

нѣйшихъ болѣй въ пищеводѣ и желудкѣ, рвоты и т. д., имѣлъ на слизистой оболочкѣ рта и зѣва сплошную, крайне зловонную язву. Въ слѣдующіе дни состояніе мало измѣнилось, а на 17-ый день пребыванія въ госпиталь больной послѣ мучительныхъ рвотныхъ движеній извергъ какую-то объемистую, черную, весьма зловонную массу, оказавшуюся слизистой оболочкой желудка (цѣликомъ) и пищевода. Наступило значительное облегченіе, но боль въ желудкѣ оставалась. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни замѣчалось нѣкоторое улучшеніе. Рвота прекратилась; глотаніе стало свободнымъ, самочувствіе улучшилось; явился хорошій сонъ. На 30 день больной выписался при явленіяхъ общей слабости. Но на 4-ый день опять вернулся въ угнетенное состояніе, жалуюсь на боли при глотаніи, жженіе подъ ложечкой и въ лѣвомъ подреберьи; съ очень слабымъ, ускореннымъ пульсомъ. Теченіе болѣзни постепенно ухудшилось. Особенно больного беспокоили рвота и сильная наклонность къ запорамъ при общемъ упадкѣ силъ. На 25-ый день болѣзни наступила смерть. Наиболѣе выдающимся припадкомъ авторъ считаетъ рвоту, происхожденіе которой въ первый періодъ болѣзни зависѣло отъ присутствія въ желудкѣ, омертвѣлой слизистой оболочки, а во второй періодъ—отъ суженія привратника. При аутопсіи: размѣры желудка и вмѣстимость его очень малы (типичное суженіе); мышечная стѣнка гораздо толще нормальной (т. наз. пластическій лимфъ Brinton'a); сывороточная тоже утолщенн, и на ней находилось много плотныхъ разрастаній. Внутренняя поверхность желудка лишена слизистой оболочки: она совершенно гладка, мясиста. Привратникъ, а также и весь желудокъ хрящавой плотности; выходъ въ 12 перстную кишку, образуя хрящавый пюгностическое кольцо, суженъ до полного почти его закрытія.

Л. Усковъ.

А. Ф. Энкертъ. *Относительная недостаточность трехстворчатой заслонки.* Врѣчь. 1901 г., №№ 41 и 42.

Указавъ на сущность угрожаемаго стрднія и на условія его происхожденія, авторъ нходитъ, что этотъ вопросъ разработанъ недостаточно. Впервые ясное опредѣленіе клиническихъ явленій относительной недостаточности трехстворчатой заслонки дали Friedreich и Rosenstein, Gerhardt, Brochier, Jaccoud и др. доказали, что, хотя относительная недостаточность трехстворчатой заслонки чаще всего развивается на почвѣ органическихъ страдній сердца и именно лѣвой его $\frac{1}{2}$, но встрѣчается также и при порокахъ заслонокъ аорты и другихъ разнообразныхъ заболѣванійхъ (страднія легкихъ, желудка, печени и почек). Въ виду этого авторъ посвятилъ этому вопросу обширную статью, разобравъ въ ней клиническіе признаки заболѣванія, патолого-анатомическія данныя, предсказаніе и лѣченіе на основаніи лигераурныхъ

динныхъ и богатаго матеріала Обуховской женской больницы за 10 лѣтъ.

Пульсовыея движенія венъ и звуковыя явленія въ нихъ. Mosso въ 1879 г. доказалъ существованіе біенія въ венахъ у здоровыхъ животныхъ и у людей. Riegel въ 1881—1882 г., пользуясь графическимъ способомъ, отмѣтилъ характерныя особенности нормальнаго и патологическаго веннаго пульса. Первый пульсъ зависитъ отъ того, что діастола предсердій способствуетъ оттоку венной крови въ правое предсердіе, результатомъ чего является спаденіе венъ, и, наоборотъ, систола предсердій создаетъ препятствіе для оттока венной крови, и вены вздуваются. По сравненію съ пульсомъ артерій онъ является систолически-отрицательнымъ. Положительный венный пульсъ, характерный для недостаточности трехстворчатой заслонки, совпадаетъ съ систолой сердца и занимаетъ ее повремени цѣликомъ; онъ является предсистолически—систолическимъ. Для наблюденія движеній шейныхъ венъ наиболѣе удобны наружная и внутренняя яремная вены правой стороны; больной долженъ лежать и избѣгать напряженія мышцъ. При этомъ можно отличить на шейныхъ венахъ слѣдующіе виды движеній:

