

Изъ клиники нервныхъ болѣзней проф. Л. О. Даркшевича въ
Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Результаты примѣненія пункции мозгового желудочка въ двухъ случаяхъ заболѣванія головного мозга *).

Ординатора В. Д. Лапухина.

Наблюдая два случая въ клиникѣ нервныхъ болѣзней, гдѣ была произведена пункция бокового желудочка мозга, я, съ разрѣшенія директора клиники проф. Л. О. Даркшевича, пользуюсь ими для демонстраціи больныхъ въ Обществѣ врачей во-первыхъ потому, что обычные палліативные приемы лѣченія не облегчали страданія больного, тогда какъ пункция желудочка мозга дала, положимъ временные, но все-таки удовлетворительные результаты, а во вторыхъ потому, что этотъ способъ лѣченія можетъ представлять одинаковый интересъ какъ для невропатологовъ, такъ и для хирурговъ. Несомнѣнно, что здѣсь тѣснѣе, чѣмъ гдѣ либо соприкасаются интересы этихъ двухъ специальностей, а потому совместное обсужденіе всѣхъ данныхъ въ ихъ совокупной связи можетъ помочь рѣшить въ ту или другую сторону вопросъ о палліативномъ хирургическомъ способѣ лѣченія столь тяжелыхъ симптомовъ давленія на мозгъ, вызванныхъ скопленіемъ черепно-мозговой жидкости въ желудочкахъ мозга. Мысль о производствѣ пункций мозга принадлежитъ *Middeldorff*у (1856 г.), усовершенствование же техники операціи продолжено *Hermann*омъ *Maas*омъ. Слѣдуетъ упомянуть здѣсь также *Schmidt*а, *Kocher*а, *Krause*, *Neisser*а, *Pollak*а, трудами которыхъ не только выработаны точныя показанія къ данной операціи, но и доказана клинически польза ея; въ литературѣ имѣются случаи, гдѣ послѣ

*) Сообщено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 9 декабря 1910 года.

удаленія 20 куб. сант. жидкости утихали головныя боли, останавливался процессъ паденія зрѣнія, уменьшались психическія расстройства, проходила глубокая кома, исчезало Cheyne-Stokes'овское дыханіе, а послѣ удаленія 120 куб. сант. разговоръ больного становился вполне яснымъ.

Что касается нашихъ наблюденій, гдѣ были произведены пункции желудочка мозга, то въ первомъ случаѣ анамнезъ и клиническое проявленіе болѣзни сводятся къ слѣдующему:

Больной Владимиръ Б. 38 лѣтъ, конторщикъ, уроженецъ Алатырскаго уѣзда, Симбирской губ., поступилъ въ клинику 20 сентября 1910 года. Больной женатъ, имѣетъ 9 здоровыхъ дѣтей, жена здорова, выкидышей и умершихъ дѣтей не имѣла. Венерическія заболѣванія отрицаетъ; алкоголь употребляетъ умеренно, а если и бывали злоупотребленія имъ, то очень рѣдко. Въ дѣтствѣ перенесъ горячку; другими какими-нибудь болѣзнями не страдалъ. Со стороны родственниковъ не указываетъ ни нервныхъ заболѣваній, ни туберкулеза, ни сифилиса. Изъ разспросовъ больного выяснилось, что въ сентябрѣ 1909 года больной сталъ время отъ времени ощущать головную боль, которая его не очень беспокоила, почему онъ не обращалъ на нее никакого вниманія; съ декабря 1909 года головныя боли стали чаще, а съ 13-го Апрѣля 1910 года головная боль была настолько сильна, что больной вынужденъ былъ прекратить занятія и уйти домой, при этомъ, выходя изъ канцеляріи, онъ вслѣдствіе круженія въ головѣ упалъ. Дорогой онъ также падалъ, а, придя домой, онъ долженъ былъ вслѣдствіе головокруженія лечь въ постель. Головныя боли, то ослабѣвая, то обостряясь, были очень значительны, при этомъ онъ сопровождался рвотой. Рвота происходила независимо отъ приема пищи. По причинѣ головныхъ болей и головокруженія больной большую часть времени проводилъ въ постели, хотя иногда ходилъ по комнатѣ. Съ конца іюня 1910 года у больного стало слабѣть зрѣніе, которое окончательно утратилось 18 Іюня сего года. Съ утратой зрѣнія больной сталъ плохо ходить, пошатываясь въ стороны и проявляя наклонность падать назадъ. Кромѣ того у больного появилось чувство онѣмѣнія въ правой половинѣ лица, державшееся довольно стойко. Больной былъ помѣщенъ въ мѣстную Алатырскую больницу, гдѣ ему было проведено ртутное лѣченіе, но безъ всякаго успѣха.

