

О паравертебральномъ притупленіи при плевритическихъ экссудатахъ и о перкуссіи позвоночника.

Приватъ-доцента К. А. Грачева.

Въ мартѣ 1902 года проф. Гроссо ¹⁾ отмѣчаетъ новый признакъ при выпотныхъ плевритахъ. На противоположной сторонѣ экссудата, при перкуссіи на задней сторонѣ груди, получается трехугольное пространство тупого звука, внутренняя сторона котораго идетъ по остистымъ отросткамъ позвонковъ, нижняя—горизонтальная—тянется на 3—6 цент., а наружная падаетъ сверху внизъ отъ верхней границы плевритического накопленія къ наружной точкѣ горизонтальной границы.

Величина этого трехугольника соотвѣтствуетъ количеству накопившагося на другой сторонѣ груди плевритического экссудата. Выраженность притупленія, при одной и той же массѣ жидкости, рѣзче при правостороннихъ выпотахъ, чѣмъ при лѣвостороннихъ.

При выпусканіи выпота изъ полости плевры трехугольное пространство тупости исчезаетъ.

На конгрессѣ въ Римѣ, Гроссо ²⁾ указалъ, что эта область притупленія соотвѣтствуетъ трехугольному затемнѣнію, получаемому на экранѣ при рентгеноскопіи.

По мнѣнію Гроссо, описываемое паравертебральное притупленіе важно для дифференціальной діагностики: при воспалительныхъ процессахъ въ легкихъ его нѣтъ.

Flora ³⁾ констатировалъ описываемое пространство тупого звука въ одномъ случаѣ значительной эмпіемы плевры и во многихъ случаяхъ небольшихъ накопленій жидкости въ плевральномъ мѣшкѣ.

¹⁾ Brevi note de semeiotica fisica. Rivista crit. di clinica med. XX 11, 12 13. Le signe de Grocco. La Quinzaine Therapeut., 1904, 10 іюля.

²⁾ Triangolo paravertebrale opposto nella pleurite essudativa. XII Congresso di medicina interna, tenuto in Roma, Ottobre, 1902.

³⁾ Recenti note semeiologiche sulle pleuritidi, Riv. crit. di clinica med. 1902 май, № 19.

Авторъ сдѣлалъ нѣсколько экспериментовъ на трупѣ и получилъ околопозвоночную тупость при выпрыскиваніи жидкости въ противоположную плевру.

Silverstrini¹⁾, Maragliano и Pierracini сообщили о 6-ти случаяхъ плевритического экссудата, въ которыхъ была найдена на противоположной сторонѣ отъ накопленія жидкости трехугольная область притупленія около позвоночника.

Въ одномъ наблюдении Silverstrini эта область тупости уничтожилась послѣ прокола и выпусканія выпота и снова появилась послѣ его накопленія.

Г. Maragliano²⁾ считаетъ паравертебральное пространство тупости важнымъ клиническимъ признакомъ плевритического экссудата.

Pierracini³⁾, замѣчаетъ, что онъ многократно исключалъ выпоть въ плеврѣ на основаніи отсутствія описываемой тупости и долженъ былъ признавать сплено-пневмонію Grancher, опредѣлять опухоль, неразрѣшившуюся пневмонію и т. д. Для діагностики плеврита авторъ придаетъ громадное значеніе паравертебральному притупленію, а также признаку Banti (притупленіе въ верхней части грудины).

Виссо⁴⁾ сообщилъ, что тупость около позвоночника съ другой стороны экссудата имѣется и при небольшихъ накопленіяхъ.

К. А. Раухфусъ⁵⁾ въ своемъ докладѣ Пироговскому Съезду, въ отдѣлѣ дѣтскихъ болѣзней, обратилъ вниманіе, что при плевритическомъ выпотѣ, достигающемъ до уровня 8—9 позвонковъ, а тѣмъ болѣе при болѣшихъ, наблюдается на здоровой сторонѣ грудной клѣтки, у самого позвоночника, притупленіе звука и соответствующее ему осязательное ощущеніе усиленнаго сопротивленія.

Область притупленія имѣетъ форму прямоугольнаго трехугольника, основаніе котораго совпадаетъ съ нижнимъ краемъ здороваго легкаго, между тѣмъ какъ гипотенуза начинается ниже уровня выпота, а иногда и доходить до него и спускается къ наружному

¹⁾ Докладъ на XII конгрессѣ въ Римѣ, 1902.