1) Дыхательныя движенія венъ, заключающіяся въ спаденіи венъ при вдыханіи и въ расширеніи при выдыханіи.

2) Движенія, переданныя отъ сосѣднихъ артерій. Обычный пріемъ для различія этого рода движеній, состоящій въ сжатіи артерій, по Riegel'ю неудовлетворителенъ, такъ какъ нерѣдко весьма трудно бываетъ сжать артерію, а нерѣдко вмѣстѣ съ нею сжимается и вена или она смѣщается при этомъ такъ, что о состояніи ея судить трудно. Наиболѣе вѣрное отличіе веннаго біенія отъ артеріальнаго Riegel видитъ въ томъ, что расширеніе артеріальнаго ствола происходитъ быстро, а спаденіе медленно. При венномъ же пульсѣ наблюдается обратное: постепенное расширеніе и быстрое спаденіе; въ теченіе перваго часто простымъ глазомъ можно подмѣтить два перерыва. Для констатированія этихъ явленій Riegel совѣтуетъ класть палецъ на близлежащую къ венѣ артерію, движенія же вены наблюдать простымъ глазомъ. Слѣдующій отличительный признакъ состоитъ въ сдавленіи вены по срединѣ ея, причемъ верхняя ея часть, переполняясь кровью, будетъ болѣе рѣзко обнаруживать движенія, передаваемые близлежащей сонной артеріей (Eichhorst). А Gerhardt и Jürgensen добавляюгъ, что при этомъ движеніи не бьется одна только вена сама по себѣ, но всѣ близлежащія части поднимаются и опускаются вмѣстѣ съ нею, а потому движенія, переданныя артеріей, легко отличимы.

3) Движенія, обусловленныя нормальнымъ веннымъ пульсомъ.

4) Движенія, обусловленныя патологическимъ веннымъ пульсомъ.

Какъ выше замѣчено, эти два вида пульса различаются другъ отъ друга по физическому происхожденію и по существу. При этомъ величина и сила пульса значенія не имѣютъ. Отличіе же основывается на различномъ по времени отношеніи пульса къ систолѣ сердца. Нормальный венный пульсъ (ундуляція) по времени является діастолически—предсистолическимъ; патологическій же пульсъ—предсистолически—

