přednášky byl ten, že Pentothal je velmi užitečnou provokační metodou při diagnóze ep. V tehdejší statistice 70 případů zvyšoval o 10 % pozitivnost grafů. Od té doby jsem neměl možnost soustavně sledovat výsledky, aby je bylo možné vyčíslit, ale je nesporné, že přes řadu pozitivních výsledků jsme se setkali nezřídka u vyložených epilepsií s negativním výsledkem. Ještě jiným prostředkem, používaným hlavně ve Francii, je chloralóza (či chloralhydrát), která zejména měla být účinnou u dětského petit malu. Sami nemáme ani velkou, ani dobrou zkušenost s tímto preparátem. Zkušenost, že některé epilepsie vysílají výboje z hlubokých

bazálně medálních partií temporálního laloku (myslí se tím hlavně gyrus perifalciformis a krajina uncohipocampální) vedla k pokusům dostat se elektrodou co nejbližší k této krajině. První Roubíček a Hill, po něm McLean a Arellano zavedli do kliniky tzv. bazální elektrody (nasofaryngeální, tympanální a mastoideální). Zapojení může být bipolární i monopolární mezi bazální a indiferentní elektrodou. Blízkost k uvedeným partiím mozku je opravdu velká. Nasofaryng je 4–5 cm vzdálen od hypothalamu, 2 cm od hipocampu. Tympanální je pak těsně pod dolním okrajem temporálního laloku (fusiformis). Po počátečním optimismu i tady došlo ke zklamání, které naše nevelké zkušenosti plně potvrzují. Artefakty, zejména dýchací, naprosto převládaly a znemožňovaly zachytit jakýkoli epileptický projev. Na konec kapitoly o EEG uvádíme zajímavé sdělení Probst, týkající se prognózy ep. z hlediska EEG. Podle tohoto autora má každá fokální ep., má-li normální EEG, daleko horší prognózu než centrencefalická. Prognóza o to horší, čím dříve epilepsie začne. Naopak centrencefalická ep. s norm. EEG v mladém věku má výbornou prognózu, kdežto týž druh epilepsie s generalizovanou nespecifickou abnormitou na EEG má prognózu dosti špatnou. Obráceně je tomu u fokální ep., kde generalizovaná a nespecifická abnormita je prognosticky dobrým znamením. Jinak Probst potvrzuje známou skutečnost, že noční ep. je prognosticky horší než denní.

V diagnostice epilepsie hned po EEG co do důležitosti následuje **pneumoencefalografické** vyšetření, neboť nativní rentgen zřídka může říci co podstatného. Obraz, jaký vidíme na PEG, u ep. známe z prací Jirouta, Robertsona a jiných. V podstatě jde o obraz hypoplazie tkáně mozkové, možná korová atrofie se jeví rozšířením rýh mozkových. Častý bývá hydrocefalus, většinou asymetrický. Třetí komora často bývá rozšířena více než komory postranní. Tyto podle Jirouta mívají někdy zvláštní podkovovitý tvar. Speciálnímu zájmu se těší temporální roh, o němž je známo, že oproti okcipitálnímu bývá pravidelně asymetrický, ježto na jeho vnitřní a dolní ploše jsou uloženy důležité struktury pro vznik epilepsie. U temporální epilepsie bývá asymetrie komor 5krát častější než u centrencefalické. V polovině všech případů se změny vyskytují pouze u temporálního rohu, avšak tyto alternace spánkového rohu se vyskytují stejnoměrně jak u centrencefalické, tak i temporální ep. Proto jak z prací posledních let vyplývá, PEG jen zřídka může přispět k indikaci operační. Avšak z hlediska posudkového má PEG u epilepsií velký význam, neboť při normálním grafu a přesvědčivě epileptické anamnéze je pozitivní nález na PEG vítaným objektivním doplňkem.

