

Терапевтическое значеніе поясничной пункции при эпилепсии и нарастающемъ параличѣ

Н. А. Глушкова.

Ассистента при Больницѣ Всѣхъ Скорбящихъ. С.-Петербургъ.

Сообщено въ соединенномъ засѣданіи врачей Новознаменской Больницы и
Больницы Всѣхъ Скорбящихъ 16 мая 1912 г.

Въ одномъ изъ прошлыхъ своихъ сообщеній я останавливался ¹⁾ на техникѣ поясничной пункции и діагностическомъ значеніи ея въ практической психіатріи; въ настоящее же время я вератцѣ подѣлюсь наблюденіями надъ терапевтическимъ примѣненіи люмбальной пункции при эпилепсии и нарастающемъ параличѣ.

Уже *Quincke*, ²⁾ предложившій самую операцію поясничнаго прокола, особенно настаивалъ на примѣненіи этой операціи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ констатировалось скопленіе цереброспинальной жидкости и повышеніе ея обычнаго давленія.

Цѣлымъ рядомъ строго поставленныхъ экспериментовъ уже давно были установлены границы этого давленія цереброспинальной жидкости въ нормальныхъ условіяхъ.

Напомню, что для измѣренія давленія цереброспинальной жидкости предложены рядъ приборовъ, изъ которыхъ наиболѣе употребительны водяной монометръ *Kronig'a*, водяной монометръ *Quincke* и ртутный монометръ *Wilms'a*.

По *Krönig'у* ³⁾ давленіе это у нормальныхъ субъектовъ въ среднемъ равно 125 мм. въ лежащемъ положеніи и

410 mm—въ сидячемъ. Давленіе, превышающее 150 mm въ лежачемъ положеніи, *Krönig* считаетъ патологическимъ, по *Quincke* давленіе при нормальныхъ условіяхъ равняется въ лежачемъ положеніи отъ 10—15 mm водяного столба.

По наблюденіямъ *Quincke* высота давленія, существующаго въ цереброспинальной полости, зависитъ во-первыхъ, отъ массы наличной твани (напр. опухоли центральной нервной системы и различные патологическіе продукты); во-вторыхъ, отъ кровяного давленія и въ третьихъ, отъ секреторнаго давленія цереброспинальной жидкости. Поэтому уже самимъ *Quincke* ⁴⁾ поясничная пунція съ успѣхомъ практиковалась въ случаяхъ опухолей головного мозга, водянки головного мозга и различныхъ воспалительныхъ процессовъ мозговыхъ оболочекъ со скопленіемъ серозной или гнойной жидкости.

Впослѣдствіи французская школа во главѣ съ *Milian*'омъ расширила области примѣненія поясничной пунціи и *Milian* ⁵⁾ напр. примѣнялъ люмбальную пунцію съ терапевтической цѣлью во-первыхъ для удаленія части инфекціонныхъ и токсическихъ продуктовъ, вредно дѣйствующихъ на нервную твань, а во вторыхъ, опять таки, для—уменьшенія увеличеннаго давленія цереброспинальной жидкости на центральную нервную систему. Выполненіе перваго показанія имѣетъ мѣсто главнымъ образомъ при менингитахъ, а втораго—при опухоляхъ мозга напр. и при *hydrocephalus*'ѣ. Изучая это повышеніе давленія цереброспинальной жидкости, *Quincke* предполагалъ, что повышеніе давленія часто зависитъ отъ затрудненнаго обратнаго перехода цереброспинальной жидкости въ общій токъ крови, происходящаго въ свою очередь отъ венознаго застоя въ сосудахъ головного и спинного мозга. При изученіи этого повышенія давленія, *Quincke* ²⁾ первый подмѣтилъ, что при эпилептическихъ приступахъ по большей части наблюдается повышеніе давленія цереброспинальной жидкости, ея перенапряженіе, зависящее отъ венознаго застоя въ

сосудахъ головного мозга, при чемъ это давленіе, доходящее до 250—450 mm и болѣе—является по *Quincke* временнымъ т. к. внѣ приступовъ давленіе у эпилептиковъ по большей части нормально.

Къ такимъ же выводамъ пришли и *Navrotzki* ⁶⁾, *Arndt* ⁷⁾ и *Stadelmann* ⁷⁾.

Конечно, такое значительное повышеніе давленія спинномозговой жидкости при судорожныхъ приступахъ зависитъ, весьма возможно, и отъ того, что въ тоническомъ стадіи мышечное напряженіе черезъ связки и другія ткани, какъ предполагаютъ *Quincke*, *Arndt* и *Navrotzki*, ⁷⁾ можетъ передаваться прямо спинномозговому дуральному мѣшку, но во всякомъ случаѣ въ повышеніи давленія спинномозговой жидкости во время приступовъ главную роль играетъ затрудненный оттокъ ея, вслѣдствіе венознаго застоя, стаза, въ сосудахъ головного мозга.

Это предположеніе, гипотеза, что при эпилептическихъ приступахъ происходитъ разстройство кровообращенія въ головномъ мозгу, давно доказано цѣлымъ рядомъ патолого-анатомическихъ и экспериментальныхъ работъ.