ски—систолическимъ. Но воспринятіе этого различія простымъ наблюдениемъ встрѣчаетъ у постели больного большія затрудненія. Прежде всего сравненіе пульса съ толчкомъ сердца по Riegel'ю часто не достигается цѣли, такъ какъ венный пульсъ самъ по себѣ уже обнаруживаетъ нѣкоторое запаздываніе относительно сердечнаго толчка и кромѣ того разница весьма незначительна. Поэтому Riegel совѣтуетъ брать для сравненія біеніе сонной артеріи; для чего палецъ накладываютъ на одну изъ нихъ и наблюдаютъ біеніе противоположной вены. Помимо разницы во времени положительный венный пульсъ усиливается при усиленіи дѣятельности сердца, между тѣмъ какъ тотъ венный пульсъ, который появляется при сильномъ застоѣ крови въ венахъ, наоборотъ, усиливается съ увеличеніемъ расстройства кровообращенія. По Gerhardt'у, отличить эти 2 рода пульса въ большинствѣ случаевъ легко при помощи сравненія съ пульсомъ сонной артеріи или толчкомъ сердца, при чемъ на вену кладутся пальцы или—лучше—прикрѣпляются воскомъ бумажки. Въ трудныхъ случаяхъ, особенно при частыхъ сокращеніяхъ сердца, оба автора считаютъ возможнымъ рѣшить вопросъ только графически. Jürgensen полагаетъ, что различить эти два вида пульса наблюдениемъ затруднительно, такъ какъ мѣшаютъ колебанія количества крови въ венѣ въ зависимости отъ дыхательныхъ движеній. Слѣдующій способъ отличія состоитъ въ прижатіи вены въ серединѣ ея протяженія; при этомъ присутствіе біенія въ центральномъ отрѣзкѣ вены указываетъ на патологическій венный пульсъ, а исчезаніе біенія служитъ признакомъ нормальнаго пульса. Но и это явленіе непостоянно, такъ какъ для исчезанія біенія нормальнаго веннаго пульса необходимо умѣренное наполненіе венныхъ стволовъ и незначительное сокращеніе праваго предсердія; въ противномъ же случаѣ, особенно при присоединеніи недостаточнаго замыканія заслонокъ венъ, пульсъ можетъ продолжаться въ венѣ и при ея сдавленіи. Далѣе существованіе полной замыкаемости заслонокъ въ луковичѣ внутренней яремной вены препятствуетъ распространенію пульса выше луковичы; въ этихъ случаяхъ сравненіе пульса съ сердечнымъ толчкомъ также невозможно и безъ графическаго способа вопросъ рѣшить трудно. Наконецъ Sahli считаетъ достаточнымъ доказательствомъ присутствія физиологическаго веннаго пульса уже ослабленіе біеній ниже мѣста прижатія, ибо онъ думаетъ, что этимъ способомъ не прекращается притокъ крови въ вены, лежащія ниже, и такимъ образомъ центральный отрѣзокъ не можетъ быть вполне освобожденъ отъ крови.

Звуковыя явленія, отмѣченныя въ яремной венѣ Jürgensen'омъ, на бедренной (такъ назыв. смѣшанный бедренный двойной тонъ) Friedreich'омъ и Pribram'омъ и на подмышковой венѣ Kogacs'омъ, имѣютъ пока лишь теоретическое значеніе и мало пригодны для распознаванія.

Изъ новѣйшихъ авторовъ Knoll и Kelly также касаются условій происхожденія веннаго пульса и ихъ отличительнаго распознаванія. При этомъ Kelly указываетъ, что настоящій венный пульсъ можно, при нѣкоторомъ вниманіи, наблюдать и въ глубоко лежащихъ венахъ, а въ видѣ исключенія и въ венахъ лицевой, щитовидной, головы, предплечья, туловища и сѣтчатой оболочки.

Gerhardt указалъ на новый видъ веннаго пульса, который долженъ быть принятъ во вниманіе при распознаваніи. Этотъ авторъ описалъ діастолическое спаденіе венъ. Движенія вены при этомъ явленіи состоятъ въ томъ, что спаденіе ея происходитъ непосредственно послѣ 2-го тона сердца и держится короткое время; затѣмъ вена сейчасъ же снова вздувается до прежняго объема, который и сохраняетъ за все время діастолы и слѣдующей систолы. Въ отличіе отъ нормальнаго веннаго пульса оно распространяется на отдаленныя вены, а именно, на поверхностно лежащія вѣтви внутренней вены грудной железы (въ 2-мъ и 3-мъ межреберьяхъ), иногда на кожныя вены плеча, вѣтви v. cephalicae. По мнѣнію Gerhardt'a діастолическое спаденіе обуславливается не только спичивымъ перикардитомъ, какъ это впервые указалъ Friedreich, обуславливаясь при этомъ присасывающимъ дѣйствіемъ грудной клѣтки, и недостаточностью трехстворчатой заслонки, но и упадкомъ дѣятельности сердца (присасывающее дѣйствіе діастолически расширеннаго желудочка).