Je známo, jak Servit zdůrazňuje při etiopatogeneze epilepsie třídu těchto příznaků: 1. ep. ložisko (fokus), 2. epil. pohotovost (šíření či propagace vzruchu), 3. ep. podnět. Reflexní teorie zdůrazňuje úlohu podmíněného spojení při vzniku a fixaci chorobného ep. procesu. Zejména při vzniku ep. paroxysmu hrají reflexní mecha-

nismy důležitou roli. Nejčastěji se vybavují ep. podněty ze somatosenzorické oblasti z rozsáhlého korového pole (inervační oblast trigeminu a h. k.). Častěji než specifické jsou známé nespecifické provokující reflexní podněty, které zvyšují záchvatovitou pohotovost. Reflexní podněty prostředí mohou někdy ovlivnit podivuhodně průběh a symptomatologii ep. paroxysmu. O fockické ep. je to notoricky známo. Z **vlastních případů** bych chtěl učinit zmínku o dvou ep. reflexních. V prvním případě šlo o sonickou ep., kdy mluvené slovo v cizí řeči (latinsky či německy) vyvolalo u pac. pravidelně psychomotorický záchvat, jevíci se obličejovými grimasami, doprovázené hlasitým houkáním a skučením spolu s částečným zákalem vědomí. Jiný případ ep. reflexní byl vyvolán laryngeálními podněty, totiž kašlem, kdy dotyčný několikrát za život, ale pouze při těžkém dávivém kašli dostal grand mal. Stejně jako reflexní podněty dovedou záchvat vyvolat, mohou jiné podněty záchvat potlačit. Je to známý případ z Hennerovy učebnice, kdy pac. tím, že se vlačil mezi nábytek, předcházel záchvatům. Tlakem na svalstvo snižoval si záchvatovou pohotovost tím, že snížením afferentace omezil aktivitu ep. ohniska na úzkou mozkovou oblast a zamezoval tak další propagaci epileptického vzruchu.

Metodou, co do důležitosti nikoli poslední, je vyšetření psychiatrické, a to jak intelektu, prováděné vyšetřovací metodou, či za pomoci psychologických testů. (Rorschach apod.).

Diagnostika tetanie a spasmofilní diatézy se dělala v dřívějších dobách na základě galvanické hyperexcitability, zejména ulnárního nervu. Zásluhou Vítka se stalo nyní u nás běžnou klinikou vyšetřovací metodou stanovení hyperexcitability na základě Chvostka I–III ulnárního a peroneálního fenoménu. Na EEG dělá tetanie velké reakce, zejména po HV, dochází k paroxysmálně zvýšené alfa aktivitě, někdy i pomalé vlny se projevují epizodicky, podobně jako u ep. Ještě větší diagnostickou váhu má mít EMG vyšetření, kde dochází k typicky reduplikovanému hrotu. Zásluhou Rotha se stala diagnostika tetanie u nás tak známou, že málokdo ji nyní přehlédne.

V dalším podáváme přehled symptomatologie a klasifikace epilepsie. Protože ep. má projevy mnohostranné s nejrůznějšími klinickými obrazy, je nutno vyjít ze stručného přehledu klasifikačního podle největších autorit v tomto oboru. Penfield dělí ep. na centrencefalické (sem patří grand mal, petit mal a myoklonie) a fokální. Rimbaud dělí ep. na kortikální a subkortikální. Tyto opět dělí na centrencefalické a rhinencefalické. Gastaut dělí ep. na generalizované a parciální. Všichni tito autoři dělí přesně podle anatomického substrátu. Servit rozlišuje tři druhy epilepsie. Primárně endogenní, fokální a reflexní. Tato poslední skupina nabývá v poslední době stále na významu nejen při stanovení patogenezy, ale i při klinické diagnostice. Řada projevů jinak vykládaných jako Hy patří do této kategorie. Jedno zásadní dělítko mají

všichni autoři však společně: rozeznávají ep. idiopatickou (jako nemoc sui generis) a symptomatickou sekundární ep. jako doprovodný projev jiné etiologie (jizva, Tu, atrofie atd.).