При изслѣдованіи въ нервной клиникѣ 21 Сентября с/г. оказалось, что у больного имѣются головныя боли, часто сопровождающіяся рвотой и порой достигающія такой силы, что больной, если можно такъ выразиться, „рветъ на себѣ волосы“. Пульсъ замедленный, доходящій иногда до 50 ударовъ въ минуту; дыханіе измѣнено: то становится очень частымъ, то замедляется. Лѣвая

глазная щель шире правой. лѣвое глазное яблоко болѣе выпячено впередъ, чѣмъ правое. Ассоціативныя движенія глазъ влѣво, вправо, вверхъ и внизъ нѣсколько ограничены; имѣется парезъ нижней вѣтви п. *facialis dextri*. Языкъ при высовываніи слегка отклоняется влѣво. Произвольныя движенія головы, туловища, верхнихъ и нижнихъ конечностей по объему и силѣ въ предѣлахъ нормы. Со стороны произвольныхъ движеній отмѣчается при сильныхъ головныхъ боляхъ спазмъ жевательныхъ мышцъ слѣва. Координація движеній конечностей въ лежащемъ положеніи не разстроена. Походка—мозжечковаго характера.

Сухожильные рефлексy на верхнихъ конечностяхъ нормальны. Колѣнные—вялые. Ахилловы не вызываются. Подошвенный, брюшной и на cremaster нормального типа. Свѣтовая реакція зрачковъ отсутствуетъ. Корнеальный и конъюнктивальный рефлексy не вызываются; глоточный и съ мягкаго неба нормальны. Мочиспусканіе не разстроено. Запоры. Чувствительность болевая глубоко разстроена на правой сторонѣ лица, при чемъ анестезія распространяется и на волосистую часть головы, гдѣ она не доходитъ на $\frac{1}{2}$ сант. до вертикальной линіи, проходящей черезъ отверстіе слухового прохода; отсюда она спускается внизъ впереди уха и на уровнѣ наружнаго слухового прохода идетъ внутри къ крылу носа, гдѣ, дѣлая поворотъ, направляется внизъ къ подбородку; анестезія распространяется и на слизистую оболочку щеки и десень правой стороны. Остальныя виды чувствительности не разстроены. Зрѣніе утрачено совсѣмъ: имѣется neuritis п. *optici oedematosa oculi utriusque* (по свѣдѣніямъ изъ глазной клиники).