²⁾ Contributo alla semeiotica dei versamenti pleurici. Bolletino della Società Eustachiana № 4 и 2, 1903, реф. Arch. génér. de Méd. № 25, 21 іюня 1904 года, стр. 1559.

³⁾ La polmonite massiva o pneumo-bronchite fibrinosa. Clinica moderna, 1903. № 1; Il suono retrosternale di Banti ed il triangolo paravertebrale di Crocco; тамъ же, 1903, 1 іюля. Реф. Arch. génér. 1 сент. 1904, № 35, стр. 2225.

⁴⁾ Il sintomo di Crocco, il triangolo paravertebrale oposto nella pleurite essudativa, Nuova rivista clinico-terapeut. № 7, 1903.

⁵⁾ О парадоксальныхъ явленіяхъ при постукиваніи грудной клѣтки. Рус. Врачъ, 1904, № 8, стр. 295.

концу основной линіи, образуя при томъ нерѣдко линію, слегка изогнутую кверху. Высота и основаніе трехугольника, а тѣмъ самымъ и его величина, пропорціональны величинѣ выпота. Высота этого трехугольника всегда больше основанія, безъ правильныхъ отношеній одной величины къ другой, но высота болѣе чутко слѣдуетъ за уровнемъ выпота, чѣмъ длина основной линіи. Въ этомъ можно убѣдиться особенно отчетливо при опорожненіи части выпота и при новомъ его нарастаніи.

Данныя выслушиванія на мѣстѣ возлѣпозвоночникаго притупленія, а равно и результаты вскрытія показываютъ, что въ этомъ мѣстѣ легкое совершенно здорово и содержаніе воздуха въ немъ нормальное.

Околопозвоночное притупленіе Раухфусъ наблюдалъ уже два десятка лѣтъ слишкомъ; за все это время на большомъ матеріалѣ оно служило ему цѣннымъ и вѣрнымъ указателемъ присутствія плевритическаго выпота; оно также наблюдалось при рудо- и hydrothorax'ѣ и послѣ опорожненія плевритическаго выпота торакотоміей, если оставалось еще немного выпота, даже при наличности незначительныхъ остатковъ. За послѣднее время нѣсколько случаевъ фибринозной пневмоніи указали на возможность присутствія притупленія меньшей величины, немного другой формы, и далеко не столь яснаго, какъ при плевритическихъ выпотахъ.

Раухфусъ, на основаніи своихъ наблюденій, долженъ считать отсутствіе возлѣпозвоночнаго притупленія (по крайней мѣрѣ у дѣтей до 15 лѣтняго возраста—предѣла его наблюденій) въ с к и мъ даннымъ, говорящимъ противъ наличности свободнаго плевритическаго выпота, достигающаго до уровня 9-го позвонка, но допустилъ бы возможность подобнаго, но менѣе яснаго притупленія при фибринозномъ воспаленіи, при сплошномъ инфильтратѣ нижней доли.

П. І. Козловскій ¹⁾ всегда находилъ при экссудатахъ плевры на противоположной сторонѣ трехугольную область притупленія. Послѣдняя при выпусканіи жидкости изъ плевры понижалась въ своей высотѣ. Возлѣпозвоночное притупленіе, правда, очень не ясно, наблюдалось и при фибринозной пневмоніи.

А. А. Кисель ²⁾ имѣетъ около 30 наблюденій, гдѣ при плевритахъ постоянно наблюдалось возлѣпозвоночное притупленіе.

В. М. Кернигъ ³⁾ могъ въ нѣсколькихъ десяткахъ случаевъ съ очевидностью убѣдиться въ существованіи околопозвоночнаго заглушенія при плевритическомъ выпотѣ. Въ 1 только случаѣ этого заглушенія не было, но проколъ далъ положительный резуль-

¹⁾ Рус. Врачъ, № 8, стр. 296, 1904.

²⁾ Рус. Врачъ, 1904, № 8, стр. 296.

³⁾ Тамъ-же.

татъ, а черезъ нѣсколько дней появилось и возлѣпозвоночное за-
глушение, исчезнувшее по удаленіи 1500 куб. сант. жидкости.

Berghinz¹⁾ сообщилъ, что у одного четырехлѣтняго ребен-
ка можно было думать о массивной туберкулезной инфильтраціи
праваго легкаго, но былъ поставленъ діагнозъ плеврита, основы-
ваясь на трехугольной области притупленія на здоровой половинѣ
груди. При торакотоміи выдѣлилось 300 куб. цент. гноя; вслѣдъ
за этимъ притупленіе исчезло.