Изслѣдованія Kogács'a касаются вліянія дыхательныхъ движеній на патологическій венный пульсъ. На основаніи приведенной литературы авторъ заключаетъ, что безусловно вѣрнымъ признакомъ настоящаго веннаго пульса, опредѣляющимъ недостаточность трехстворчатой заслонки, является совпаденіе его по времени съ систолой желудочка, что точнѣе всего можно доказать графическимъ способомъ.

Біеніе печени. Friedreich первый объяснилъ это біеніе ритмическими колебаніями размѣровъ самой печени, которыя зависятъ отъ пульсовыхъ волнъ въ печеночныхъ венахъ. Разъ существуетъ біеніе печени, оно всегда совпадаетъ съ предсистою и систолой (Riegel) и всегда доказываетъ существованіе недостаточности трехстворчатой заслонки. Признакъ этотъ отсутствуетъ при слабой дѣятельности сердца. Біеніе появляется раньше пульса яремныхъ венъ (Friedreich, Mahot). Отличить это біеніе печени отъ переданныхъ біеній аортой и сердцемъ легко. Констатированіе біенія затрудняется брюшной волянкой, значительной толщиной брюшныхъ стѣнокъ и сокращеніемъ брюшныхъ мышцъ. Для ошушенія біенія лучше всего подвести 2-й и 3-й пальцы изслѣдующей руки подъ край печени на нижнюю ея поверхность, а большимъ—касаться верхней; тогда, держа, такъ сказать, край печени въ пальцахъ, уже не трудно уловить ритмическія увеличенія и уменьшенія ея объема. Другой употребительный способъ—прикладываніе стетоскопа подъ прямымъ угломъ къ поверхности печени, при чемъ верхній конецъ его обнаруживаетъ мелкія, толчкообразныя, дрожательныя движенія—тоже весьма цѣлесообразныя.

Другіе признаки относительной недостаточности трехстворчатой заслонки. Изъ другихъ признаковъ этого страданія заслуживаютъ вниманія: увеличеніе объема праваго желудочка, иногда fremissement cataïge на нижней части грудины и систолическій шумъ. Но послѣдній признакъ, судя по даннымъ литературы, встрѣчается непостоянно. 2-ой тонъ на легочной артеріи въ стадіи уравниванія можетъ имѣть нормальную силу, а при разстройствѣ его можетъ

быть ослабленъ (Sahli). Остальные клиническія явленія: частота сердечныхъ сокращеній, свойства артеріальнаго пульса, явленія водянки и др.—не всегда одинаковы.

Патолого-анатомическія данныя. Заслонка измѣненій не представляетъ и существуетъ лишь значительное расширение полостей сердца, особенно праваго предсердія и желудка; расширены также поля вены и ихъ развѣтвленія, при чемъ нижняя особенно расширена въ части отъ сердца до печеночныхъ венъ. Точнаго способа убѣдиться на трупѣ въ томъ, что дѣйствительно заслонка была недостаточна при жизни, не имѣется. Средніе размѣры окружности отверстій сердца у различныхъ авторовъ различны. Кромѣ того въ развитіи недостаточности могутъ принимать участіе мышца сердца и сложная работа сосочковыхъ мышцъ. Печень представляетъ явленія мускатной.

Значеніе для предсказанія. Значеніе недостаточности трехстворчатой заслонки при порокахъ двустворки и аортальныхъ клапановъ различно. При первыхъ она играетъ благоприятную роль, такъ какъ уменьшаетъ переполненіе малаго круга и одышку (Friedreich, Brochier, M. Potain, Боткинъ); при вторыхъ же она указываетъ на угрожающее ослабленіе силы сердца (Friedreich, Korács, Fischl, Pribram). Senator и Эккертъ считаетъ присоединеніе недостаточности трехстворчатой заслонки къ обоимъ порокамъ одинаково неблагоприятнымъ.