Такъ напр. *С. Я. Любимовъ* ⁸⁾ въ своей работѣ „о патолого-анатомическомъ измѣненіи мозга при падучномъ состояніи“ приходитъ къ выводу на основаніи цѣлаго ряда препаратовъ, что при падучномъ состояніи въ мозгу имѣется сильная гиперемія, при чемъ переполненіе сосудовъ кровью доходитъ до того, что кровь прижизненно едва ли можетъ передвигаться по сосудамъ. Мало того—кровь, застаиваясь въ сосудахъ, растягиваетъ сосуды, они становятся менѣ упругими, расширяются и дѣлаются легко проходимыми для форменныхъ элементовъ и плазмы.

Точно также д-ръ *Гольцимеръ* ⁹⁾, которому удалось видѣть мозгъ во время приступа падучей черезъ трепанаціонное отверстіе, указываетъ на почти полную остановку кровообращенія въ мозгу во время приступовъ, т. к. біенія сосудовъ

мозга не было замѣтно, слѣдовательно, мозгъ былъ такъ переполненъ кровяными элементами, что пульсовая волна не могла уже передаваться.

Каждому, наконецъ, вскрывавшему эпилептиковъ, умиравшихъ во время *status epilepticus*, обычно бросается въ глаза рѣзкая гиперемія мозгового вещества. Становится теперь понятнымъ, почему и давленіе цереброспинальной жидкости можетъ достигать такой высоты при эпилептическихъ приступахъ.

Слѣдовательно, чѣмъ длительнѣе и чаще приступы, тѣмъ болѣе, значить, создается препятствіе къ оттоку жидкости—тѣмъ все болѣе и болѣе накапливается условій для раздраженія моторной области и поддерживанія падучаго состоянія, т. е. создается уже настоящій *circulus vitiosus*. Кромѣ того, когда черепномозговое давленіе достигаетъ крайнихъ предѣловъ, то можетъ прозойти, какъ нѣкоторые предполагаютъ, закупорка большого затылочнаго отверстія самими мозгами, какъ пробкой—тогда уже прекращается сообщеніе между подпаутинными пространствами спинного и головного мозга.

Къ этому еще присоединяется и накопленіе ядовитыхъ продуктовъ обмѣна или даже особыхъ ядовъ, какъ думаютъ нѣкоторые, и—раздраженіе нервныхъ элементовъ коры еще болѣе усиливается.

Вотъ поэтому уже издавна начинаютъ появляться попытки къ хирургическому вмѣшательству при падучномъ состояніи.

Но всѣ эти попытки были единичны и поясничная пункція все еще не получила правъ гражданства въ терапіи падучныхъ состояній.

Дѣло въ томъ, что уже при самомъ началѣ введенія поясничной пункціи въ терапію падучныхъ состояній, операція эта была нѣсколько дискредитирована.

Еще въ 1902 году *Schaefer*¹⁰⁾ опубликовалъ свои наблюденія надъ давленіемъ у эпилептиковъ, которое оказывалось повышеннымъ и въѣ приступовъ, при чемъ давленіе это доходило до 270—450 mm.

Donath ¹¹⁾ опубликовалъ свои наблюденія надъ 19-ью случаями генуинной эпилепсiи, гдѣ авторъ въ 12 случаяхъ видѣлъ уменьшеніе частоты припадковъ и улучшеніе сна послѣ систематическаго примѣненія поясничныхъ проколовъ.

Chipault ¹²⁾ опубликовалъ случаи, когда онъ у 2 эпилептиковъ съ очень частыми приступами наблюдалъ улучшеніе послѣ повторныхъ проколовъ.

Въ послѣдующемъ стали прибѣгать уже къ поясничной пункции, какъ къ средству, уменьшающему и какъ бы даже устраняющему совсѣмъ падучные приступы. Результаты по большей части были далеко неблестящіе и неободряющіе.

Наконецъ *Tissot* ¹³⁾ положилъ конецъ этимъ экспериментамъ.

F. Tissot систематически примѣнялъ поясничный проколъ при эпилепсiи. Онъ опубликовалъ шесть наблюденій, гдѣ онъ имѣлъ возможность не терять больныхъ изъ виду въ теченіе многихъ лѣтъ и наблюдать ихъ въ теченіе долгихъ періодовъ. Больнымъ попеременно производили серію поясничныхъ проколовъ, а затѣмъ оставляли ихъ на нѣкоторое время безъ этой операціи.

Tissot пришелъ къ заключенію, что проколъ не оказываетъ никакого дѣйствія на эпилепсію и ея припадки. По его мнѣнію, никакой даже причинной связи между давленіемъ или количествомъ спинномозговой жидкости и наступленіемъ конвульсивныхъ припадковъ—не существуетъ. Конечно, этимъ опубликованіемъ своихъ наблюденій *Tissot* отнялъ всякое желаніе продолжать опыты съ леченіемъ эпилепсiи поясничными проколами; поясничная пункция изъ-за ея непригодности къ излеченію эпилепсiи не стала примѣняться уже и при падучномъ состояніи.

И лишь за послѣднее время въ литературѣ снова выдвигается вопросъ о терапевтическомъ значеніи люмбальной пункции при эпилепсiи, но эта операція уже предлагается не для устраненія отдѣльныхъ приступовъ, а какъ надежное средство въ борьбѣ со *status epilepticus*.

