

Къ вопросу о механическомъ лѣченіи подкожной водянки надрѣзами кожи.

Проф. А. Н. Каземъ-Бена.

Каждому практическому врачу хорошо извѣстно насколько тяжело имѣть больного хроника, особенно же такого у котораго имѣется цѣлый рядъ нарушеній со стороны кровообращенія, дыханія и выдѣлительныхъ органовъ.

Такія нарушенія ведутъ въ большинствѣ случаевъ къ болѣе или менѣе значительному скопленію жидкости въ подкожной клетчаткѣ и въ полостяхъ; затѣмъ появляется цѣлый рядъ мучительныхъ припадковъ: одышка, сердцебіеніе невозможность принять удобнаго положенія, а подъ часъ и полная безпомощность больного. Все это заставляетъ и врача съ особенною энергіей взяться за изысканіе мѣръ и примѣнить ихъ, если не съ цѣлью полного возстановленія здоровья больного, то по крайней мѣрѣ облегченія его страданій.

Къ числу мѣръ съ только что указанною цѣлью и нужно отнести и предлагаемый въ послѣднее время старый способъ лѣченія подкожныхъ водянокъ надрѣзами кожи. Несмотря на то, что этотъ способъ ведетъ свое начало отъ Гиппократъ и несмотря на ту пользу которую видѣлъ самъ Гиппократъ и многіе другіе авторитеты того времени, однако этотъ способъ вскорѣ былъ оставленъ. Оставленъ онъ былъ благодаря многимъ неудачнымъ случаямъ, гдѣ больные погибали отъ различныхъ осложненій, присоединявшихся къ сдѣланному разрѣзу кожи (гангрена, рожа, общее зараженіе и т. п.).

Такія осложненія надо полагать обусловливались главнымъ образомъ не знаніемъ врачами того времени правилъ асептики и антисептики. Неудачные же исходы оперированныхъ больныхъ, конечно, не могли не отразиться и на самихъ врачахъ, что и повело

въ концѣ концовъ къ полному почти забвенію этого метода, именно до второй половины XIX столѣтія, когда народилось ученіе объ антисептикѣ раневыхъ поверхностей.

Введеніе новаго метода лѣченія въ хирургическую практику и указало врачамъ на истинную причину частыхъ неудачъ такого метода и заставило ихъ, во 1-хъ, съ большимъ довѣріемъ отнестись къ нему, а во 2-хъ, заняться разработкой и самого метода. Благодаря установившемуся новому взгляду на лѣченіе ранъ и самое усовершенствованіе метода лѣченія подкожной водянки состояло собственно главнымъ образомъ въ томъ, чтобы обезопасить прежде всего раневую поверхность кожи отъ загрязненія извнѣ и поставить стокъ жидкости изъ разрѣзовъ въ такія условія, чтобы послѣдняя не вызывала раздраженія кожи и смачиваніемъ бѣлья меньше давала бы поводовъ къ развитію нечистоты вблизи раневой поверхности.

Съ указанною цѣлью и были предложены простыя иглы отъ Правацевскаго шприца и золотыя для устраненія окисленія; капиллярный троакаръ Southey'а, плоскій металлическій троакаръ Curschmann'a ¹⁾, съ нѣсколькими отверстиями на наружной трубкѣ, дренажная резиновая трубка Furbringer'a ²⁾, вводящаяся подъ кожу чрезъ обыкновенны троакаръ, подсочка Спосокукоцкаго ³⁾, вводящаяся непосредственно чрезъ разрѣзъ въ кожѣ.

Наконецъ были предложены и такіе аппараты, которые, удовлетворяя указаннымъ цѣлямъ,—стоку жидкости изъ кожи и отведенію ея въ сторону,—въ тоже время не вызывали бы раздраженія кожи и не причиняли болей, что обыкновенно замѣчается при введеніи подъ кожу напр. троакаровъ.

Въ 1882 г., изъ клиники проф. Liebermeister'a, Straub'омъ ⁴⁾ и былъ предложенъ свой способъ лѣченія подкожныхъ водянокъ, который удовлетворялъ указаннымъ только что цѣлямъ.

Способъ его состоялъ въ томъ, что онъ на разрѣзъ, проведенный чрезъ всю толщю кожи, укрѣплялъ широкій конецъ стеклянной воронки, на узкій же конецъ надѣвалъ резиновую трубку и соединялъ ея съ приѣмникомъ.

Со временемъ этотъ способъ имѣлъ подражателей въ лицѣ профф. Leichtenstern'a и Curschmann'a, при чемъ каждый изъ

¹⁾ Curschmann. Behandlung der Hautwassersucht. Therapeutische Monatshefte 1894. III.

²⁾ Furbringer. Subcutane Schlauchdrainage. Deutsch. med. Wochenschrift 1899. I.

³⁾ Подсочка при водянкахъ сердечнаго происхожденія. Врачъ № 38. 1899.

⁴⁾ Centralblatt f. klinische Medicin № 25. 1882.

нихъ постарался видоизмѣнить его. Напр. Leichtenstern ¹⁾ стеклянную воронку замѣнилъ алюминіевымъ цилиндромъ, на одно изъ отверстій котораго надѣвался алюминіевой колпачекъ съ заостреннымъ концомъ, предназначеннымъ для соединенія съ отводящей резиновой трубкой, на другой же конецъ припаявалась пластинка, которая удерживалась на конечности въ области разрыва кускомъ липкаго пластыря.