Luigi Ferrannini²⁾ наблюдалъ во всѣхъ случаяхъ пле-
вритическаго экссудата, которые были въ клиникѣ, паравертебраль-
ное трехугольное пространство. Оно почти что совершенно совпа-
дало съ границами тѣни при рентгеноскопіи.

Выраженность тупого звука въ трехугольномъ пространствѣ
ослабѣвала кнаружи; также и тѣнь на экранѣ была болѣе густа
около позвоночника внизу.

Высота трехугольника соотвѣтствовала высотѣ притупленія,
зависящаго отъ экссудата. Нижняя сторона трехугольника при боль-
шихъ накопленіяхъ жидкости доходила до 6—7 сент.

Паравертебральное пространство притупленнаго звука смѣща-
лось при дыхательныхъ движеніяхъ, что доказывалось какъ пер-
куссіей, такъ и рентгеноскопіей. Эти перемѣщенія совпадали со-
вершенно точно съ измѣненіемъ положенія верхней границы пле-
вритическаго выпота. Треугольникъ поднимался при выдыханіи и
опускался при вдыханіи. Исключеніе представляли только случаи
очень большихъ экссудатовъ или давнишнихъ накопленій, когда пе-
ремѣщенія верхней границы и треугольника были обратныя.

Паравертебральное трехугольное притупленіе увеличивалось
при лежаніи больныхъ на здоровомъ боку и уменьшалось при по-
мѣщеніи на больномъ. Увеличивалось при лежаніи на спинѣ и
уменьшалось при положеніи на животѣ.

Вмѣстѣ съ паравертебральнымъ притупленіемъ наблюдалось
всегда притупленіе на позвоночникѣ при выстукиваніи остистыхъ
отростковъ позвонковъ. Ни при какихъ другихъ заболѣваніяхъ ды-
хательнаго аппарата, кромѣ плеврита, Ferrannini не видалъ пара-
вертебральнаго притупленія. Притупленія слѣва сзади, зависящія
отъ сердца, рѣзко отличались отъ описываемаго притупленія тѣмъ,
что въ нижнихъ частяхъ легкаго около позвоночника оказывался
ясный, громкій звукъ. Поэтому паравертебральное трехугольное

¹⁾ Sul triangolo paravertebrale di Grocco. Riv. crit. di clinica med. № 33, 13-
авг. 1904, рефер. La Rif. med. № 38, стр. 1060, 1904 г.

²⁾ Il triangolo paravertebrale opposto di Grocco nel versamenti pleurici uni-
laterale liberi. La riforma med., 1904 г., № 35, 30 авг., стр. 953.

притупленіе, по наблюденіямъ Ferragnini, представляетъ крайне цѣнный признакъ накопленія жидкости въ плеврѣ другой стороны.

Уменьшеніе высоты паравертебральнаго треугольника указываетъ на всасываніе плевритическаго экссудата и можетъ наблюдаться тогда, когда не успѣла еще понизиться верхняя граница выпота.

Ради полноты я считаю необходимымъ привести результаты аускультативной перкуссии при плевритическихъ экссудатахъ. Alex. v. Koganui¹⁾ на сторонѣ, противоположной выпоту, наблюдалъ при выслушиваніи и одновременномъ слабомъ поколачиваніи звукъ, ничѣмъ не отличающійся отъ того, который получается при аускультативной перкуссии больной стороны, гдѣ имѣется экссудатъ.

Распространеніе такого звука на здоровой сторонѣ было ограничено треугольнымъ пространствомъ; его наружная граница шла отъ наивысшей точки стоянія плевритическаго накопленія наискосокъ черезъ позвоночникъ и, спускаясь внизъ, отходила все болѣе внаружи, и подъ конецъ внизу, дугообразно загибаясь, переходила въ нижнюю границу экссудата (которая также могла быть опредѣлена при этомъ способѣ перкуссии). Къ статѣ приложенъ рисунокъ.

Но не смотря на цѣлый рядъ указаній относительно появленія околопозвоночнаго затупленія при плевритическомъ экссудатѣ, имѣются голоса, утверждающіе противное. Такъ Barbieri²⁾ не вѣритъ ни въ реальность указаннаго факта, ни въ его возможность.