V dalším se přidržujeme klasifikace Gastautovy, který dělí ep. na centrcefalické a parciální. K centrcefalickým počítáme grand mal, petit mal a myoklonie. Podle Montrealské školy vzniká centrcefalická ep. vždy v hloubce následkem instability neuronů především v retikulární substanci. Myoklonie představují jednu z nejtemnějších kapitol v říši ep. Charakteristické pro ně je velká krátkodobost, trvající 1–2 vt., a prudkost pohybu, lokalizovány jsou hlavně na hlavě a h. k. Na EEG bývají obvykle vysokovoltážní hroty, často bývá EEG normální i za záchvatu. Prudkost pohybu způsobuje, že pacient klesá k zemi jako podřát, ale hned se vymrštuje, což je důležité při dif. diag. proti ep. Myoklonický záchub celého těla při usínání je jistě fyziologickým zjevem, vyskytující se u určitých predisponovaných jedinců za jistých okolností. Každá myoklonie má mít vědomí zachované. Pokud myoklonie tvoří součást petitmalového syndromu, mluvíme o idiopatických myokloniích. Naproti tomu symptomatické myoklonie vytvářejí vzácné a dosud sporné jednotky jako paramyoklonus multiplex, Unvericht-Lundborgova myoklonická ep. Tvoří součást nyní dosti časté subakutní leukoencefalitidy typu Van Bogaert.

Z vlastního pozorování uvádím případ jedné zdravotní sestry, která trpěla záchvaty, při kterých padla na zem, ale hned vstala bez ztráty vědomí. Dlouho vedena pod dg. hysterie, poněvadž jevila pitiatické rysy a měla exogenní kausu. Na EEG však byly spontánně bilat. theta vlny a po Cardiazolu parox fantomových hrotů a vln. Proto konečná naše dg. byla ep. Pacientka se po Mysolinu cítí až dosud velmi dobře. Z parciálních ep. je nejdůležitější ep. psychomotorická či temporální, kterou Roubíček jmenuje psychickou epilepsií. Takřka synonymum je mráкотný stav či starší název ep. equivalent. Psychomotorická a temporální ep. nejsou pojmy zcela totožné. Psychomotorická ep. je pojem spíše klinický, kde fokus na EEG může být i frontálně, kdežto temporální ep. je elektroencefalografická jednotka s fokusem v přední části temporálního laloku v jedné či obou hemisférách s význačnými čtvercovými vlnami a nebo v kombinaci vln 14 a 16/vt. Termínu temporální se užívá též proto, že anatomické změny, jizvy, srůsty, atrofie, aplazie postihují především bazálně mediální plochu temporálního laloku, gyrus perifalciformis a krajinu uncohipocampální. Je nerozhodnuto, zda skleróza Amonova rohu je primární následkem porodního traumatu, jak učí montreolská škola, či ať je to následek prodělaných záchvatů vlivem vazomotorických změn, jak tvrdí Němci. Psychomotorická ep. se projevuje Lenoxovou triádou: 1. poruchami vědomí a motorické aktivity, 2. záchvaty motorických automatismů s amnezií, 3. psychickými paroxysmy se zvláštními psychickými zážitky (pocity familiárnosti, pocity déjà vue apod.). Majer dělí jinak psychomotoric-