Curschmann ²⁾ же стеклянную воронку замѣнилъ стекляннымъ цилиндромъ, на верхній конецъ котораго надѣвался колпачекъ изъ твердаго каучука; послѣднему онъ придалъ форму кровососной банки съ вытянутымъ концомъ, который и соединялся съ отводящей жидкость резиновой трубкой.

Очень близкимъ по видоизмѣненію съ только что указаннымъ аппаратомъ Curschmann'a, а особенно съ позднѣйшимъ, 1892 года, Leichtenstern'a ³⁾ и названнымъ имъ „Gummibandage“, стоитъ предложенный въ 1900 году проф. Дегіо ⁴⁾ новый аппаратъ и названный имъ Trichterbinde.

Устройство аппарата слѣдующее.

Въ резиновый бинтъ шириной 10 сент. и длиной 120 впаявается, на разстояніи 20 с. отъ одного изъ концовъ бинта, резиновая же воронка, 8 сент. шириной, переходящая на своемъ противоположномъ концѣ въ тонкую трубку, которая и служитъ для отвода жидкости, собирающейся въ воронкѣ; съ боку воронки имѣется впаянной еще другая трубка, предназначенная для промыванія воронки и отводящей трубки въ случаѣ ея закупориванія. Остальная часть бинта, почти до самой воронки, раздѣлена на двѣ равныя части и служитъ для укрѣпленія части бинта съ воронкой на конечности непосредственно надъ надрѣзами кожи. Примѣненіемъ этого бинта устраняется загрязненіе раны отъ окружающаго воздуха и отъ смачиванія бѣлья.

Проф. Дегіо самъ указываетъ на сходство его принципа лѣченія кожной водянки съ принципомъ Curschmann'a, но онъ думаетъ только, что замѣна стекляннаго колпачка въ его аппаратѣ резиновой воронкой гораздо удобнѣе.

¹⁾ Schurz. Mechanische Behandlung der Hautwassersucht. Therapeut. Monatsheft. 1895. I.

²⁾ I. с.

³⁾ Schurz. Therapeutische Monatshefte 1895. I. стр. 4.

⁴⁾ St. Petersburg. medic. Wochenschrift. № 51. 1900 Jahr.

На конгрессѣ по внутреннимъ болѣзнямъ 9 Юля 1902 г. въ Берлинѣ Dr. Citron ¹⁾ сдѣлалъ сообщеніе о новомъ приборѣ для механическаго лѣченія подкожныхъ водянокт.

Приборъ dr. Citron'a есть собственно видоизмѣненіе аппарата Miura, предлагавшаго на крестообразный разрѣзъ кожи ставить стеклянный рожокъ, на тонкій конецъ котораго надѣвалась отводящая жидкость трубка. Citron же видоизмѣнилъ этотъ аппаратъ такимъ образомъ, что отводящую жидкость трубку онъ помѣстилъ у основанія рожка, а затѣмъ соединялъ ея съ аспираціоннымъ аппаратомъ. Сдѣлавъ 30 инцизій и 70 аспирацій Citron остался очень доволенъ полученными результатами. При этомъ способъ отеки быстро исчезали и общее состояніе улучшалось.

Изъ этого далеко еще не полного очерка ²⁾ можно уже видѣть насколько несовершененъ способъ механическаго лѣченія подкожныхъ водянокт.—Предлагается масса всевозможныхъ способовъ, простыхъ и сложныхъ, но нѣтъ такого, которымъ могъ бы пользоваться всякій въ случаѣ нужды, безъ опасенія счесть неудачный исходъ такого вмѣшательства въ выборѣ именно этого способа, а не другого, обезпечившаго можетъ быть его отъ осложненій. Да трудно, мнѣ кажется ожидать и въ будущемъ появленія такого способа, трудно потому, что тѣ осложненія которыя наблюдаются при такомъ лѣченіи, по моему мнѣнію, зависятъ не столько отъ самого способа, сколько отъ другихъ причинъ, кроющихся въ самомъ больномъ. Большое вліяніе на состояніе ранъ при дальнѣйшемъ ихъ заживленіи, за исключеніемъ инфекции, оказываетъ несомнѣнное вліяніе состояніе кожи до операціи, затѣмъ причины вызвашія водянку, возрастъ больного и т. п.

При лѣченіи своихъ больныхъ я пользовался большею частью глубокими надрѣзами кожи во всю ея толщю по Furbringer'у ³⁾ и Gerhardt'у ⁴⁾; надрѣзы дѣлались съ наружной и внутренней сто-

¹⁾ Centralblatt f. inneure Medici № 27. 1902.

²⁾ Желаящихъ ознакомиться съ полнымъ историческимъ очеркомъ механическаго лѣченія подкожной водянки отъ Гиппократъ до 1900 г. отсылаю къ статьѣ Dr. Gumprecht'a. Centralblatt f. d. Grenzgebite der Medicin und Chirurgie № № 1, 2 и 3 1899 г

³⁾ Deutsch. Medicinisch. Wochenschrift. 1890. XII.

⁴⁾ C. Gerhardt. Ueber Einstiche in das Unterhautbindgewebe. Deutsch. medic. Wochenschrift № 7. 1892.

ронъ голени, надъ мышцелками, отступя нѣсколько впереди. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ на каждой ногѣ дѣлалось по два надрѣза, въ нѣкоторыхъ же только по одному съ наружной стороны голени,— все зависѣло отъ того какъ великъ былъ отекъ и насколько тяжело было состояніе больного.