Обоняніе ослаблено: плохо различаетъ скипидаръ и уксусъ. Питаніе кожныхъ покрововъ, суставовъ, костей—достаточное. Электро-возбудимость мышцъ и нервовъ нормальна. Со стороны органа дыханія измѣненій нѣтъ; въ мочѣ нѣтъ ни сахара, ни бѣлка. Реакція Wasserman'a, произведенная въ нервной клиникѣ, дала отрицательные результаты. Люмбальная пункция, произведенная 21 Сентября 1910 года ассистентомъ нервной елиники В. П. Первушинымъ, дала слѣдующ. результаты: давленіе повышенное, лимфоцитозъ 1,4; реакція Nonne положительна (слаб. опалесценція). Послѣ люмбальной пункции первые 2 дня головная боль не уменьшалась; затѣмъ дня 4 голова болѣла не такъ сильно, а черезъ недѣлю послѣ пункции головныя боли стали усиливаться, при чемъ иногда боли были такъ сильны, что больной лежалъ въ вынужденномъ положеніи: наклонивъ низко голову впередъ и пригнувъ ноги къ животу, онъ вдѣплялся руками въ свои волосы и съ силой рвалъ ихъ, стараясь этимъ заглушить головную боль. Такой позы больной не мѣнялъ цѣлыми часами въ теченіи нѣсколькихъ дней.

Въ виду такихъ тяжелыхъ и невыносимыхъ головныхъ болей, 2 Октября 1910 года была произведена докторомъ А. В. Вишневымъ пункция лѣваго бокового желудочка мозга подъ общимъ наркозомъ больного. Былъ сдѣланъ въ области теменной кости на разстояніи 3-хъ сант. кзади и 3-хъ сантим. кверху отъ верхняго края лѣвой ушной раковины, кожный разрѣзъ въ 4—5 сант. длины, раздвинуты его края, обнажена и сдвинута надкостница; послѣ чего сдѣлано трепанационное отверстіе большой Дуойэновской фрезой и, по обнаженіи твердой мозговой оболочки, введена игла въ вещество мозга до глубины 3 сант. Выпущено до 40 куб. сант. церебральной жидкости подъ повышеннымъ давленіемъ. Была наложена тугая повязка. Изслѣдованія жидкости докторомъ В. П. Первухинымъ дали слѣдующее: лимфоцитозъ 1,5; реакція Нонне положительна (слаб. опалесценція). Рвоты въ этотъ день не было. Пульсъ нѣсколько чаще. Въ теченіе второго и третьяго дня у больного наблюдались явленія delirii: сильное возбужденіе, болтливость, бредовое состояніе; послѣ морфія и брома это состояніе прекратилось и больше не возобновлялось. На третій день послѣ пункции вечеромъ головная боль стала уменьшаться, а на 5-й день послѣ пункции желудочка мозга при изслѣдованіи глазного дна констатировано ослабленіе застойнаго неврита: (вены не такъ расширены, границы соска чуть-чуть пояснѣе). Съ 15-го Октября с/г. стали вызываться Ахилловы рефлексy, хотя вяло; коленный рефлексъ справа получается, но слабо (движенія голени почти нѣтъ), слѣва почти не вызывается. Рвота бываетъ одинъ разъ въ день, прежде нѣсколько разъ въ день. Головная боль значительна, но все-же слабѣе, чѣмъ до пункции. Съ 15 Окт. по 18 Октября с/г. было повышеніе t° до $38,8^{\circ}$ —которая послѣ обильнаго пота днемъ и ночью понизилась до нормы. На другой день послѣ повышенія t° т. е. 16 Октября была сдѣлана перевязка, при этомъ при давленіи на кожные покровы около раны выдавленъ довольно плотный, кровянистый сгустокъ. При осмотрѣ въ эти дни докторомъ А. И. Удинцевымъ, у больного никакихъ уклоненій со стороны внутреннихъ органовъ отъ нормы не было обнаружено. 22 Октября с/г. при изслѣдованіи оказалось, что имѣется, какъ и прежде, пониженіе чувствительности сегментарнаго характера на правой сторонѣ въ области лица, а также на слизистой оболочкѣ рта и десенъ съ правой же стороны; конъюнктивальный и корнеальный рефлексy справа отсутствовали. Musculus masseter мягче справа; при изслѣдованіи фарадическимъ токомъ вызывается сокращеніе его при 65 mm., изслѣдованію слѣва фарадическимъ токомъ того же мускула мѣшала повязка; имѣется незначительный парезъ n. facialis dextri, при изслѣдованіи мышцъ, иннервируемыхъ n. facialis, фарадическимъ токомъ, сокращеніе ихъ вызывается