Pichenaо et Castin ¹⁴⁾ сообщаютъ объ одномъ юношѣ, у котораго падучные приступы наступали цѣлыми сериями, напр. за три дня было отмѣчено 166 припадковъ. Больному въ одинъ изъ такихъ періодовъ въ теченіе 26 дней было сдѣлано 5 пункций, при чемъ послѣ каждой пункции припадки рѣже уменьшались и въ концѣ концовъ было достигнуто, что у больного на 23-ій день припадки стали значительно рѣже и цѣлыми сериями уже не наблюдались. Цереброспинальная жидкость во время каждой пункции находилась въ состояніи перенапряженія и каждый разъ выпускалось по 20 куб. с. цереброспинальной жидкости

Richard Allen ¹⁵⁾ опубликовалъ наблюденіе надъ 28-и лѣтней женщиной, у которой быстро развился status epilepticus, за 8 часовъ больная перенесла 36 судорожныхъ приступовъ и была уже при смерти, когда ей сдѣлали поясничный проколъ.

Больная послѣ пункции въ теченіе 12 часовъ была въ сопорозномъ состояніи, а затѣмъ быстро оправилась.

Въ послѣднее время *v. Castin* ¹⁶⁾ снова опубликовалъ свои 4 наблюденія надъ поразительнымъ вліяніемъ поясничной пункции при status epilepticus, при чемъ авторъ особенно настаиваетъ производить пункцию во время уже развивающейся комы при падучномъ состояніи, когда всякая другая терапия уже становится безусловно недѣйствительной. Въ это время вліяніе поясничной пункции особенно эффектно.

Авторъ говоритъ, что въ его случаяхъ достаточно было 1—2 пункции съ выпусканіемъ каждый разъ по 15—20 куб. с. жидкости, чтобы наступило уже облегченіе.

Въ своихъ 2 хъ случаяхъ авторъ прибѣгалъ и къ классическому способу леченія status epilepticus—въ самомъ началѣ kal. bromatъ внутрь (даже черезъ зондъ) и уже затѣмъ, послѣ очистительной клизмы, вливаніе раствора chloral-hydrat'a въ въ крахмалѣ въ прямую кишку. Въ другомъ рядѣ случаевъ авторъ прибѣгалъ къ вливаніямъ chloralhydrat'a, и когда при-

падки не прекращались и наступала кома—онъ производилъ поясничную пункцію, и наконецъ авторъ не дѣлалъ никакихъ вливаній и въ коматозномъ состояніи производилъ поясничную пункцію.

Авторъ на основаніи собственнаго опыта и статистики больницы, въ которой онъ производилъ эти опыты—склоняется къ тому, что на поясничную пункцію при status epilepticus больше всего надежды, чѣмъ на какое-либо другое терапевтическое вмѣшательство. Авторъ подчеркиваетъ, что чисто терапевтическій эффектъ отъ поясничной пункціи наступаетъ не сразу, а припадки лишь постепенно сводятся на нѣтъ, при чемъ у больного стараются въ промежутки подвѣять силы усиленнымъ питаніемъ молокомъ и мяснымъ сокомъ.

Авторъ, заканчивая свое описаніе, обращается къ товарищамъ съ просьбой повторить и провѣрить его опыты. Мы съ своей стороны лишь прибавили бы, что эти попытки и пожеланія *Castin'a* дѣйствительно заслуживаютъ глубочайшаго вниманія, но въ самую методику поясничной пункціи, по нашему, должна быть внесена нѣкоторая поправка.

Дѣло въ томъ, что большинство изъ нами цитируемыхъ авторовъ не вводили при операціи въ видѣ контроля измѣненіе давленія цереброспинальной жидкости, и потому каждый выпускалъ произвольное количество жидкости—что далеко не безразлично, конечно, для паціентовъ. Объ давленіи авторы судили по тому, какъ истекаетъ жидкость изъ отверстія иглы—вапаетъ или бьетъ фонтаномъ. Конечно для того, чтобы гарантировать и себя отъ несчастія и не дискредитировать самый терапевтическій методъ, необходимо выяснитъ чѣмъ же, собственно, руководиться при нашемъ терапевтическомъ вмѣшательствѣ при status epilepticus. Въ вопросѣ, какое количество цереброспинальной жидкости должно быть извлекаемо съ терапевтической цѣлью, царитъ большое разногласіе, стоящее вѣроятно жизни не одному больному...

Конечно такое положеніе вопроса и по сіе время не могло, по нашему, служить къ распространенію поясничной пункціи у постели такого тяжелаго больного, какъ находящагося въ падучномъ состояніи.

Sicard ¹⁷⁾, написавшій по вопросу о поясничной пункціи обширнѣйшую монографію, говоритъ, что выпускать можно съ терапевтической цѣлью отъ нѣсколькихъ куб. сантиметровъ до 80 и даже до 100 куб. сант., въ общемъ же не слѣдуетъ брать больше 20—30 куб. сант.