Ближайшія причины этого притупленія объясняютъ различно. Riegassini думаетъ, что оно зависитъ отъ передвиженія задняго средостѣнія, что вызываетъ сдавливаніе здороваго легкаго. Авторъ отвергаетъ возможность объяснять причину тупости уменьшеніемъ вибрацій позвоночнаго столба вслѣдствіе присутствія жидкости, такъ какъ такое же ослабленіе колебаній должно бы наблюдаться и при пневмоніи, а также при опухоляхъ; однакоже въ этихъ случаяхъ притупленія на здоровой сторонѣ нѣтъ.

Baduel и Siciliano³⁾ сдѣлали экспериментальныя изслѣдованія. Они вливали въ полость плевры трупa, приведеннаго въ сидячее положеніе, 15% растворъ желатины и замѣтили, что на противоположной сторонѣ около позвоночника появляется треугольная область притупленія, какъ и у живыхъ при плевральныхъ выпотахъ.

¹⁾ Wien. Klin. Rundschau, 1902, № 16, стр. 300.

²⁾ Bolletino dell' Associazione medico-chirurg. di Parma. № 4, 1903.

³⁾ Riv. crit. di clinica med. 1904, №№ 1, 2, 3. Arch. gén. de méd. № 25, 1904, Quinzaine Therap. 10 Іюля 1904. La Riforma med. 1904, № 6, стр. 152.

Затѣмъ, послѣ затвердѣнія желатины, дѣлался разрѣзъ черезъ всю грудь трупа на высотѣ сосковъ и, если впрыскиваніе сдѣлано было въ правую плевру, можно было убѣдиться, что сердце передвигалось въ лѣвую сторону груди за вертикальную плоскость, соединяющую позвоночникъ съ грудиною; заднее средостѣніе оказывалось лежащимъ на лѣвой сторонѣ тѣлѣ позвонковъ, а желатина занимала всю переднюю ихъ поверхность.

При томъ же количествѣ вспрыснутой желатины въ лѣвую плевру средостѣніе смѣщалось вправо, но въ меньшей степени, чѣмъ при предыдущемъ опытѣ; аорта оказывалась впереди тѣлѣ позвонковъ и немного справа, пищеводъ еще правѣе.

Меньшія передвиженія наблюдались при горизонтальномъ разрѣзѣ черезъ 1-й межреберный промежутокъ¹⁾.

Такимъ образомъ Baduel и Siciliano объясняютъ притупленіе тѣмъ, что плевральный мѣшокъ при накопленіи жидкости, вытягиваясь, помѣщается передъ тѣлами позвонковъ и уменьшаетъ ихъ способность къ колебаніямъ. Разумѣется, къ этому присоединяется и сдавленіе легкаго, что также должно вызывать притупленіе звука.

Постоянство взаимныхъ отношеній трехугольнаго пространства со смѣщеніемъ сердца навело Раухфуса на мысль, что первое зависитъ отъ второго. При опытахъ на трупахъ авторъ убѣдился, что смѣщеніе сердца при вливаніи жидкости въ полость плевры слишкомъ незначительно. Поэтому авторъ вводилъ толстый прямой катетеръ черезъ яремную вену въ правое предсердіе и продвигалъ дальше въ правый желудочекъ. Надавливая на наружный конецъ инструмента, можно было дать сердцу любое положеніе, не нарушая прочихъ условій въ грудной клѣткѣ. Можно было смѣстить сердце вправо или влѣво до сосковой линіи.

Если соединить отведеніе сердца въ сторону съ вливаніемъ воды, то при экспериментахъ получалась такая же область околопозвоночнаго притупленія, какъ у больныхъ при наличности плевритического выпота. Одно вливаніе даетъ неясную по очертанію фигуру тупости. Это объясняется тѣмъ, что легкое на трупѣ такъ плохо уступаетъ давленію жидкости, что вода не наполняетъ прежде всего въ значительной степени нижнюю часть полости плевры, какъ плевритическій экссудатъ на живомъ при суживаніи легкаго, и скоро поднимается между поверхностью легкаго и грудной стѣнкою.

Сопоставляя все вышеизложенное, Раухфусъ думаетъ, что возлѣпозвоночное притупленіе обусловливается 1) смѣщеніемъ средостѣнія, наступающимъ, какъ извѣстно, очень рано—задолго

²⁾ Эти передвиженія очень наглядно иллюстрируются приложенными рисунками.