какъ справа, такъ и слѣва при 80 mm; ассоціированныя движенія глазныхъ яблокъ вправо, влѣво, вверхъ и внизъ ограничены; головныя боли послѣ принятія порошковъ *pygamidon*'а почти совсѣмъ прекращаются. 27 Окт. с/г. появилось покраснѣніе всей правой половины лица, а на слѣдующій день замѣчено помутнѣніе роговицы праваго глаза. Со стороны глазного дна: контуры сосочковъ въ лѣвомъ глазу сильно ступеваны, артеріи узки, вены широки и извилисты, мѣстами пропадаютъ; вслѣдствіе помутнѣнія роговой оболочки дно праваго глаза просвѣчивается, но видѣть его не удается (изъ глазной клиники). Головныя боли довольно слабыя. Съ 12 Ноября 1910 г. боли въ головѣ стали усиливаться.

18 Ноября боли были настолько сильны, что въ этотъ день была сдѣлана д-ромъ А. В. Вишневымъ вторая пуньція лѣваго бокового желудочка мозга въ томъ же мѣстѣ, гдѣ и прежде, при примѣненіи мѣстной анестезіи. Выпущено 35 куб. сант. мозговой жидкости, которая въ началѣ вытекала подъ повышеннымъ давленіемъ, а подъ конецъ каплями. Результаты изслѣдованія жидкости д-ромъ В. П. Первушинымъ слѣдующ.: Реакція Nonne—отрицательная; лимфоцитозъ 2,0. На 5-й день послѣ пуньціи головная боль стала меньше. Колѣнные и Ахилловы рефлексы—оживлены. Границы пониженія чувствительности въ области лица нѣсколько уменьшились.

Дно глаза такое же, какъ и прежде. 27 Ноября отмѣчалось нѣкоторое улучшеніе со стороны глазного дна: въ лѣвомъ глазу вены еще менѣе расширены, сосокъ рѣзче обозначается, чѣмъ прежде, хотя все еще блѣдноватъ. Въ правомъ глазу вслѣдствіе помутнѣнія роговой оболочки видѣть картину глазного дна не представляется возможности. Ассоціированныя движенія глазъ вверхъ, внизъ, а также вправо и влѣво ограничены довольно значительно. Реакціи зрачковъ на свѣтъ нѣтъ. *Protrusio bulbi sinistri*. Красноты на правой сторонѣ лица не имѣется, кератитъ въ правомъ глазу почти поджилъ. 7-го Декабря с/г. мы констатируемъ слѣдующ. явленія; ассоціированныя движенія глазъ влѣво и вправо, а также вверхъ и внизъ, не такъ ограничены, какъ прежде; конвергенція зрачковъ нарушена; имѣется неравенство зрачковъ: правый зрачекъ шире лѣваго. При попыткѣ ходить больного качаетъ въ стороны и имѣется наклонность падать назадъ; больной можетъ стоять только съ широко разставленными ногами. *M. masseter dextri* на ошупь повялѣе, чѣмъ справа; справа сокращеніе его фарадич. токомъ вызывается при 75 mm.; слѣва—при 85 mm.. Мышцы, иннервируемыя *n. facialis*, отвѣчаютъ сокращеніемъ на фарадич. токъ при 95 mm. съ той и другой стороны, на гальваническій токъ при $K > A$, при чемъ сокращеніе ихъ

живое; костная продолжительность, при изслѣдованіи камертономъ—30 сек., воздушная—1 мин. 15 сек.