kou ep., a to na: 1. lehké stavy, podobné absenci (temporální pseudolapsy), 2. stavy motoricky koordinovaného, ale nesmyslného jednání, či řečového vyjadřování, 3. tonické paroxysmy s deviací a záškuby, či s poruchou tělesného postoje až pádu. A ještě jinak dělí Gastaut psychomotorickou epilepsií: 1. na povrchní temporální psychomotorickou s projevy psychosenzorických poruch hlavně v oblasti vestibuloauditivní, na EEG je přísně jednostranný temporální fokus, 2. hipocampální ep. v popředí s vegetativními příznaky, na EEG sporadicky theta vlny bitemp. s generalizační tendencí, 3. diencefalická ep. s lézí thalamu a hypothalamu, projevující se automatismy s poruchami vědomí, charakteru a chování. Na EEG inkonstantně a variabilně se vyskytují delta i theta vlny. Podle Landolta, který nedávno vydal pěknou monografii o tomto tématu, se projevuje psychomotorická ep. vedle paroxysmů i tak zv. neparoxysmálními epizodickými stavy, tj.: 1. poruchy nálady, hlavně dysforie, ale i euforie, 2. mráкотné stavy, 3. psychotické epizody.

Vlastní automatismy se při analýze dělí dále podle toho, jde-li o pouhé pokračování automatického pohybu předtím vykonávaného, či jde-li o zcela nový automatismus během křečí. Nejznámější automatismy jsou orální či alimentární, projevující se mlaskáním, olizováním, vyplazováním jazyka, kašláním, kousáním, polykáním a chrčením. Dále mimické automatismy s výraznými projevy strachu, hněvu či úzkosti. Při gestálních automatismech se pacient svléká, tře si nos, nosí předměty sem a tam, tahá se za šaty apod. Při ambulatorních stavech stále pobíhá. Jako jedna naše pacientka, která vždy při záchvatu něco popadla, několikrát přeběhla pokoj a něco při tom mumlala. Poté si na nic nepamatovala. Existují verbální automatismy se stereotypními fázemi, jako jeden náš pacient, který vždy říkal „počkejte, počkejte, co to děláte“ a tvářil se při tom bojovně. Jiným projevem automatismu je zástava řeči. To bylo výrazné u jiného našeho pacienta, který měl v životě dvakrát epizodu afatických poruch. Myslelo se na tumor, ale šlo o psychomotorickou ep. vždy vyvolanou emocí a silným osobním zážitkem. Poprvé při požáru divadla, kdy byl ohrožen na životě, podruhé, a to se dostal k nám, když se rozčilil proto, že byl přeložen na jiné pracoviště, čímž se cítil ponížen a odstrčen. Tato reflexnost podnětu a psychických zážitků, které Servít stále zdůrazňuje, je v tomto případě velmi pěkně vyjádřena. Ještě jiné paroxysmy jsou čistě psychického rázu, takže záměna s psychózou je lehce možná. Tak třeba iluze, kdy pacient zachovává vztah k okolí, ale výklad, záměr je jiný, abnormální. Porucha tkví spíše v ocenění informací než v recepci. Bývájí mikropsie, často liliputánské iluze (jedna pacientka viděla vždy stereotypně lyžařské závody). I makropsie a metamorfopsie se vyskytují. Světoznámé jsou iluze abnormální známosti či cizoty, Dreamy states a různé halucinace. K psychomotorickým paroxysmům patří i auditivní paroxysmy, vnímání nepřetržitého zvuku různých kvalit či naopak percepce přerušovaného často

rytmického zvuku, připomínající kulomet. Dále záchvaty vertiginosti. Pocit, že celé tělo je v pohybu vzhledem k okolí. Behrmann vytvořil zvláštní nozologickou jednotku nazvanou vestibulární ep. Je to druh reflexní ep., neboť vždy jde skoro o paroxysmy závratí, vyvolané klinicky existujícím labyrintovým syndromem. Autor lokalizuje syndrom vertigo + ztráta vědomí buď do temporálního laloku, kdy jde o ep., či do labyrintu jako ictus labyrintový, který může vzniknout při Valsalvově pokusu jako druh vasovagální synkopy. Jeden náš nemocný jevil typickou vestibulární epilepsii. Bylo to v cizině, kdy pocítil poprvé náhle tak prudkou závrať, že musel ulehnout, cizí důstojník přitom před jeho očima rotoval úžasnou rychlostí a trvalo několik minut, než se vzpamatoval. Po řadě měsíců jiný parox doma při obědě pravděpodobně s myoklonickou komponentou, neboť líčil, jak byl prudce, jakoby katapultem vymrštěn ze židle, takže hlava mu spadla do talíře. Přitom měl paroxysmus prudké závratě. Po nasazení antiep. terapie se další záchvat nedostavil.