до положительнаго давленія выпота, отсюда глубокая тупость сердца, опредѣляемая на задней стѣнкѣ грудной клѣтки и 2) самымъ выпотомъ, суживающимъ звуковую область дѣйствія выстукивающего толчка, распространяющагося при нормальныхъ условіяхъ и на другую сторону посредствомъ позвонковъ и реберъ. Легко выяснитъ чертежомъ, что при условіи наличности плевритическаго выпота возлѣпозвоночное притупленіе должно имѣть трехугольную форму.

Инфильтратъ легкаго даетъ околопозвоночное притупленіе только въ исключительныхъ случаяхъ потому, что инфильтратъ не такъ тѣсно прилегаетъ къ реберной плеврѣ: оплотнѣніе рѣдко бываетъ безусловно сплошное, однородное, безъ примѣси воздуха въ альвеолахъ и въ бронхахъ и безъ наличности менѣе оплотнѣнныхъ островковъ, поэтому и его дѣйствіе на уменьшеніе звуковой области выстукивающего толчка менѣе рѣзко, чѣмъ при выпотѣ.

Конечно, безусловно сплошной инфильтратъ, плотно спаянный съ реберной плеврой, можетъ дать притупленіе, но ему будетъ недоставать, для законченности, смѣщенія средостѣнія.

Такимъ образомъ, изъ литературныхъ указаній явствуетъ, что не всегда паравертебральное притупленіе говоритъ за накопленіе жидкости въ полости плевры, а можетъ наблюдаться при пневмоніяхъ. Этимъ значительно уменьшается значеніе указаннаго признака для дифференціальной діагностики.

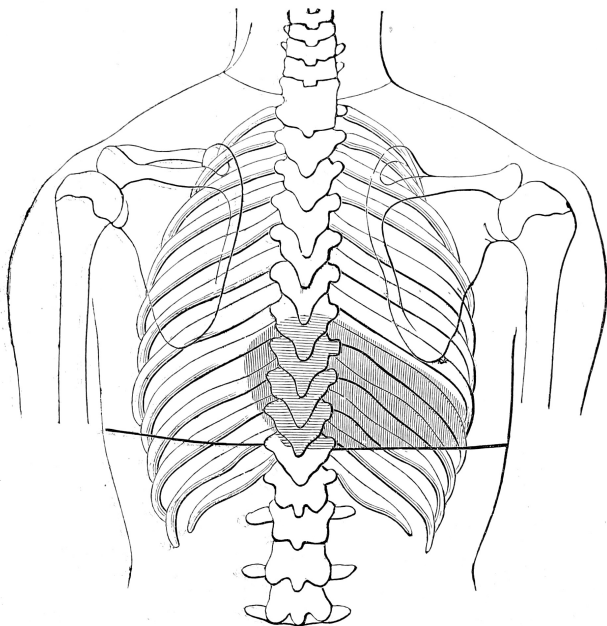
Наблюдая за околопозвоночнымъ притупленіемъ при пневмоніяхъ и при плевритическихъ экссудатахъ, я замѣтилъ нѣкоторые отличія, которыя позволяютъ строго различить эти два заболѣванія. Слѣдя за развитіемъ паравертебральной тупости, мнѣ удалось болѣе ясно представить себѣ причины ея происхожденія.

Кромѣ выстукиванія частей, лежащихъ около позвоночнаго столба, я считаю необходимымъ всегда перкутировать позвоночникъ по его остистымъ отросткамъ сверху внизъ, при стояніи субъекта. У здоровыхъ при нормальной изогнутости позвоночника, верхніе грудные позвонки даютъ притупленный звукъ, который проясняется съ 3—4 грудного позвонка и ясный звукъ распространяется до верхней части 11-го.

У больного Лео—ва, 26 л., захворавшаго 17 февраля 1905 г. на Ирбитской ярмаркѣ сильными болями въ правой половинѣ груди и обратившагося ко мнѣ 25 февраля, удалось прослѣдить развитіе паравертебральнаго притупленія. Черезъ недѣлю отъ начала наблюденія, въ теченіе которой были рѣзкіе шумы тренія плевры, оказалась область притупленія около 5 сент. высотой въ нижнемъ отдѣлѣ правой половины груди и съ тѣмъ вмѣстѣ появилось притупленіе по позвоночнику (почти такой же высоты). И

только затѣмъ, при дальнѣйшемъ развитіи заболѣванія, при повышеніи верхней границы тупости въ правой половинѣ груди, оказалось паравертебральное притупленіе, представлявшее не прямоугольный трехугольникъ, какъ описываетъ большинство авторовъ, а половину овала (см. фиг. 1).