Итакъ на основаніи общемозговыхъ явленій,—головной боли, головокруженія, рвоты, застойнаго соска, измѣненія пульса, расстройства дыханія—мы въ правѣ говорить здѣсь о заболѣваніи головного мозга съ характеромъ развитія неоплазмы, а на основаніи гнѣздныхъ симптомовъ, проявляющихся въ парезѣ тройничнаго, лицевого и подъязычнаго нервовъ, въ мозжечковой походкѣ, нарушеніи конвергенціи и недостаточности содружественныхъ движеній глазныхъ яблокъ вверхъ, внизъ, вправо и влево мы склонны локализовать опухоль въ задне-черепной ямкѣ. Въ данномъ случаѣ я желалъ бы фиксировать вниманіе слушателей главнымъ образомъ на одномъ моментѣ, именно, на терапевтическомъ дѣйствіи пункции бокового желудочка мозга. Имѣя передъ собой больного съ головными болями до того сильными, что больной „рвалъ на себѣ волосы“, и не видя ослабленія этихъ болей при примѣненіи какъ болеутоляющихъ средствъ вплоть до морфія, такъ и отъ мушекъ и классическаго іода, было рѣшено въ данномъ случаѣ впервые примѣнить хирургическое вмѣшательство въ видѣ пункции бокового желудочка мозга, съ цѣлью хоть временно облегчить страданія больного. Намъ дѣйствительно удалось достигнуть, хотя временныхъ, но все же удовлетворительныхъ результатовъ; получилось, во первыхъ, улучшеніе въ кровообращеніи на двѣ глаза, а, во вторыхъ—что особенно важно, значительное ослабленіе головныхъ болей, составлявшихъ самое тягостное страданіе для нашего больного. Но такъ какъ улучшенія въ общемъ состояніи больного оказались не стойкія, то пункцию бокового желудочка мозга придется, по всей вѣроятности, повторять, и не разъ.

Второй случай, гдѣ была примѣнена пункция бокового желудочка мозга, касается больного Николая К., 20 лѣтъ, по профессіи литографа, поступившаго въ клинику нервныхъ болѣзней 17 Ноября 1910 года. Больной женатъ нѣсколько мѣсяцевъ назадъ. Дѣтей не имѣетъ. Жена, отецъ и мать здоровы. Венерическія заболѣванія у себя, и родителей и у жены отрицаетъ. Со стороны родственниковъ не указываетъ ни нервныхъ заболѣваній, ни туберкулеза. Отправленіе желудочно-кишечнаго тракта не расстроено. Со стороны почекъ, печени и селезенки никакихъ увлоненій отъ нормы не отмѣчается. Изъ амбулаторнаго журнала видно, что больной К., заболѣлъ въ первыхъ числахъ Октября мѣсяца 1910 года, при чемъ болѣзнь у него развилась очень остро: головной болью, шумомъ въ ушахъ, жаромъ и ознобомъ, при этомъ больной находился въ безсознательномъ состояніи. Изъ глазной клиники сообщено: у предьявителя К. имѣется невритъ въ начальной стадіи соска праваго глаза и гиперемія п. optici лѣваго глаза, при нор-