S psychomotorickou epilepsií úzce souvisí ep. diencefalická, jeví se viscerálními paroxysmy. Dochází při tom k pocení, slinění, k zčervenání obličeje, hypertenzi či naopak k zblednutí, tachykardii s palpitací srdeční, často nauzea. Bolestivý pocit prázdného žaludku. Gowersem popsána epigastrická aura sem náleží, avšak když se podařilo experimentálně z oblasti insuly, která je středem perifalciformní krajiny, vyvolat podobné stavy, došlo se k názoru, že nejenom hypothalamus, ale i insula může být zdrojem takovýchto stavů. Také dráždění unku vyvolá apneu a zákal vědomí, ježto tato limbická krajina je úzce spojená s hypothalamem, je vidět, že obě jednotky se dají těžko od sebe odlišit. Daviděnková, která napsala o diencefalické ep. monografii, líčí pět typů této ep. První výlučně vegetativní a čistě diencefalickou bez křečí a bez poruch vědomí, 2. přechodnou formu diencefalicko-psychomotorickou se zvláštními stavy vědomí, 3. akinetickou ep. s výraznou astenií až kataplexií, 4. extrapyramidovou epilepsií, kde k vegetativním příznakům se druží tonické křeče bez ztráty vědomí, 5. konečně smíšenou atypickou formu s komponentou grand malů.

V jednom případě jsme diagnostikovali diencefalickou ep. u vojína, který měl paroxysmálně značnou hypertenzi přes 200 a který byl dlouho a nakonec s negativním výsledkem vyšetřován s podezřením na feochromocytom na interním oddělení. Pacient byl při záchvatu zpocený, zarudlý, těžko dýchal. Záchvat měl vysloveně funkční charakter, jako ostatně všechny podobné příznaky. Pacient se ztratil z dohledu, takže nevíme, zda naše diagnóza byla správná. Jiná naše pacientka, která je po léta v našem ošetřování, trpí od porodu, tj. 28 let, těmito nočními paroxysmy: v noci se vzbudí, a aniž by byla dušná nebo měla nějaké motorické projevy, náhle ztratí vědomí na několik minut. Než přijde k sobě, slyší hlas jakoby z veliké dálky, načež dlouho a prudce začne zvracet, někdy mívá i srdeční palpitace. Myslíme, že zde šlo spíše o diencefalickou ep.

než o insulární, ježto graf byl zcela normální jako u předešlého pacienta. Epilepsii jsme diagnostikovali i z úspěchů antiep. léčby.

Dalšími známými ep. projevy je jacksonská ep. motorická a senzorická. Topografie záchvatu i typický jeho postup je příliš dobře známý, než aby musel být znovu připomínán. Zajímavější a vzácnější jsou křeče tonické, kdy při postižení svalstva extenzoru může dojít k obrazům podobným decerebrační rigiditě. Hypertenze může přejít až k opistotonu, jak je tomu u klasické hysterie. Atonické či akinetické paroxysmy bývají u petit malů. Rozdíl proti myokloniím je podle Gastauta ten, že pacient padá k zemi jako hadrový panák a zůstává dlouho ležet, zatím co u myoklonie prudce padá a rychle vstává. Podobné stavy může jistě dělat i kataplexie, ale vztah k narkolepsii a k afektivitě zde většinou pomůže z rozpaků. Existují i lokalizované tonické křeče, vyvolané iritací suplementární motorické arey. Dostí vzácný obraz klinický. Proti tomu často vídáme adversivní křeče, tvořící nedílnou součást frontální ep., která představuje z hlediska funkční anatomie takový kortikothalamický okruh, kde kora je představována frontálním lalokem a thalamus dorsomedialním jádrem. Pro tyto četné spoje dochází vždy rychle k hlubokému bezvědomí, když před tím nastala jednostranná deviace očí a hlavy, někdy i celého těla. Mluvívá se potom o tonické otáčivé reakci.