Д-ръ *Фаворскій* ¹⁸⁾ изъ клиники профессора Даръшевича полагаетъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ жидкость бьетъ струей изъ отверстія иглы—можно безъ риска для больного выпустить до 20 куб. сант. Авторъ лишь совѣтуетъ слѣдить во время пункціи за самочувствіемъ больного и его пульсомъ. И не смотря на то, что *Quincke*, такъ сказать „отцомъ поясничной пункціи“, были на этотъ счетъ даны обстоятельныя наставленія—большинство при операціи выпускали цереброспинальную жидкость, руководясь лишь „общимъ самочувствіемъ больного во время операціи“.

Конечно такое „руководство“ не гарантировало пациенту, что операція сойдетъ для него благополучно, т. е. пациентъ можетъ погибнуть и черезъ нѣсколько часовъ послѣ пункціи, обладая во время операціи „хорошимъ самочувствіемъ“.

Между тѣмъ *Quincke* ⁴⁾ настаиваетъ при пункціи, особенно съ терапевтической цѣлью, слѣдить за состояніемъ давленія цереброспинальной жидкости, при чемъ никогда не совѣтуетъ спускать его ниже 100 mm или 80 mm. При очень высокомъ первоначальномъ давленіи онъ не рекомендуетъ опускать давленіе такъ низко, а совѣтуетъ останавливаться на 200 mm или даже на 300 mm.

Какъ часто можетъ быть повторена пункція,—это зависитъ, по мнѣнію *Quincke*, отъ болѣзненнаго процесса и отъ сопутствующихъ симптомовъ; напримѣръ при *hydrocephalus chronicus* приходится пунктировать 10—20 разъ съ промежут-

ками въ одну недѣлю, при остромъ менингитѣ—ежедневно втеченіе недѣли и т. д. Все зависитъ отъ давленія цереброспинальной жидкости.

Этому наставленію *Quinke* мало придавали значенія, и лишь въ самое послѣднее время измѣренію давленія цереброспинальной жидкости при ея выпусканіи начали придавать большое значеніе. И теперь уже, какъ говорятъ нѣмцы, производство поясничной пункции безъ манометрической трубки будетъ уже „wissenschaftlich uncorrect“...

Castin же не измѣрялъ манометрическимъ способомъ давленія цереброспинальной жидкости...

Между тѣмъ, особенно это измѣреніе давленія важно при падучномъ состояніи, когда въ зависимости отъ давленія нужно выяснитъ сколько выпуститъ цереброспинальной жидкости. Руководясь слѣдовательно давленіемъ, мы выпускаемъ извѣстное количество спинномозговой жидкости и, если намъ иногда быть можетъ и не удастся спасти больного, когда, напр., наступила закупорка большого затылочнаго отверстія—во всякомъ случаѣ мы будемъ спокойны, что не повредили ему и сдѣлали уже все зависящее отъ насъ, чтобы спасти больного. Таково въ настоящее время положеніе вопроса о нашемъ терапевтическомъ вмѣшателствѣ посредствомъ люмбальной пункции при status epilepticus.

Что же касается вопроса о примѣненіи поясничной пункции при status paralyticus, то и здѣсь по-нашему представляется возможность для вмѣшательства посредствомъ той же пункции.

Дѣло въ томъ, что смотрѣтъ ли на эпилепсію какъ на органическую болѣзнь мозга или специальный неврозъ корки, какъ утверждаетъ это *Муратовъ*,³¹⁾ или видѣтъ въ эпилепсіи болѣзнь обмѣна веществъ и отравленіе организма продуктами этого обмѣна, какъ думаетъ *Краинскій*³²⁾—при status epilepticus всегда дѣло идетъ о рѣзкомъ разстройствѣ внутричерепного кровообращенія и перенапряженіе спинномозговой жидкости.

Что же касается *status paralyticus*, то и здѣсь есть кое-что общее со *status epilepticus*.

Цѣлымъ рядомъ авторовъ было констатировано повышенное давленіе, достигавшее при эпилептиформныхъ приступахъ громадныхъ цифръ, а также могла идти рѣчь о накопленіи какихъ—то ядовъ, находящихся въ цереброспинальной жидкости и разрушительно дѣйствующихъ на центральную нервную систему.

Что касается давленія, то *Henkel*¹³⁾ находилъ при нарастающемъ параличѣ давленіе равнымъ отъ 50 мм. до 400 мм. *Turner*²⁰⁾ нашелъ это давленіе равнымъ отъ 70 мм. до 320 мм.

Kraepelin по вопросу о давленіи цереброспинальной жидкости при нарастающемъ параличѣ между прочимъ ссылается на *Schäfer*'а и говоритъ, что это давленіе въ боковомъ положеніи у паралитиковъ въ среднемъ равнялось 182 мм. *Наши собственные* наблюденія, обнимающія собой 50 случаевъ нарастающаго паралича вполне совпадаютъ съ позднѣйшими наблюденіями *Rubinovitch*'а и *Paillard*'а²²⁾.

Дѣло въ томъ, что различныя цифры разныхъ авторовъ зависятъ отъ того, въ какомъ періодѣ, въ какомъ состояніи измѣнялось давленіе у паралитиковъ.