Указанное мѣсто для надрѣзовъ кожи я выбралъ потому, что при такомъ надрѣзѣ жидкость, стекая сзади мышцелокъ по пяткѣ, на меньшемъ пространствѣ смачиваетъ кожу.— Съ цѣлью же предупрежденія раздраженія кожи вытекающею жидкостью, я всю вижную треть голени и стопу смазывалъ борной или цинковой мазью. Этимъ же достигалось еще уменьшеніе раздраженія кожи, наблюдавшееся въ большинствѣ нашихъ случаевъ, отъ чрезмѣрнаго ея растяженія.

Разрѣзы дѣлались не болѣе одного сантиметра въ длину.

Передъ операцией конечности обмывались мыломъ, больнымъ же достаточно еще крѣпкимъ дѣлалась ванна, затѣмъ конечность обмывалась сулемой и спиртомъ.

Послѣ разрѣза ранка оставалась очень короткое время только прикрытой іодоформнымъ газомъ съ тѣмъ, чтобы дать возможность стечь кровянистой жидкости и такимъ образомъ предупредить свертываніе крови въ ранкѣ. Послѣ того какъ начинала вытекать уже неокрашенная жидкость, ранка снова обтиралась спиртомъ и закрывалась антисептической или же асептической повязкой; въ 1-омъ случаѣ большею частью примѣнялась іодоформная марля.

Положеніе послѣ операциі больные занимали обыкновенно сидячее въ креслѣ съ опущенными конечностями, при чемъ ступни ногъ помѣщались надъ тазомъ на положенныхъ поперекъ его двухъ дубкахъ, обмотанныхъ стерильной ватой и марліей.

Такимъ приспособленіемъ устранялось вымачиваніе ступней въ обильно стекавшей въ тазъ жидкости.

Такое положеніе больные занимали не болѣе 10—12 часовъ. Благодаря обильному стеченію жидкости за этотъ періодъ, въ большинствѣ нашихъ случаевъ, больные получали настолько быстро улучшеніе въ общемъ состояніи, что они послѣдующее время проводили уже лежа въ постелѣ.

При лѣченіи своихъ больныхъ я примѣнялъ кромѣ того плоскій металлическій троакаръ Curschmann'a и бинтъ проф. Дегио.

Пользованіе троакаромъ Curschmann'a представляетъ большія удобства, но, къ сожалѣнію, мои больные не могли переносить его, такъ какъ съ введеніемъ подъ кожу троакара они ощущали очень сильныя боли, почему на отрѣзъ и отказывались отъ повторныхъ введеній.

Наконецъ такой троакаръ легко закупоривается и получается такимъ образомъ задержка въ оттокѣ жидкости, что и наблюдалось мной въ одномъ случаѣ и другими авторами на большемъ числѣ случаевъ (Шварцъ ¹⁾ Бройде ²⁾ и др.)

Бройде, примѣняя металлическій троакаръ въ 6 случаяхъ подкожной водянки, пришелъ къ такому заключенію: „успѣхъ былъ не всегда хорошій, иногда даже случалось, что жидкость совсѣмъ не вытекала“. (стр. 20). Такое же явленіе наблюдалъ д-ръ Бройде и при дренированіи подкожной кѣлѣчатки по способу Prof. Furbinger'a. Вотъ въ какихъ выраженіяхъ онъ даетъ характеристику этому способу: „но и тутъ мы не могли остаться довольны всегда результатами; скажу еще болѣе, наши попытки болѣею частью оставались, къ нашему удивленію, совершенно безуспѣшными“. Что же касается бинта проф. Дегіо, то, пробуя примѣнять его въ 2-хъ случаяхъ, я, къ сожаленію, не могъ получить такихъ блестящихъ результатовъ, какіе описываются имъ и ассистентомъ его д-ръ Бройде. Бинтъ наложенный на разрѣзы, сдѣланные согласно указаніямъ ихъ на передней поверхности голени, приходилось по прошествіи нѣкотораго времени, 6—8 часовъ, снимать и замѣнять асептической повязкой.—Я былъ вынужденъ это сдѣлать въ силу того, что у больныхъ развивался значительный венозный застой въ конечностяхъ, что въ свою очередь вело къ увеличенію отека и появленію въ нихъ очень сильныхъ болей; жидкость же выдѣлялась черезъ воронку въ очень незначительномъ количествѣ.

Только что указанное явленіе обуславливалось въ одномъ случаѣ закупориваніемъ отводящей жидкости трубки и самой ранки, въ другомъ же случаѣ вѣроятно отъ туго наложеннаго бинта; по ослабленіи бинта въ этихъ случаяхъ правда нѣсколько уменьшалась болѣзненность въ конечности, но въ тоже время жидкость вытекала помимо воронки, изъ подъ бинта. Такъ что цѣль этого способа—отводить жидкость въ сторону и устранять смачиваніе бѣлья—у меня и не достигалось.

Во всякомъ случаѣ, не умаляя нисколько значенія этого метода при такомъ ограниченномъ примѣненіи его, я хочу только сказать, что пользованіе имъ далеко не такъ просто и требуетъ извѣстнаго навыка, а главное постояннаго наблюденія за положеніемъ его на конечности. Необходимо то ослаблять бинтъ, то немного подтягивать, въ противномъ случаѣ или жидкость не будетъ вытекать въ достаточномъ количествѣ черезъ воронку или же она будетъ просачиваться изъ подъ бинта.

¹⁾ Клиническій Журналъ № 6. 1900 г.

²⁾ Русскій Архивъ т. XII. в. I.

Во всякомъ случаѣ простой разрѣзь кожи съ наложеніемъ повязки тамъ, гдѣ требуется быстрое освобожденіе больного отъ отека и гдѣ нельзя поставить его подъ постоянное наблюденіе—заслуживаетъ по моему мнѣнію предпочтенія всѣмъ другимъ способамъ и въ частности способу проф. Деріо.