Затѣмъ авторъ на основаніи своихъ наблюденій и матеріала Обуховской Женской Больницы дополняетъ вышеприведенныя литературныя данныя. Такъ, онъ отмѣчаетъ, что больные съ недостаточностью трехстворчатой заслонки обычно имѣютъ сильно развитыя водячныя явленія и въ теченіе короткаго времени по нѣсколько разъ ложатся въ больницу. Между 2188 сердечныхъ больныхъ, лѣчившихся за 10 лѣтъ въ больницѣ (съ 1891 по 1900), относительная недостаточность встрѣтилась, какъ осложненіе, у 3,6% ихъ. Изъ 84 случаевъ этой болѣзненной формы 81 относятся къ сердечнымъ больнымъ, 2 къ эмфиземѣ легкихъ и 1 къ Basedow'ой болѣзни. Сраданіе наичаще осложняется суженіемъ лѣваго веннаго отверстія съ недостаточностью двустворчатой заслонки; затѣмъ въ нисходящемъ порядкѣ идутъ: недостаточность заслонокъ аорты, суженіе лѣваго веннаго отверстія, недостаточность двустворчатой заслонки, затажной миокардитъ и уплотненіе аорты.

Изъ 84 больныхъ выписалось 34 (40, 4%), умерли 50 (59, 5%). Во всѣхъ случаяхъ было наблюдаемо рѣзкое біеніе печени и шейныхъ сосудовъ. Систолическій же шумъ на груди нѣ отмѣченъ всего лишь 29 разъ. Усиленіе 2-го тона легочной артеріи встрѣчалось часто. Очень нерѣдко бывали инфаркты въ легкихъ. Брюшная водянка и скопленіе жидкости въ полости плевры—явленія постоянныя. Пульсъ вообще часть—100 и болѣе; наперстянка можетъ уменьшать его до нормальныхъ цифръ. Увеличеніе количества мочи при леченіи наступаетъ поздно и бываетъ непродолжительно. Моча содержитъ бѣлокъ отъ $\frac{1}{2}$ до $1\frac{0}{00}$; цилиндры рѣдки.

Патолого-анатомическія данныя, найденныя у 44 вскрытыхъ умершихъ, различны.

Относительно леченія авторъ, присоединяясь къ д-ру Кернигу, настаиваетъ на безусловной необходимости полнаго покоя и строгаго ограниченія количества вводимой жидкости до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ всѣ слѣды водянки и не упрядочится, сколь возможно, дѣятельность сердца—приблизительно 2—3 недѣли. Больные должны лежать въ постели и въ первые 4—7 дней пить только молоко: сначала 1 литръ, а затѣмъ увеличить до 1¹/₂—2 литровъ; другая пища и питье воспрещается. Исключительно молочная діета продолжается 10 дней—2 недѣли. Самымъ лучшимъ лекарственнымъ средствомъ является наперстянка: сначала даютъ (въ настоѣ 0. 5 на 100) по столовой ложкѣ черезъ 2 часа до замедленія пульса (80—70 уд.), а потомъ лѣкарство дается рѣже, но за то иногда въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ съ перерывами. Въмѣсто настоя авторъ совѣтуетъ назначать наперстянку въ пилюляхъ по формулѣ д-ра Кернига (травы наперстянки въ порошокъ и солянокислаго хинина по 1. 0, вытяжки валеріаны, сколько нужно, чтобы вышло 20 пилюль); принимать по 1 пилюль, 3 раза въ день. Наперстянка дѣйствуетъ медленно. Изъ другихъ средствъ немаловажную услугу оказываютъ горицвѣтъ и діуретинъ. Дѣйствіе кеффеина и строфанта стоитъ ниже.

Достигаемое вышеупомянутыми мѣрами улучшеніе крайне непрочно, что и является весьма важнымъ отличіемъ сердечнаго больного съ относительной недостаточностью трехстворчатой заслонки отъ обыкновеннаго больного безъ этого осложненія.

Въ заключеніе авторъ видитъ въ относительной недостаточности трехстворчатой заслонки до нѣкоторой степени самостоятельное страданіе, опредѣляющее не только предсказаніе, но и лѣченіе, а потому онъ высказываетъ пожеланіе, чтобы на это осложненіе обращалось больше вниманія.

Л. Усковъ.