Въ періодѣ спокойствія давленіе цереброспинальной жидкости достигаетъ въ среднемъ 120—150 мм., въ возбужденномъ состояніи это давленіе обычно повышается и во время *status paralyticus* часто достигаетъ 150—350 мм., а въ исходномъ періодѣ въ состояніи маразма давленіе очень низко, доходя самое большее до 100 мм.

Но такъ или иначе большинство авторовъ сходятся въ томъ, что во время эпилептиформныхъ припадковъ давленіе можетъ повышаться. Что касается теперь вопроса о генезѣ этихъ самыхъ эпилептиформныхъ припадковъ, то здѣсь существуетъ большое хотя и не существенное для терапіи разногласіе.

Весьма многіе склонны видѣть въ появленіи апоплектиформныхъ или цѣломъ рядѣ эпилептиформныхъ приступовъ— кровоизліянія въ вещество мозга или въ его оболочки.

Но противъ подобной гипотезы говорятъ случаи съ быстрымъ и безслѣднымъ исчезновеніемъ разнаго рода измѣненій чувствительности, парезовъ и параличей у паралитиковъ. *Муратовъ*²³⁾ въ своемъ докладѣ на Международномъ Московскомъ съѣздѣ упоминаетъ, что апоплектиформные и эпилептоподобные припадки при прогрессивномъ параличѣ обуславливаются или прямымъ распространеніемъ патологическаго процесса на двигательную область коры или же отдаленнымъ вліяніемъ наиболѣе пораженныхъ участковъ послѣдней; во всякомъ случаѣ въ основѣ этихъ припадковъ лежитъ расстройство питанія двигательныхъ нервныхъ клѣтокъ.

*Kraepelin*²¹⁾ утверждаетъ, что причиной апоплектиформныхъ или эпилептоподобныхъ припадковъ почти никогда не служатъ кровоизліяніе или закупорка сосудовъ, а только микроскопически обнаруживаемыя измѣненія мозговой коры.

Проф. *Н. М. Поповъ*²⁴⁾ и многіе другіе проводятъ тотъ взглядъ, что здѣсь дѣло сводится на временный параличъ сосудистыхъ стѣнокъ въ той или иной области головного мозга, благодаря чему получается отекъ и вызванное имъ давленіе нѣкоторой части сосудовъ, питающихъ двигательные пути и центры.

Въ результатѣ получается анемія мозгового вещества, что клинически выразится потерей сознанія, судорогами и параличами, сейчасъ же однако исчезающими, какъ только представится возможность возстановиться кровообращенію.

Такъ или иначе большинство авторовъ сходятся на томъ, что клѣточные элементы коры, будучи патологически измѣненными, отличаются усиленной возбудимостью, причемъ всѣ эти припадки у паралитиковъ могутъ вызываться какъ периферическими, такъ и центральными раздраженіями. Роль первыхъ часто играетъ растяженіе мочевого пузыря, запоры, переполненіе желудка и вообще рядъ условій, которыя усиливаютъ и

безъ того свойственные нарастающему параличу приливы, застой въ головномъ мозгу и тѣмъ самымъ повышаютъ внутричерепное давленіе и слѣдовательно вызываютъ повышение давленія цереброспинальной жидкости.

Что касается центральныхъ раздраженій то по *Бехтесу* ²⁵⁾ большое значеніе имѣютъ здѣсь кисты на поверхности большихъ полушарій, возникающія вслѣдствіе сращенія оболочекъ мозга съ его веществомъ.

По *Краепелин'у* ²¹⁾ большое значеніе имѣютъ также и эмоціональныя движенія.

Wollenberg ²⁶⁾, *Лионъ* ²⁴⁾ и *Schrottenbach* ³³⁾ склонны видѣть въ появленіи апоплектовидныхъ и эпилептиформныхъ приступовъ результатъ отравленія, раздраженія и гибели цѣлаго ряда нервныхъ элементовъ коры, вслѣдствіе накопленія въ цереброспинальной жидкости ядовъ, губительно дѣйствующихъ на центральную нервную систему, что клинически выразится въ рядѣ тѣхъ или иныхъ приступовъ съ послѣдующимъ упадкомъ интеллекта.

Но въ то время какъ большинству, вскрывающихъ эпилептиковъ, умершихъ во время status epilepticus, бросается въ глаза рѣзкая гиперемія оболочекъ и мозгового вещества, при вскрытіи паралитиковъ, умершихъ во время status paralyticus, обычной находкой служитъ отекъ оболочекъ и самого мозгового вещества.

Однимъ словомъ всѣ условія, вызывающія раздраженіе измѣненныхъ, и безъ того болѣзненно возбудимыхъ, клѣточныхъ элементовъ мозговой коры при нарастающемъ параличѣ, неминуемо вызываютъ рядъ тяжелыхъ осложненій въ формѣ эпилептиформныхъ и апоплектовидныхъ приступовъ. И здѣсь опять таки можетъ играть роль повышенное давленіе цереброспинальной жидкости и накопленіе въ ней ядовитыхъ веществъ и—слѣдовательно представляется возможность для терапевтическаго вмѣшательства посредствомъ лумбальной пункции.

Въ литературѣ по вопросу о примѣненіи поясничной пункции при нарастающемъ параличѣ имѣется мало указаній.