Къ такому же заключенію пришелъ и Schurz ¹⁾ послѣ того какъ въ клиникѣ проф. Leichtenstern'a были перепробованы троакаръ Southey'a, Trichterdrainage Leichtenstern'a. Пришлось въ концѣ концовъ перейти къ старому способу, простому разрѣзу кожи съ наложеніемъ повязки.

Всѣхъ больныхъ подъ моимъ наблюденіемъ было 14, изъ которыхъ 6 находились въ Александровской городской больницѣ, остальные же изъ частной практики.

Въ возрастѣ отъ 12—24 лѣтъ было четверо, отъ 42 до 57 пятеро, отъ 62 до 67—четверо и 75 лѣтъ одинъ.

Случай 1-й. Л—нъ, 13 лѣтъ въ 1888 году заболѣлъ инфлюэнціей, это было въ 1-й разъ когда я видѣлъ больного. У больного врожденный порокъ сердца, незакрытіе Баталова протока.

Инфлюэнція съ нѣкоторыми послабленіями тянулася мѣсяць, а затѣмъ появилось осложненіе со стороны сердца—эндокардитъ, послѣдствіемъ чего явилось суженіе и недостаточность лѣваго венознаго отверстія.

Мѣсяць спустя у больного развивается плевро-пневмонія правой стороны и перикардитъ; спустя двѣ недѣли отъ начала новаго осложненія физическое изслѣдованіе больного дало слѣдующую картину; поперечный размѣръ сердца,—вправо граница на одинъ сантиметръ переходитъ сосковую линію, влѣво до передней подмышечной линіи, вверху до 2-го ребра; площадь тупого звука имѣетъ 3-хъ угольную форму; при выслушиваніи у верхушки сердца замѣчается пресистолическій шумъ и менѣе интенсивный систолическій; въ art. pulmonalis и въ аортѣ систолическій шумъ, выслушиваемый на мѣстѣ легочной артеріи наиболѣе интенсивно; пульсъ частъ, 120 въ 1', нѣсколько аритмиченъ. Къ 12 дню заболѣванія, пневмоническій фокусъ въ центрѣ верхней доли легкаго разрѣшается, но остается при этомъ рѣзко выраженный экссудативный плевритъ; сзади граница тупого звука на срединѣ внутренняго края лопатки. Шейныя вены, туловища и верхнихъ конечностей сильно переполнены кровью; венный пульсъ замѣтенъ и на венахъ грудной клѣтки.

Спустя 1½ мѣсяца, не смотря на крайне тяжелое состояніе больного, плевритическая жидкость и перикардіальная всасываются; отеки нижнихъ конечностей

¹⁾ I. c.

стей, распространявшіеся вверхъ до таза, подъ вліяніемъ дигиталиса, въ перемежку съ *Tram Strphanti* постепенно исчезаютъ, но исчезаютъ при этомъ не надолго, приходится вновь назначать указанныя сердечныя средства.

Такъ продолжалось до Апрѣля мѣсяца 1899 года. Съ этого же времени замѣчается полное недѣйствіе сердечныхъ средствъ (дигиталиса, настойки строфанта, тайнаго конопельника, кофеина, діуретина и др.).

Послѣ этого больному назначается строгая молочная діета, но и это оказалось бесполезнымъ. Отеки конечностей и брюшная водянка прогрессивно увеличивались; терялась всякая надежда на благоприятный исходъ болѣзни.

Въ виду тяжелаго состоянія больного я сдѣлалъ ему поверхностныя насѣчки кожи нижнихъ конечностей, на тылѣ стопы и голени, числомъ до 10 на каждой ногѣ.

До этого у больного мѣстами замѣтно было уже, растрескиваніе эпидермиса и просачиваніе жидкости. Жидкость, благодаря насѣчкамъ въ первое время начала быстро стекать, соотвѣтственно этому замѣчалось и уменьшеніе отековъ; въ первые дни замѣтно исчезъ отекъ на голеняхъ, а въ слѣдующіе дни можно было констатировать уменьшеніе и брюшной водянки съ исчезновеніемъ которой быстро начала проходить отечность и конечностей.

На 6-ой день послѣ сдѣланныхъ надрѣзовъ отеки исчезли совершенно.

Параллельно съ уменьшеніемъ отековъ замѣчалось улучшеніе и со стороны сердца; влѣво-границы были между сосковой и подмышечной линіями, вправо между грудинной и предгрудинной линіями. Пульсъ 90—100 въ 1'. Наполненіе венъ меньше; венный пульсъ на шеѣ по прежнему, но слабѣе выраженъ.

Состояніе здоровья больного послѣ этого замѣтно улучшилось и отеки не появлялись до вставанія его съ постели. Послѣ того какъ больной достаточно окрѣпъ, черезъ мѣсяць, онъ въ состояніи былъ вставать съ постели, по-немногу ходить и даже дѣлать не большія прогулки внѣ дома.

Отеки нижнихъ конечностей за все время, до Января мѣсяца, слѣдующаго, 1900 года, у больного не развивались ни разу до такой степени, чтобы нужно было прибѣгнуть къ надрѣзамъ кожи. Появлявшіеся за этотъ періодъ отеки легко уступали назначаемымъ сердечнымъ средствамъ: дигиталису, строфантусу и тайному конопельнику.

Въ Январѣ же мѣсяцѣ у больного снова появляются отеки, которые не уступаютъ уже ни одному изъ назначаемыхъ фармацевтическихъ средствъ а также безъ всякаго результата остается и молочная діета.