Фиг. 1.



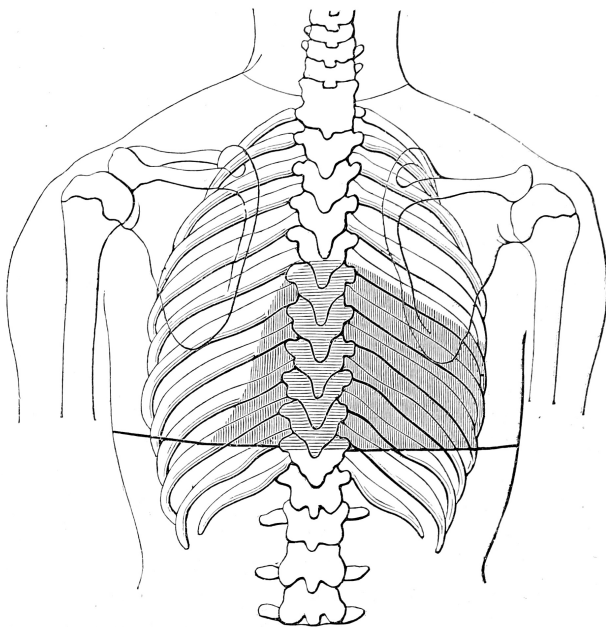
Случай правосторонняго плевритическаго экссудата.

При дальнѣйшемъ теченіи страданія, при увеличеніи количества жидкости въ правой плеврѣ, область паравертебральнаго притупленія стала напоминать по своему виду прямоугольный трехугольникъ, основаніе котораго было значительно менѣе его высоты (см. фиг. 2). При лежаніи больного на животѣ, исчезало притупленіе на позвоночникѣ, и въ значительной мѣрѣ уменьшалась область паравертебральнаго притупленія: она оказывалась вышиною въ 2—3 поперечника пальца и напоминала по своей формѣ четырехугольникъ (подобный изображенному на фиг. 4 слѣва при пневмоніи).

Притупленіе на позвонкахъ (при вертикальномъ положеніи субъекта) я наблюдалъ во всѣхъ другихъ случаяхъ плевритическаго экссудата, которыхъ мнѣ удалось видѣть 12. Распространенность этого притупленія обыкновенно соотвѣтствовала высотѣ области тупого звука, зависящей отъ накопленія жидкости.

Качество звука на позвоночникѣ было всюду одинаковымъ, или на 9-мъ и 10-мъ позвонкахъ наблюдалось небольшое проясненіе. Во всѣхъ случаяхъ (если только количество жидкости было не очень мало) существовала паравертебральная тупость, то въ формѣ трехугольника, то въ видѣ половины овала.

Фиг. 2.



Правосторонній плевритическій экссудатъ.

Такъ, я могу указать на больную Есипову (поступившую въ Александровскую больницу 10 янв. 1905). Она больна года два; при рѣзкомъ заболѣваніи верхушекъ легкихъ (тупой звукъ, бронхиальное дыханіе, звучащіе хрипы, въ мокротѣ бациллы Koch'a) оказался плевритическій экссудатъ лѣвой стороны (тупой звукъ съ нижняго угла лопатки), тупость на позвоночникѣ, а справа притупленное паравертебральное пространство трехугольной формы. Пункция лѣвой плевры показала гной; послѣ его удаленія почти исчезло околопозвоночниковое притупленіе и значительно прояснился звукъ на остистыхъ отросткахъ позвонковъ. Также въ видѣ трехугольника было паравертебральное притупленіе у Апса—ва (поступ. въ Алекс. больн. 11 мая 1904) при правостороннемъ плевритическомъ экссудатѣ, развившемся, какъ можно было судить по анамнезу больного, назадъ тому мѣсяца два.

У больного Макс—ва (амбулаторный больной), 27 лѣтъ, правое паравертебральное пространство тупости было ограничено сна-

ружи дугообразной линіей. Такая же фигура околопозвоночника притупленія была у больного Иванова, 19 лѣтъ (Іюнь 1904) при правостороннемъ плевритическомъ экссудатѣ. Пробная пункция показала серозный характеръ жидкости, наступило выздоровленіе: какъ тупость по позвоночнику, такъ и паравертебральное пространство исчезли.