Въ обширнѣйшей работѣ *Enge*,²⁸⁾ посвященной вопросу леченія прогрессивнаго паралича въ его прошломъ и настоящемъ, есть указанія на попытки различныхъ авторовъ лечить нарастающій параличъ хирургическимъ путемъ, при чемъ авторы исходили изъ того соображенія, что при нарастающемъ параличѣ обычно наблюдается повышенное внутричерепное давленіе. Вначалѣ были попытки, съ цѣлью понизить это давленіе—дѣлать трепанацію.

Такъ дѣлали *Shaw*, *Batty Tuke*,²⁸⁾ но надежды возлагаемыя на трепанацію не оправдались. *Turner*²⁸⁾ трепанацію замѣнилъ люмбальной пункцией и всетаки не получилъ никакихъ утѣшительныхъ результатовъ.

*Babcock*²⁸⁾ также сдѣлалъ попытку лечить нарастающій параличъ посредствомъ поясничной пункции и въ его сообщеніяхъ указывается, что онъ у 50% оперированныхъ наблюдалъ временное улучшеніе преимущественно въ отношеніи атаксіи. Но жидкость вскорѣ вновь накапливалась и снова требовалось оперативное вмѣшательство.

*Tukes*²⁸⁾ предложилъ поэтому пункцию и постоянный дренажъ позвоночника, но предложеніе его не встрѣтило сочувствія.

*Enge*²⁸⁾ замѣчаетъ въ своей работѣ, что проколъ поясничный и теперь практикуется, но благотворное вліяніе его на болѣзненный процессъ—никѣмъ не отмѣчается.

Работая въ лабораторіи профессора *В. П. Осипова* надъ спинномозговой жидкостью у паралитиковъ, мы, исходя изъ только-что высказанныхъ соображеній о происхожденіи эпиплефитформныхъ приступовъ у паралитиковъ и возможности примѣненія поясничной пункции при *status paralyticus* рѣшили воспользоваться поясничной пункцией въ двухъ случаяхъ *status paralyticus*.

Хотя уже высказанныя гипотезы о генезѣ этихъ эпилептиформныхъ и апоплектовидныхъ приступовъ не могли окрылять насъ особыми надеждами относительно нашихъ мѣропріятій, намъ, такъ сказать, не давалось возможности ждать вездѣ, во всѣхъ случаяхъ, отъ поясничной пункции при параличномъ состояніи блестящихъ результатовъ... Вѣдь мы упоминали, что обычно наблюдается повышеніе давленія при рядѣ эпилептовидныхъ приступовъ, но бываетъ и 150 mm т. е. говорить о чересмѣрномъ перенапряженіи цереброспинальной жидкости не приходится. Прибѣгая же всегда къ поясничной пункции въ такихъ тяжелыхъ случаяхъ, какъ параличное состояніе—мы смѣло тогда можемъ связать, что мы сдѣлали все возможное, все зависящее отъ насъ, чтобы спасти больного.

Въ своихъ двухъ случаяхъ рѣшили мы использовать поясничную пункцию послѣ того, какъ больнымъ было уже проведено „классическое леченіе“—сдѣлали рядъ влизмъ и вливаній раствора chloralhydrat'a въ прямую кишку и физиологическаго раствора поваренной соли подъ кожу. ²⁹⁾

И лишь когда „классическое леченіе“ оказалось недѣйствительнымъ, мы рѣшили прибѣгнуть къ люмбальной пункции.

Въ первомъ случаѣ дѣло идетъ о больномъ Л., мѣщанинѣ гор. Чистополя, 27 лѣтъ, имѣвшемъ въ анамнезѣ лues и представлявшемъ, въ моментъ поступления въ Казанскую Окружную Лечебницу, явленія уже рѣзко выраженного слабоумія.

Въ виду появившагося сомнѣнія о сущности болѣзненнаго процесса больному 15 мая 1909 года была нами произведена поясничная пункция съ діагностическою цѣлью. Константированъ былъ рѣзко выраженный лимфоцитозъ, положительныя реакціи *Nonne* и *Appelt'a* и *Wassermann'a*.

24 августа того же года у больного появился рядъ судорожныхъ приступовъ,—днемъ 15, а ночью 35 припадковъ; 25 августа быстро развился настоящій status paralyticus. И за день было отмѣчено 67 припадковъ, а за ночь 85.

26-го за день было насчитано 110, а ночью 115 приступовъ.

27-го съ утра припадки, при чемъ до 12 час. дня было насчитано 100 припадковъ.

Когда всѣ обычные способы не прекращали припадковъ, нами была сдѣлана поясничная пункция, при чемъ давленіе оказалось въ лежачемъ по-

ложеи равнымъ 270 мм; выпущено было 15 куб. сан. жидкости и давленіе доведено до 100 мм.

Припадки стали значительно рѣже и послѣ 12 час. до 9 час. вечера было насчитано всего 19 припадковъ, а съ 9 час. вечера до 9 час. утра было 10 припадковъ. 28-го за весь день былъ одинъ припадокъ, ночью припадковъ не было, а 29 больной находился въ обычномъ состояніи.

Второй наибъ случай относится уже къ больной З. находящейся на излеченіи въ С. Петербургской больницѣ Всѣхъ Скорбящихъ.