На этотъ разъ я ему сдѣлалъ уже по два глубокихъ, во всю толщу кожи, разрѣза на каждой ногѣ надъ мышцелками.

Спустя 4—5 дней отеки исчезли совершенно, соотвѣтственно чему улучшилось и общее состояніе больного; пульсъ замедлился до 90 въ 1', дыханіе стало рѣже, больной могъ спать, принявъ горизонтальное положеніе.

Сравнительно хорошее состояніе продолжалось до Мая мѣсяца. Въ Маѣ же мѣсяцѣ дѣятельность сердца быстро ослабѣла, снова появляется отекъ и большой скончался отъ паралича сердца.

Случай 2-й. С—въ 42 лѣтъ, жалуется на кашель, появившійся у него въ 1886 г., послѣ сильного легочнаго кровотеченія. Больной по временамъ ощущалъ лихорадочное состояніе, при чемъ измѣряя t. въ дни плохого самочувствія, обнаруживалъ повышеніе температуры до 38—утромъ и 39 вечеромъ.

Такое состояніе здоровья, продолжалось мѣсяцъ, а иногда и болѣе; подъ влияніемъ соответственнаго лѣченія и образа жизни смѣнялось на лучшее.

Больной снова могъ заниматься своими дѣлами до слѣдующаго легочнаго кровотеченія, которое каждый разъ ухудшало состояніе больного и съ годъ назадъ, увидѣвъ его, я могъ констатировать новое явленіе—это отекъ подкожной клетчатки нижнихъ конечностей около лодыжекъ и въ меньшей степени на голени.

За эти 3 года (1886—1889 г.) я наблюдалъ больного періодически; постоянного жительства въ г. Казани больной не имѣлъ, а обращался ко мнѣ за помощью или въ то время, когда чувствовалъ себя особенно тяжело или же когда бывалъ въ городѣ по своимъ дѣламъ.

Въ первое же посѣщеніе больного я могъ констатировать у него туберкулезъ верхушекъ легкихъ: пониженіе верхушекъ, притупленіе звуковъ, бронхіальный выдохъ въ надлопаточныхъ областяхъ, продолженное выдыханіе подъ обѣими ключицами, при чемъ въ дыхательнымъ шумамъ примѣшивалось значительное количество звучащихъ мелкихъ и средне пузырчатыхъ хриповъ.

Что же касается состоянія больного, относящагося къ моменту предпринятаго мною механическаго лѣченія подкожной водянки, то оно было слѣдующее. Значительный отекъ нижнихъ конечностей и покрововъ живота; брюшная водянка съ уровнемъ жидкости на палецъ выше пупка и двусторонній гидротораксъ, при чемъ въ лѣвой половинѣ груди жидкости больше.

Состояніе грудныхъ органовъ въ это время было слѣдующее. Подъ правой ключицей имѣются всѣ признаки каверны, размѣромъ въ куриное яйцо; верхняя же доля лѣваго легкаго представляется инфильтрированной. Границы сердца представляются увеличенными, что отнесено мною на счетъ скопившіеся жидкости въ полости перикардіума, вслѣдствіе общей аназарки. Пульсъ частый 110—118; наполненіе артеріи очень малое.

Моча содержитъ бѣлокъ 2,0—pro mille; въ осадкѣ значительное количество темно-зернистыхъ цилиндровъ и кромѣ того по одному и по два на препаратѣ попадаютъ восковидные цилиндры. Температура колеблется между 38,5 утромъ и 39° вечеромъ.

На основаніи данныхъ изслѣдованія діагнозъ былъ поставленъ слѣдующій:
Tuberculosis pulmonum; nephritis parrenchymatosa chronica et amyloides.

Общее состояніе больного было очень тяжелое, внутренняя терапія при этомъ не оказывала никакого дѣйствія, почему и было прибѣгнуто, чисто въ цѣляхъ облегченія страданія больного, къ механическому лѣченію водянки. Съ этой цѣлью мною было сдѣлано два глубокихъ разрѣза, во всю толщину кожи, по обѣимъ сторонамъ голени, надъ лодыжками и нѣсколько поверхностныхъ на-сѣчекъ на тылѣ стопы ногъ.

Послѣ разрѣза, въ первые двое сутокъ, замѣчалось обильное истеченіе жидкости; затѣмъ истеченіе становилось медленнѣе и на 5 сутки прекратилось совершенно; аназарка исчезла безслѣдно.

Спустя сутки послѣ разрѣза больной почувствовалъ значительное облегченіе, дыханіе стало свободнѣе, больной можетъ теперь лежать въ постелѣ. Такое состояніе у больного продолжалось около трехъ недѣль, послѣ чего оно рѣзко и внезапно измѣнилось. Больной скончался отъ уремическаго припадка, спустя трое сутокъ отъ начала ея появленія.

Случай 3-й. В—въ 48 лѣтъ. Въ 1898 году заболѣлъ воспаленіемъ почекъ и вскорѣ получилъ воспаленіе праваго легкаго; въ 1899 году правосторонній параличъ; до Августа 1900 года отековъ нижнихъ конечностей не было. Больной передъ нервнымъ заболѣваніемъ сильно злоупотреблялъ спиртными напитками; въ теченіи 10 лѣтъ пилъ запоемъ.

Больного я видѣлъ въ 1-й разъ въ Маѣ мѣсяцѣ 1901 года, состояніе его здоровья было слѣдующее. Единственно возможное положеніе для больного это сидячее въ креслѣ; парезъ правой верхней и нижней конечностей; очень большой отекъ нижнихъ конечностей, особенно парализованной стороны; кожа на голенихъ, спереди, воспалена и мѣстами треснула, вслѣдствіе чего замѣчается просачиваніе жидкости.