мальной остротѣ зрѣнія, поля зрѣнія и хорошей зрачковой реакціи. Въ области двигательной сферы черепно-мозговыхъ нервовъ, по сообщенію проф. А. Г. Агабабова имѣется *paresis n. abducentis sinistri*. Координація движеній и рѣчь не разстроены. Парезовъ тѣловища и конечностей не отмѣчается. Колѣнные и Ахилловы рефлексы вялые. Брюшной, на cremaster и подошвенный—кожные рефлексы нормальнаго типа. Всѣ виды чувствительности сохранены. Имѣется диплопія и пониженіе остроты слуха на правое ухо. Въ амбулаторномъ журналѣ также отмѣчено, что приблизительно около 8 лѣтъ назадъ съ больнымъ бывали какіе-то припадки, наступавшіе только во время сна; о существованіи этихъ припадковъ больной знаетъ только по рассказамъ окружающихъ людей: матери и отца. Во время этихъ припадковъ съ больнымъ бывають общія судороги всего тѣла, сопровождавшіяся иногда прикусываніемъ языка, щеки и непроизвольнымъ мочеиспусканіемъ. Припадки эти въ настоящее время очень рѣдки. 19-го Октября с./г. больному сдѣлана докторомъ В. П. Первушинымъ люмбальная пункция. Выпущено около 3 куб. сант. cerebro-спинальной прозрачной жидкости подъ повышеннымъ давленіемъ; при изслѣдованіи имъ этой жидкости оказалось: реакція Nonne—положительна (слабая опалесценція), лимфоцитозъ 4,3; при чемъ среди мононуклеаровъ встрѣчались и полинуклеары. Послѣ люмбальной пункции головная боль дней 5 почти совсѣмъ отсутствовала, но затѣмъ снова возобновилась, усиливаясь все болѣе и болѣе. Изъ глазной клиники отъ 5 Ноября с./г. сообщаютъ, что у больного имѣется *neuritis oedematosa oculi utriusque*, *visus 1,0* въ обоихъ глазахъ съ незначительнымъ суженіемъ поля зрѣнія, а въ амбулаторномъ журналѣ отъ 15 Ноября с./г. значилось: у больного имѣются очень сильныя головныя боли, сосредотачивающіяся въ правой половинѣ головы; рвота ежедневно: утромъ, днемъ, вечеромъ, по 5—7 разъ въ день, до и послѣ ѣды. Головокруженія нѣтъ. Насморка и кашля не имѣется. Пульсъ 60—58 въ минуту; намекъ на нистагмъ—подергиванія глазныхъ яблокъ при крайнихъ положеніяхъ. Рефлексы колѣнные вызываются вяло и не всегда одинаково. Ахилловъ рефлексъ справа живой, слѣва-вялый. Брюшной и на cremaster рефлексы живые, подошвенный нормальнаго типа. Глазное дно: папиллы красныя, мало отличаются отъ остальнаго глазнаго дна, вены расширены, мѣстами извиты.

17 Ноября 1910 года больной поступилъ въ клинику.

При изслѣдованіи оказалось, что у больного имѣются боли въ правомъ боку, рукахъ и ногахъ, медленный пульсъ, застойный сосокъ, сильныя головныя боли, сопровождающіяся тошнотой, шумъ въ ушахъ, особенно въ правомъ ухѣ и диплопія. Въ области двигательной сферы имѣется только *paresis n. abducentis sinistri*.

Произвольныя движенія головы, туловища, верхнихъ и нижнихъ конечностей по объему и силѣ, уклоненій отъ нормы не представляютъ. Координація движеній и рѣчь не разстроена. Симптома Romberg'a нѣтъ. Имѣется незначительный tremor digitorum. Сухожильные рефлексы на верхнихъ конечностяхъ нормальны. Колѣнные рефлексы ослаблены. Ахилловъ—слѣва слабѣе, чѣмъ справа. Кожные рефлексы: брюшной, на cremaster живые, подошвенный—нормальнаго типа. Рефлексы: корнеальный, конъюнктивальный, глоточный и съ мягкаго неба нормальны. Тазовые органы въ порядѣ. Тонусъ мышцъ нормаленъ. Зрачки равномѣрны, реакція зрачковъ на конвергенцію имѣется, реакція зрачковъ на свѣтъ въ лѣвомъ глазу послабѣе, чѣмъ въ правомъ; имѣется незначительное суженіе поля зрѣнія. Обоняніе и вкусъ нормальны. При изслѣдованіи наружнаго и средняго уха той и другой стороны докторомъ Б. П. Енохинымъ никакого заболѣванія не обнаружено. При изслѣдованіи камертономъ костная и воздушная проводимость звука на правое ухо ослаблена, особенно замѣтно ослабленіе костной проводимости въ незначительномъ участкѣ надъ правымъ ухомъ. Имѣется болѣзненность при давленіи на processus mastoideus. Всѣ виды чувствительности нормальны. Со стороны мышечнаго скелета, кожныхъ покрововъ, костей и суставовъ ничего не нормальнаго не отмѣчается. Электровозбудимость мышцъ и нервовъ, какъ на фарадическій, такъ и на гальваническій токъ въ предѣлахъ нормы.