Больная 1908 г. съ явленіями органическаго пораженія головного мозга въ формѣ прогрессивнаго паралича. Больной 35 лѣтъ; въ анамнезѣ *lues*, Реакція Wasserman'a положительная. 17 сентября 1910 года былъ вприснутъ арсено-бензолъ.

30 августа 1911 года въ 8 час. 10 мин. вечера у больной начались судорожные приступы,

Больной была сдѣлана очистительная клизма и сдѣлано вливаніе раствора chloralhydrat съ крахмаломъ (chloralhydrat. введено 3,0), а черезъ ротъ удалось ввести Бехтеревской микстуры 2 столовыхъ ложки.

До 9 час. вечера было 5 сильныхъ приступовъ.

Въ ночь было 50 припадковъ.

31-го Съ утра припадки.

Было сдѣлано новое вливаніе раствора chloralhydrat'a (chloralhydrat 2,0).

За день 10 припадковъ.

Съ 9 час. вечера припадки продолжаются—вечеромъ температура 38,0°.

За ночь болѣе 100 припадковъ,

Было сдѣлано вливаніе физиологическаго раствора поваренной соли.

1 сентября.—Припадки съ утра непрерывно. До 2-хъ часовъ дня 84 припадка. Пульсъ слабога напряженія, не сосчитывается.

Введено подъ кожу ol. camphor. Температура 38,4.

Въ два часа дня поясничная пункция. Давленіе было всего 135 мм.

Выпущено 12 куб. сан. спинномозговой жидкости и давленіе доведено до 100 мм, температура 38,2:

Съ 2-хъ час. дня до 9 час. вечера 40 припадковъ.

Съ 9 час. вечера до 9 час. утра уже 34 припадка.

2/ix Температура утромъ 38,2. Пульсъ 120 ударовъ въ минуту.

Съ 9 час. утра до 9 ч. вечера опять 50 припадковъ.

Съ 9 час. вечера до 9 час. утра 13 припадковъ. Температура 37,0.

3/ix. За день 30 припадковъ, ночью 5 припадковъ.

4/ix. День—13 припадковъ, ночью—20.

5/ix. Пришла въ сознаніе. Было введено черезъ ротъ 200.0 молока и 100.0 американскаго бульона.

За сутки 6 припадковъ.

6/ix За сутки 6 припадковъ.

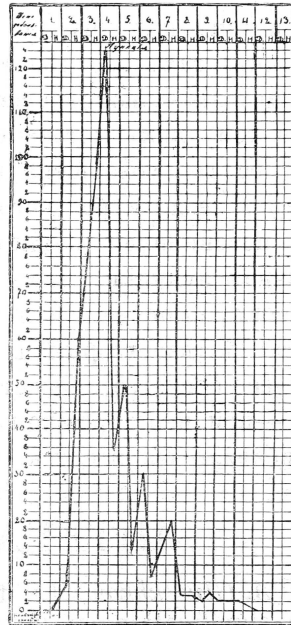
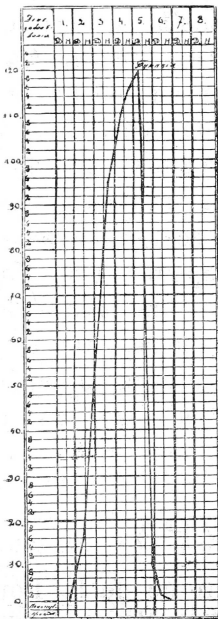
7/ix. 4 припадка.

8/ix. 3 припадка.

9/ix. Припадковъ нѣтъ. Больная въ обычномъ состояніи.

Въ то время какъ въ первомъ случаѣ мы имѣли повышенное давленіе цереброспинальной жидкости, мы его уменьшаемъ и эффектъ наступаетъ быстро. Второй случай интересенъ въ томъ отношеніи, что здѣсь уже въ виду столь низкаго давленія (обычно при *status paralyticus* давленіе отъ 150 m. m. и выше) мало было надежды вообще на какой-либо эффектъ. Но послѣ пункции припадки всетаки стали ослабѣвать, хотя не сразу, а постепенно и больная оправилась.

И здѣсь опять таки я повторяю—произведя поясничную пункцию, мы были спокойны, что сдѣлали все, чтобы спасти больную.



На прилагаемыхъ кривыхъ ясно видно вліаніе поясничной пункции на число приступовъ. Въ первомъ случаѣ, когда давленіе повышено, мы, понижая это давленіе, устраняемъ раздраженіе моторной области и эффектъ наступаетъ быстро—припадки быстро прекращаются.

Во второмъ случаѣ давленіе оказывается незначительнымъ и эффектъ наступаетъ не сразу, на кривой отмѣчается еще нѣсколько волнообразныхъ колебаній и наконецъ приступы постепенно сходятъ на нѣтъ.