Дыханіе частое, неровное, пульсъ 120 въ 1'. Сердечный толчокъ въ 6 межреберья на сосковой линіи. Границы легкихъ сзади повышены до угла лопатокъ. Размѣры сердца увеличены: вправо до *l. parasternalis*, влево же между *l. mammillaris et axillaris anterior*. Тоны сердца глухи. Дыхательные шумы ослаблены, съ неопредѣленнымъ характеромъ, благодаря присутствію большого количества сухихъ и влажныхъ хриповъ. Асцитъ, уровень жидкости на 2 пальца выше пупка. Мочи выдѣляется мало, содержитъ 1,5‰, въ осадкѣ много гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ. Больной до этого времени много лѣчился и состояніе его было признано совершенно безнадежнымъ; и дѣйствительно оно было на столько тяжелымъ, что трудно было рассчитывать на хорошій исходъ, почему мною и было предло-

жено, какъ *ultimum refugium*, сдѣлать разрѣзы кожи. На каждой ногѣ выше мышцелокъ были сдѣланы надрѣзы кожи во всю ея толщю длиною въ одинъ сантиметръ.

Черезъ двое сутокъ отеки значительно уменьшились, жидкость изъ брюшной полости и груди исчезла совершенно. Количество мочи за это время рѣзко увеличилось а также уменьшилось и выдѣленіе бѣлка.

На 6 сутки въ мочѣ Геллерова проба даетъ только муть.

Больной совершенно ожилъ, онъ могъ лежать въ постелѣ спустя уже сутки послѣ сдѣланныхъ надрѣзовъ кожи, а когда жидкость совершенно стекла, могъ принимать лежа въ постелѣ всевозможныя положенія. Ранки кожи по прекращеніи истеченія жидкости скоро зарубцевались и больной спустя мѣсяць могъ сойти съ 3 этажа своей квартиры и отправиться въ баню.

Хорошее состояніе здоровья продолжалось въ теченіи 11 мѣсяцевъ. За это время больной занимался своимъ дѣломъ; два раза въ день ему приходилось входить по лѣстницѣ въ 3-ій этажъ безъ особеннаго затрудненія. Незначительныя же отеки и одышка, появлявшіяся за этотъ промежутокъ времени, быстро уступали настойкѣ строфанта. Затѣмъ состояніе здоровья начало ухудшаться снова и въ Мартѣ 1902 г. у больного развился настолько значительный отекъ конечностей и асцитъ, что пришлось сдѣлать по одному надрѣзу на каждой ногѣ (8/iv 902). Отеки нѣсколько уменьшились, больной выѣхалъ изъ Казани на пароходѣ въ Астрахань, но доѣхалъ до Саратова. Въ виду ухудшенія состоянія здоровья, принужденъ былъ вернуться обратно.

14/v 902 г. пришлось сдѣлать одновременно пункцію живота и надрѣзы кожи на конечностяхъ. Состояніе нѣсколько улучшилось, но далеко не совсѣмъ и не надолго; отеки нижнихъ конечностей прошли, но жидкость въ брюшной полости снова скопилась и ровно черезъ мѣсяць, vi/14 902, пришлось сдѣлать пункцію живота. Въ Августѣ мѣсяцъ пункція живота была сдѣлана дважды, при чемъ обнаружена опухоль въ правой половинѣ живота, консистенціи плотной съ бугристой поверхностью. Было предположено саркома ретроперитоніальныхъ железъ. Больной скончался 26 Января 1903 года.

Случай 4-й. Б—ва 50 лѣтъ Болѣеть 8 мѣсяцевъ. Саркома лѣваго яичника и ретроперитоніальныхъ железъ. За это время сдѣлано 16 пункцій живота; только за 2 мѣсяца до смерти развился значительный отекъ нижнихъ конечностей, неспававшій послѣ опорожненія брюшной полости.

Вслѣдствіе значительнаго отека конечностей и сильныхъ болей въ нихъ сдѣланы, съ цѣлю облегченія страданій, надрѣзы кожи, по два на каждой ногѣ. Благодаря истеченію жидкости, вначалѣ довольно обильному, больная въ состояніи была безъ посторонней помощи перемѣщать конечности съ пола на постель.

Истечение жидкости изъ разрѣзовъ продолжалось до самой смерти больной, послѣдовавшей отъ основной болѣзни. Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ, благодаря разрѣзамъ кожи, больная получила облегченіе своимъ страданіямъ.

С л у ч а й 5-й. С—въ рабочій, 62 лѣтъ поступилъ въ больницу 3 Октября 1901 г. со слѣдующими принадками: общая водянка, асцитъ-уровень жидкости достигаетъ пупка; ціанотическое окрашиваніе кожи, особенно выраженное на нижнихъ конечностяхъ и кистяхъ рукъ. Артеріи плеча и височныя склерозированы, сильно пульсируютъ. Сердечный толчокъ не видимъ и не ощущуется. Границы сердца влѣво на сосковой линіи, вправо на правой грудиной линіи, сверху на нижнемъ краѣ 4 ребра. Тоны сердца чисты, но слабы. Границы легкихъ нормальны; при выслушиваніи замѣчаются въ большомъ количествѣ сухіе хрипы; въ мочѣ слѣды бѣлка, форменныхъ элементовъ въ осадкѣ нѣтъ.

Инспираторная и экспираторная одышка.