Přecházíme k diferenciální diagnostice jednotlivých forem epilepsie. Gastaut vtipně píše, že zatímco diagnóza ep. trvá asi 3 min., stanovení speciální formy vyžaduje nejméně půl hodiny. Něco pravdy na tom je. Výjimku tvoří pouze grand mal, který asi jen zřídka a na první pohled může být zaměněn s iktem, komatem či nějakou intoxikací. Komplikovanější je to již s absencemi. Právě centrefalická absence, jaká bývá u petit malů, se liší od podobných stavů původu temporálního těmito znaky: 1. trvání pravé absence je kratší, nejdéle 15 vt., u pseudoabsence až 25 vteřin. Dále bývá doprovázena často myoklonickými záškuby v obličeji či na rukou, což u temporální formy nebývá. Vědomí zde bývá úplně ztracené, u pseudolapsů jen zkalené. Z absence se pacient probírá náhle a je ihned v pořádku. U temporálních stavů se probírá dlouho a protrahovaně.

Také senzitivní Jackson má svoje diagnostické problémy. Podle moderních prací by mohla nastat záměna s cervikálními senzitivními projevy diskogenní povahy, které také někdy probíhají paroxysmálně. Avšak zde porucha trvá déle, nikdy nepostihuje tvář a vždy závisí na pohybu šíje. Další záměna by byla možná proti cévním krizím ať už původu kortikálního, či thalamického. Mimo EEG a celkové vyšetření se insuf. prozradí spíše bilater či aspoň střídavými poruchami, což u Jacksona není. Vzácný případ okcipitální ep. s projevy chorobného optického dráždění by mohlo imitovat oftalmickou migrénu. Také vertigo se někdy zaměňuje s epilepsií typu petit mal či s psychomotorem. Pomůže jenom důkladná anamnéza, ježto pacienti říkají rádi závratí lehčím poruchám vědomí. Těžká di-

ferenciální diagnóza mezi ep. a halucinací vyžaduje speciálního psychiatrického vzdělání. Může se stát, že lékař ep. halucinací či iluze nepozná, protože pacient sám se o tom nezmíní a vyšetřující na to nepomyslí.

Jackson motoricky lze opravdu těžko zaměnit s tremorem či choreou. To už spíše možno pokládat automatismy za projevy hysterie či podivínského chování. Naopak může být psychopatická toulavost klasifikována jako ep. Nejtíže se diagnostikují autonomní vegetativní záchvaty. Většinou se pokládají za projev neurózy či hysterie. Tím spíše, že EEG bývá často normální. O diferenciální diagnóze mezi akinetickou ep. a myoklonií byla již řeč.

Nejčastější a pro praktické důsledky nejzávažnější je záměna se stavy synkopálními. To od

té doby, co se ví, že i synkopy mohou mít abnormální EEG (Gastaut) a i u nich mohou být křečové projevy (Henner). Rozhodnutí bývá velmi těžké i za použití všech metod. Často až další průběh choroby ukáže, o co vlastně šlo. Proto často volíme z obavy, abychom nestigmatizovali zbytečně pacienta, termín encefalosynkopy, (Kershman), který sám hovoří za naše rozpaky. Jeho použití z praktických důvodů se nám však zdá vhodné.

V tomto souhrnném referátě byla pozornost zaměřena téměř výlučně na diagnostiku epilepsie. Je jasné, proč tomu tak je. Zejména hledisko prognosticko-posudkové, které nejvíce musí zajímat vojenského lékaře, bylo rozhodující při tomto poněkud jednostranném zaměření.

Literatura u autora.