Но выздоровленіе не всегда оканчивается такъ гладко. Въ двухъ случаяхъ послѣ всасыванія плевритическаго экссудата, развилось одностороннее спаденіе грудной кѣтки. При выстукиваніи остистыхъ отростковъ 7, 8, 9 и 10 грудныхъ позвонковъ оказалось достаточно рѣзкое притупленіе, паравертебральной тупости однако не было. Въ 4-хъ другихъ случаяхъ, гдѣ, по анамнезу, назадъ тому 1—3 года былъ плевритическій экссудатъ, (въ одномъ случаѣ, больной указалъ, что ему былъ сдѣланъ проколъ и была выпущена жидкость), я наблюдалъ также притупленіе по позвоночнику на 7—10 грудныхъ позвонкахъ прояснявшееся на двухъ послѣднихъ.

Въ двухъ случаяхъ *pyo-pneumothorax'a* (оба лѣвосторонніе) наблюдалось какъ паравертебральное притупленіе, такъ точно и тупость на позвоночникѣ. Первое напоминало полуяйцевидную форму, обращенную своею узкою частью книзу и было ограничено снаружи очень рѣзко дугообразной линіей; наибольшее отстояніе ея отъ позвоночника было на высотѣ 6—7-го позвонка (см. фиг. 3).

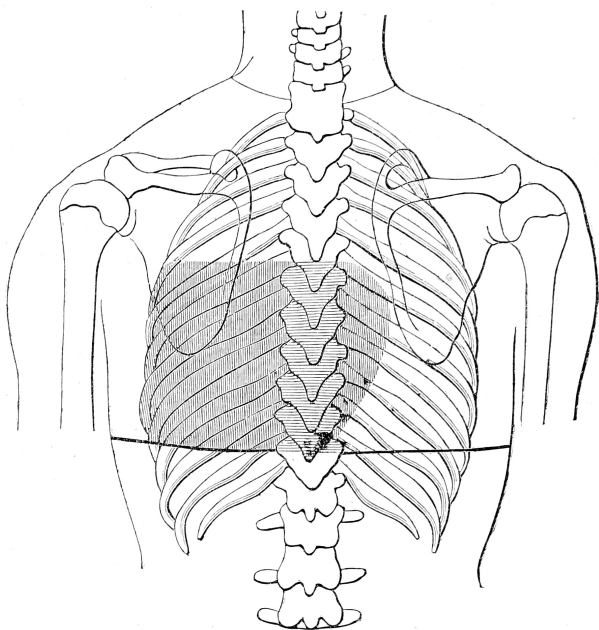
При крупозной пневмоніи нижняго отдѣла легкаго далеко не всегда существуетъ на противоположной сторонѣ позвоночника притупленіе (я наблюдалъ только въ 7 случ. изъ 25 пневмоній). Если оно есть, то форма его рѣзко отличается отъ того, что я привыкъ видѣть при плевритическихъ экссудатахъ, а именно, оно напоминаетъ неправильный четырехугольникъ; верхняя его граница лежитъ очень низко сравнительно съ верхней границею области притупленія, зависящей отъ пневмоническаго гнѣзда (фиг. 4).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно было доказать, что паравертебральное притупленіе зависѣло отъ спаденія нижнихъ отдѣловъ легкихъ, такъ какъ оно прояснялось при глубокихъ вдыханіяхъ, а также послѣ кашля. Вообще оно отличалось нестойкостью: сегодня оно было—а завтра нѣтъ. Важнѣйшее отличіе пневмоніи отъ плевритическихъ экссудатовъ получалось при выстукиваніи позвоночника (по остистымъ отросткамъ позвонковъ), а именно, тупого звука не получалось.

Въ трехъ случаяхъ пневмоній нижняго отдѣла легкаго мнѣ пришлось наблюдать притупленіе на позвоночникѣ. При дальнѣйшемъ теченіи страданія я убѣждался каждый разъ въ осложненіи воспаленія легкаго плевритическимъ экссудатомъ. Одинъ изъ такихъ случаевъ я видѣлъ въ Александровской Больницѣ (Фонинъ,

19 лѣтъ, 5 іюля 1904). Это была лѣвосторонняя пневмонія; вмѣстѣ съ притупленіемъ на позвоночникѣ образовалась правосторонняя паравертебральная тупость, сердце рѣзко смѣстилось вправо:

Фиг. 3.



Pyo-pneumothorax.