Больной считаетъ себя больнымъ два мѣсяца, сначала чувствовалъ сердцебіеніе, затѣмъ спустя недѣлю появилась одышка и вслѣдъ затѣмъ начали быстро развиваться отеки. Сначала отекали ступни ногъ, затѣмъ голени и бедра; сильно отекающими представляются мошонка и penis, въ видѣ почтового рожка. Сифилисъ отрицаетъ. Алкоголикъ.

Больной до поступленія въ больницу принималъ дигиталисъ и другія сердечныя средства и мочегонныя, но безъ всякаго результата.

Клиническій діагнозъ—arteriosclerosis; myocarditis chronica.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни было слѣдующее.

4/х Суточное количество мочи 300 кб. сен. уд. в. 1025. Вѣсъ тѣла 4 п. 15 ф. больной уже сутки принимаетъ Jnf. digitalis e 1,0+200,0+kalii acetici 4,0, по 6 столовыхъ ложекъ въ день.

5/х — $\frac{\text{К. М. 350}}{\text{уд. в. 1019}}$; вѣсъ 4 п. 15 ф;

6/х — $\frac{\text{К. М. 400}}{\text{уд. в. 1021}}$; вѣсъ 4 п. 15 ф.;

7/х — $\frac{\text{К. М. 300}}{\text{уд. в. 1021}}$; вѣсъ 4 п. 14 ф.

Состояніе больного становится все хуже и хуже; за это время больной лежать не можетъ; положеніе занимаетъ исключительно сидячее. Въ виду чего 7 числа, въ 8 часовъ вечера, больному сдѣлали глубокіе надрѣзы кожи по два на каждой ногѣ, непосредственно надъ мышцелками. Больной на всю ночь оставленъ въ сидячемъ положеніи. На слѣдующее утро, 8/х, состояніе больного рѣзко улучшилось; асцитъ исчезъ, мошонка опала, а ровно значительно уменьшился отекъ бедеръ. Одышки почти нѣтъ; вѣсъ тѣла 4 п. 1½ фун.; такимъ образомъ за

12 часовъ вѣсъ тѣла палъ на 12½ фунт. Дигиталисъ былъ отмѣненъ передъ надрѣзами кожи.

9/x — $\frac{\text{Кл. М. 1000}}{\text{У. в. 1020}}$ бѣлокъ въ мочѣ исчезъ; вѣсъ тѣла 3 н. 25 ф. отеки исчезли совершенно.

11/x — $\frac{\text{Кл. М. 700}}{\text{Уд. в. 1021}}$; вѣсъ тѣла 3 н. 24 ф. Температура тѣла повысилась— до 38°с.; слѣва, ниже ладыжки замѣчается краснота кожи, отечность и болѣзненность при дотрогиваніи. Черезъ 3 дня пришлось сдѣлать разрѣвъ въ виду образовавшагося небольшого абсцеса, послѣ чего быстро началось выздоровленіе и къ 15 числу больной стала считать себя совершенно здоровымъ. Больной много спитъ, можетъ лежать въ постели съ 9-го уже числа, слѣдовательно на другія уже сутки послѣ разрѣза кожи.

Улучшеніе и прибавленіе силъ у больного шло день за днемъ и 27 числа онъ вышелъ изъ больницы совершенно здоровымъ, бодрымъ и принялся за свои прежнія занятія. Вѣсъ тѣла за время пребыванія въ больницѣ палъ на 21 ф.

По выходѣ изъ больницы, больной отъ времени до времени приходилъ показываться и по крайней мѣрѣ въ теченіи 3 мѣсяцевъ у него ни разу не наблюдалось такихъ отековъ, которые требовали бы механическаго лѣченія. Появившіеся отеки за этотъ періодъ быстро исчезали подъ вліяніемъ дигиталиса.

Случай 6-й. В—кій 64 л. музыкантъ, болѣетъ 6 лѣтъ одышкой, сердцебіеніемъ; по временамъ появлялись отеки нижнихъ конечностей, которыя подъ вліяніемъ лѣченія и проходили; мѣсяца же два назадъ появившіеся отеки нижнихъ конечностей лѣченію уже не поддались, вслѣдствіе чего больной былъ помѣщенъ мною въ больницу XI/10—1900 при слѣдующихъ явленіяхъ. Аназарка, полостная водянка живота и грудной клѣтки; границы праваго легкаго спереди на сосковой и предгрудинной линіяхъ въ 3-мъ межреберьи, на подмышечной средней на нижнемъ краѣ 6 ребра, на лопаточной на нижн. краѣ 8-го ребра; сзади граница края лѣваго легкаго такая же какъ справа; спереди же нижняя граница легкаго на предгрудинной и сосковой линіяхъ на верхнемъ краѣ 3 ребра. Границы сердца влѣво заходятъ за сосковую линію и вправо до грудинной линіи. Верхушечный толчокъ въ 6-мъ межреберьи на передней подмышечной линіи. Сердечные тоны глухи. Пульсъ въ 1' 96. Кожа и видимыя слизистыя оболочки ціанотичны, особенно на нижнихъ конечностяхъ и на предплечьяхъ.

Положеніе больного сидячее съ опершимися ладонями въ колѣна.

Сифилисомъ не болѣлъ; алкоголь употреблялъ умеренно.