Чтобы ослабить головныя боли и уменьшить застой на днѣ глаза, была сдѣлана 18 Ноября с./г. д-ромъ А. В. Вишневскимъ пункция праваго бокового желудочка мозга при примѣненіи мѣстной анестезіи, при чемъ отверстіе въ черепной крышкѣ было сдѣлано очень незначительнаго размѣра приблизительно въ 4 mm. въ діаметрѣ. Выпущено 30 куб. сант. церебральной жидкости подъ нормальнымъ давленіемъ. По изслѣдованіямъ докторомъ В. П. Первушинымъ этой жидкости оказалось: лимфоцитозъ 1,3; реакція Nonne—отрицательная.

Первые два дня послѣ пункции двоенія въ глазахъ больной не отмѣчалъ; кромѣ того боли остались лишь въ правомъ боку и лѣвой рукѣ, и пульсъ у больного сталъ, нѣсколько лучше: 72 удара въ минуту. Головные боли значительно уменьшились. На 5-й день послѣ пункции бокового желудочка мозга отмѣчается нѣкоторое улучшеніе и со стороны глазного дна: не такое сильное расширеніе венъ, какъ до пункции.

При изслѣдованіи 27-го Ноября имѣемъ: реакція зрачковъ на свѣтъ въ лѣвомъ глазу чуть-чуть вялѣе, чѣмъ въ правомъ. Имѣются меньшія, чѣмъ до пункции головныя боли, которыя больше бываютъ по утрамъ, въ вечеру стихаютъ; шумъ въ ушахъ,

диплопія и незначительное *protrusio bulbi sinistri*; незначительныя нистагмообразныя движенія при смотрѣніи влѣво и вправо. Колѣнные рефлексы вялые, Ахилловъ справа оживленъ, слѣва ослабленъ. Боли въ лѣвой рукѣ и правомъ боку еще нѣсколько уменьшились. Со стороны глазного дна: въ обоихъ глазахъ сосокъ крупный, красноватый, контуры его сглажены, вены расширены такъ же, какъ и на 5-й день послѣ пункции. При изслѣдованіи слуха камертономъ, оказалось пониженіе костной проводимости въ правомъ и лѣвомъ ухѣ и пониженіе воздушной проводимости въ правомъ ухѣ. Костная проводимость справа держится въ теченіи 20 секундъ, слѣва — 27 сек.; воздушная справа — 22 сек.; слѣва — 1 мин. 10 сек.

Имѣя на ряду съ общемозговыми симптомами: головной болью, рвотой, измѣненіемъ пульса и нѣкоторыя другія данныя: острое теченіе болѣзни, пораженіе зрительнаго нерва въ формѣ сначала простого, а затѣмъ застойнаго неврита, а также прозрачную съ небольшимъ содержаніемъ бѣлка, и съ незначительнымъ числомъ мононуклеаровъ и полинуклеаровъ спинномозговую жидкость, вытекающую изъ спинно мозгового канала подъ повышеннымъ давленіемъ, мы склонны предполагать здѣсь церебральный менингитъ, хотя можетъ быть, болѣзнь находится пока еще въ періодѣ развитія самостоятельнаго какого-нибудь заболѣванія самого вещества головного мозга. Во всякомъ случаѣ, не имѣя никакого успѣха для уменьшенія головныхъ болей при примѣненіи болеутоляющихъ средствъ, а въ то же время видя, что у больного картина глазного дна ухудшается, и можетъ кончиться тѣмъ, что больной потеряетъ зрѣніе, мы сочли себя въ правѣ и въ данномъ случаѣ произвести пункцию бокового желудочка мозга, такъ какъ она способна не только ослабить страшныя головныя боли, но и уменьшить застой на днѣ глаза, грозящій больному неминуемой слѣпотой. Результатомъ этой пункции явилось то, что состояніе больного значительно улучшилось благодаря значительному уменьшенію головныхъ болей.