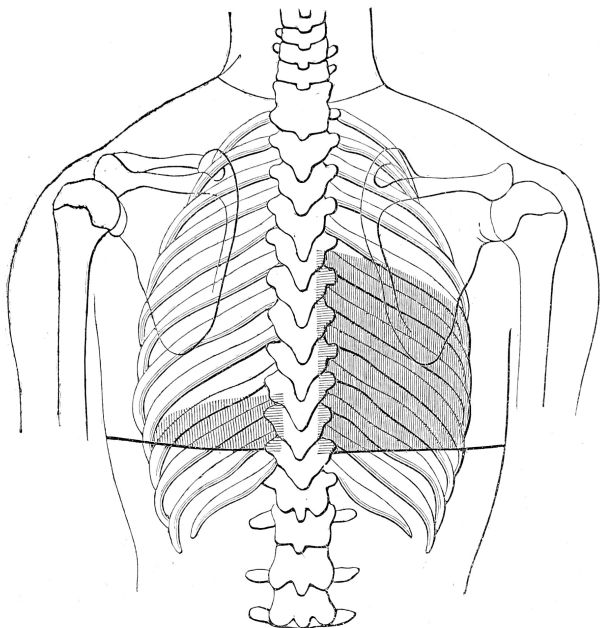
за грудиною справа можно было видѣть систолическое приподнятіе ограниченнаго пространства груди и ощущаемое положенною на грудь рукою.

Кромѣ осложненія воспаления легкихъ плевритическимъ экссудатомъ, мнѣ пришлось наблюдать въ четырехъ случаяхъ одностороннее спаденіе грудной клѣтки, развившееся, какъ рассказывали больные, послѣ перенесенной пневмоніи ($1\frac{1}{2}$ —4 года тому назадъ). Не смотря на притупленіе въ нижнемъ отдѣлѣ груди сзади одной стороны, при перкуссіи остистыхъ отростковъ позвонковъ получался ясный звукъ.

Не могу пройти молчаніемъ еще одного случая, гдѣ наблюдалось притупленіе на позвоночникѣ—при экссудативномъ перикардитѣ. Это больной Г-ль, 17-ти лѣтъ, у котораго накопленіе выпота въ сердечной сорочкѣ, достигшее значительной степени, развилось послѣ остраго сочленовнаго ревматизма. Притупленіе на позвоночникѣ начиналось съ 5-го грудного позвонка и распростра-

лось до 8-го; съ обѣихъ сторонъ позвоночника наблюдалось притупленіе въ видѣ полуовала, меньшей величины—справа и значительно большей—слѣва.

Фиг. 4.



Случай пневмоніи.

На основаніи приведенныхъ, а также другихъ наблюденій, я пришелъ къ убѣжденію, что при плевритическихъ экссудатахъ образуется паравертебральное притупленіе въ видѣ трехугольника или въ видѣ полуовала. Но обязательно вмѣстѣ съ этимъ притупленіемъ наблюдается тупость (при перкуссіи сверху внизъ) на остистыхъ отросткахъ позвонковъ, предшествующая образованію паравертебральнаго притупленія.

Тупость на позвоночникѣ я считаю чрезвычайно важнымъ и раннимъ признакомъ плевритическаго экссудата. При пневмоніи нижняго отдѣла легкаго, если даже имѣется паравертебральное притупленіе, тупости на позвоночникѣ нѣтъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ притупленіе на позвонкахъ остается и послѣ всасыванія плевритическихъ экссудатовъ. Можетъ быть, констатированіе его въ такихъ случаяхъ позволитъ различать спаденіе грудной клѣтки, развившееся послѣ плеврита, отъ сморщиванія легкихъ, возникшаго послѣ пневмоніи. Но я считаю себя еще не въ правѣ строго и опредѣленно высказывать это положеніе: въ этомъ отношеніи я считаю свои наблюденія еще недостаточными.

Но, несомнѣнно, притупленіе на позвоночникѣ должно встрѣчаться, кромѣ плеврита и рѹо-рнепто-thoгах'a, еще при нѣкоторыхъ другихъ заболѣваніяхъ, такъ напр. при экссудативномъ перикардитѣ.

Ближайшія причины образованія паравертебральнаго притупленія при плевритическихъ экссудатахъ состоятъ, какъ учитъ его фигура, въ перемѣщеніи сердца и въ передвиженіи задняго средостѣнія, но, несомнѣнно, къ этимъ причинамъ присоединяется спаденіе нижняго отдѣла легкаго. Это послѣднее обстоятельство служитъ главнѣйшею причиною образованія паравертебральной тупости при пневмоніяхъ нижняго отдѣла легкаго.