Вотъ собственно съ одной стороны рядъ приведенныхъ нами литературныхъ данныхъ по поводу успѣшнаго примѣненія поясничной пункции при *status epilepticus* и наши ободряющіе опыты съ примѣненіемъ поясничной пункции при *status paralyticus*—заставляютъ насъ присоединиться къ пожеланіямъ *Castin'a*, чтобы товарищи прибѣгали къ поясничной пункции при томъ или другомъ *status'ѣ*, но пунетировали бы только не такъ, какъ это дѣлалъ самъ *Castin*. *Castin* же не измѣрялъ давленіе манометрическимъ способомъ, а судилъ о давленіи по тому какъ истекаетъ жидкость. Мы же должны примѣнять болѣе совершенную технику и тѣмъ самымъ застраховать и себя и больного отъ всякихъ случайностей. Примѣняя поясничную пункцию, всегда нужно помнить, что поясничная пункция, какъ говоритъ д-р. *Хорошко*³⁰⁾, „являясь иногда могучимъ агентомъ въ дѣлѣ борьбы организма съ болѣзнетворнымъ началомъ, въ то же время, какъ могучее средство, можетъ оказатся и вреднымъ для организма“—при неосторожномъ, неумѣломъ съ нимъ обращеніи—прибавили бы мы отъ себя.

ЛИТЕРАТУРА.

1) *N. A. Gluschkow*. La technique de la Ponction lombaire et sa signification en Psychiatrie. Refer. Revue Neurologique 30 Avril 1912 P. 573 и Корреспонденція во Врачебной газетѣ 1912 № 3. 22 января.

- 2) *Quincke*. О поясничномъ проколѣ черев. пр.-д. Блюмевау От. от. изъ Практической Медицины 1904.
- 3) *Krönig*. Deutsche Medicin. Wochenschrift. Vereinsbeil. 1897 г. № 32.
- 4) *Quincke*. Die diagnostische und therapeutische Bedeutung des Lumbalpunktion Deutsche Medicin Wochenschrift 1906 г.
- 5) *Milian*. Le liquide cephalo-rachidien. Paris. 1904.
- 6) *Nowratzki*. Zur Kenntniss d. Cerebrospinalflüssigkeit Hoppe—Seyler's. Zeitschr. 1897 Bd. 23. № 6.
- 7) Цит. по *Quincke* русс. пер.
- 8) *С. Я. Любимовъ*. О патологоанатомическомъ измѣненіи мозга при падучномъ состояніи. Врачъ 1900 г. № 9.
- 9) Цит. по *Любимому*.
- 10) *Schaefer*. Ueber das Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit bei dem paralytic. etc. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 59. 1902
- 11) *Donath*. Wien. Medicin. Wochen. 1903 № 49.
- 12) *Chipault*. Sur la ponction lombaire sim. La Medecine moderne. 25 Dec. 1901
- 13) *Tissot*. Epilepsie et ponction lombaire. Pragas med. 6 mai 1908 г.
- 14) *Pichenot et Castin*. Un cas d'état de mal epileptique traité par la ponction lombaire. L'Encephale 1907 Janv.
- 15) *R. Allen*. Un cas d'état de mal epileptique ponction lombaire. Brit. méd. Journ. 11 avril 1908
- 16) *Castin*. Le traitement de l'état mal epileptique par la ponction lombaire L'Encephale 1910 Juillet.
- 17) *Sicard*. Le liquide cephalo-rachidien. Paris.
- 18) *Фаворскій*. Къ вопросу о люмбальной пункціи при нервныхъ заболѣваніяхъ. Неврологическій Вѣстникъ 1908 г. Т. XV вып. 4.
- 19) *Henkel*. Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit bei Geistes etc. Archiv. f. Psychitarie Bd. 32 № 2.
- 20) Цит. по *Фаворскому*.
- 21) *Кренелинъ*. Учебникъ психіатріи. Томъ II.
- 22) *Roubinovitsch et Paillard*. Soc. de biol. 9 avril 1910 et Gaz des hôp 28 jun. 1910
- 23) *Muratoff*. Zur Pathogenese der Herderscheinungen bei der allgemeinen Paralys. der. Irren. Comptesrindus du XII Congrès international de Medecine à Moscou V. IV.

24) *Н. М. Поповъ*. Шесть лекцій о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ. Отд. от. Казань 1900 г.

25) *Бехтерева*. Протоколы О-ва Психіатровъ въ С. Петербургѣ 1881 г.

26) *Binswanger et Siemerling*. Учебникъ психіатріи. *Dementia paralytica*. Wollenberg.

27) *Лионъ*. Чтенія по практической психіатріи. СПб. 1900 г.

28) Цит. по *Данаеву* „Лечение прогрессивнаго паралича“. Современная Психіатрія 1912 г. Февраль.

29) *Л. Бродскій*. (Вѣна) Къ вопросу о леченіи прогрессивнаго паралича. Новое въ медицинѣ 1911 г. 31 октября № 20.

30) *Хорошко*. Клиническія наблюденія въ связи съ *ruptio lumbalis*. Ежегодникъ Императорской Екатериновской Больницы 1908 г.

31) *Муратовъ*. Клиническія лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ. Выпускъ III 1900 г.

32) *Краинскій*. Къ патологіи эпилепсіи. Обзорніе психіатріи 1896 г. № I.

33) *Von Dr. Heinz Schrottenbach*. Zur physiologischen Auffassung der Delirien bei paralysis. Progressive Monatschrift für Psychiatrie u. Neurologie. Bd. XXXI N. 3 Цит. по реферату въ Медицинскомъ Обзорніи 1912 г. № 9 стр. 844.