Итакъ, на основаніи всего вышеизложеннаго, пункции бокового желудочка мозга, какъ палліативному средству, безусловно можно приписать извѣстную роль въ смыслѣ продленія жизни, уменьшенія или прекращенія головныхъ болей, остановки потери зрѣнія, а потому, при скопленіяхъ церебральной жидкости въ головномъ мозгу, ведущихъ къ слѣпотѣ и сопровождающихся отчаянными головными болями, эта операція не только допустима, но и показана, такъ какъ даетъ удовлетворительные результаты, хотя иногда и временные. Не слѣдуетъ упускать изъ виду, что эффектъ отъ пункции бокового желудочка мозга можетъ быть стойкимъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ скопленіе церебральной жидкости въ полостяхъ головного мозга вызывается моментомъ временнымъ,

преходящимъ, что обыкновенно и бываетъ при острыхъ менингитахъ, травмахъ и т. п.

Судя по наблюденіямъ надъ нашими больными, такая операція, какъ пункція желудочка мозга, съ технической стороны, никоимъ образомъ не является операціей тяжелой и переносится больными хорошо, даже и при незначительной мѣстной анестезіи. Больной почти совсѣмъ не реагируетъ ни на самую трепанацію черепа, ни на проколъ твердой мозговой оболочки, ни на введеніе или выведеніе иглы изъ самаго вещества мозга. Однако слѣдуетъ имѣть въ виду, что послѣ операціи больной дня три—четыре долженъ оставаться въ постели, сохраняя горизонтальное положеніе.

Пункція бокового желудочка противопоставляется поясничный проколъ. Но то обстоятельство, что въ литературѣ имѣются указанія на случаи, гдѣ извлеченіе даже незначительнаго количества церебро-спинальной жидкости черезъ поясничный проколъ, особенно при заболѣваніяхъ мозга на основаніи черепа, угрожало жизни больного, а послѣ выведенія жидкости съ лечебной цѣлью не менѣе 20—40 куб. сант. за одинъ разъ, слѣдовало летальный исходъ, заставляло искать другого терапевтическаго пріема, — такого, при которомъ не наблюдалось бы реактивныхъ явленій, свойственныхъ люмбальной пункціи, какъ-то: рѣзкаго усиленія головныхъ болей, головокруженія, тошноты и рвоты. Этимъ способомъ леченія и является пункція бокового желудочка мозга. Такимъ образомъ, въ цѣляхъ діагностическихъ, тамъ, гдѣ спинно-мозговая жидкость выпускается изъ позвоночнаго канала въ незначительномъ количествѣ (около 3 куб. сант. и, во всякомъ случаѣ, не болѣе 5 куб. сант.), по моему мнѣнію, возможно дѣлать поясничный проколъ; а тамъ, гдѣ нужно было бы выпустить жидкость въ болѣе значительныхъ размѣрахъ, какъ это требуется для цѣлей лечебныхъ, лучше всего дѣлать пункцію бокового желудочка мозга. Однако не слѣдуетъ упускать изъ виду и того обстоятельства, что пункція бокового желудочка мозга можетъ подать поводъ къ опасностямъ, такъ какъ при операціи могутъ быть поранены сосуды, вслѣдствіе чего можетъ произойти кровотеченіе и послѣдовать летальный исходъ.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ принести здѣсь свою глубокую благодарность директору клиники проф. Л. О. Даркшевичу за его любезное разрѣшеніе воспользоваться клиническимъ матеріаломъ, а также ассистенту клиники В. П. Первушину за его помощь при разборѣ клинической картины болѣзней.