Выдѣленіе мочи скудное—до стакана въ день, бѣлка въ мочѣ нѣтъ; сердечныя и мочегонныя средства не дѣйствуютъ, положеніе больного очень тя-

желое. При такихъ явленіяхъ больной былъ положенъ въ больницу и ввиду угрожающихъ жизни припадковъ сердечной астмы и грудной жабы, въ тотъ же день вечеромъ, ему были сдѣланы разрѣзы кожи, по 2, на каждой конечности. Жидкости вытекаетъ очень мало, кожа на мѣстахъ разрѣза очень плотна; при разрѣзываніи получается такое ощущеніе какъ будто рѣжешь подошву изъ толстой кожи. На разрѣзы положена повязка; ночью у больного маниакальный приступъ, онъ сорвалъ повязку и началъ бѣгать по палатамъ. На утро жидкость изъ разрѣзовъ не течетъ. Не надолго открывается небольшое истеченіе жидкости лишь послѣ расширенія разрѣзовъ. За 12 часовъ убылъ въ вѣсѣ только $3\frac{1}{2}$ фунта.

Количество же мочи рѣзко увеличивается со дня разрѣза до 26 числа; послѣ же этого собирать мочу не удается; больной ни мочи ни кала не задерживаетъ; общее состояніе тяжелое и черезъ 3 дня наступилъ совершенно неожиданно летальный исходъ.

Вскрытіе умершаго больного не было, такъ какъ этому воспротивились родственники больного.

Случай 7-й. Ф—въ. 67 лѣтъ, чернорабочій, жалуется на постоянную одышку и сердцебиеніе въ теченіе года; одышка и сердцебиеніе появляются у больного не только при движеніяхъ, но и въ покойномъ состояніи, принимая временами характеръ астматическихъ припадковъ. Покровы тѣла блѣдны, на нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ, на носу—рѣзко ціанотичны, видимыя слизистыя оболочки также ціанотичны. Аназарка развита въ высшей степени; кожа на голени воспалена, покрыта коростами и видны расчесы. Верхушечный толчекъ ощущается въ 6-мъ межреберьи на два пальца влѣво отъ сосковой линіи. Периферическія сосуды склерозированы. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ показало. Легкія,—границы, праваго:—верхушка выстоитъ надъ ключицами на 4 сантиметра; нижняя граница повышена спереди и сзади; на l. sternalis нижній край 4 ребра, на l. parasternalis верхній край 5 ребра, на l. mammillaris нижній край 5 ребра, на l. axillaris media 6 ребро, на l. scapularis 8 ребро у позвоночника на уровнѣ остистаго отростка 8 груднаго позвонка.

Лѣвое—верхушка выстоитъ на 4 сант., нижняя граница на l. sternalis и parasternalis верхній край 4 ребра, на l. mammillaris на нижнемъ краѣ 4 ребра на l. axillaris media 5 ребра на l. scapularis нижній край 7 ребра и около позвоночника на уровнѣ остистаго отростка 8 груднаго позвонка.

Аускультация легкихъ даетъ на мѣстахъ тупого звука ослабленіе дыханія, на остальныхъ же мѣстахъ везикулярное дыханіе съ примѣсью большого количества влажныхъ крупно и средне-пузырчатыхъ хриповъ.

Сердце:—поперечникъ увеличенъ вправо до грудной линіи, влѣво за сосковую линію на два пальца; тоны при выслушиваніи глухи, аритмичны, акцентъ на легочной артеріи.

Въ мочѣ слѣды бѣлка. Вѣсъ 3 п. 15 ф.

Клинической діагнозъ на основаніи данныхъ изслѣдованія—былъ поставленъ слѣдующей: Myocarditis chronica, arteriosclerosis.

Сначала больной лѣчился амбулаторно, но безъ всякаго результата, почему онъ былъ положенъ въ больницу х/13 901 г.; но и въ теченіе 3-хъ сутокъ, не замѣтно было улучшенія въ состояніи его здоровья, наоборотъ оно ухудшалось и дошло до того, что отдѣленія мочи не было за сутки; пульсъ сдѣлался крайне слабымъ и настолько частымъ, что невозможно было его сосчитывать. Въ виду этого 16/х вечеромъ было сдѣлано по одному надрѣзу на каждой ногѣ и положенъ бинтъ проф. Дегіо. На утро бинтъ пришлось снять, такъ какъ отекъ нижнихъ конечностей надъ бинтомъ и ниже, на ступняхъ, рѣзко увеличился, жидкость совершенно не вытекаетъ черезъ отводныя трубки а просачивается немного изъ подъ бинта; по снятіи бинтовъ оказалось, что отводныя трубки были закупорены сверткомъ, а равно и самый разрѣзъ въ кожѣ. За эту ночь больной потерялъ въ вѣсѣ 3 фунта. Больной жалуется на сильныя боли въ конечностяхъ. Бинтъ снятъ, на разрѣзы положена антисептическая повязка. Дигиталисъ отмѣненъ, количество мочи за сутки 200 куб. с.

х/18 количество мочи 150 уд. в. 1022, вѣсъ 3 п. 4 ф. (8 за сутки), пульсъ аритмиченъ, въ 1' 60, число дыханій 24. Гидротораксъ исчезъ, а также и часть жидкости изъ брюшной полости. Больной все время лежитъ въ постелѣ.

х/20 901 г. Пульсъ полный, 72 въ 1' дыханіе 30 въ 1'. Количество мочи за сутки 19/х 700, х/20=600; отеки почти исчезли—остались лишь очень незначительныя на голеняхъ, асцитъ исчезъ.

х/26 901 г. больной жалуется на одышку и невозможность лежать въ постелѣ; временами появляются астматическіе припадки. Въ мочѣ открывается бѣлокъ въ количествѣ 3,0 pro mille; при выслушиваніи легкихъ замѣчается большое количество влажныхъ и сухихъ хриповъ. Снова появляются отеки на нижнихъ конечностяхъ.

Послѣднія однако подъ вліяніемъ назначенныхъ сердечныхъ средствъ на этотъ разъ скоро исчезли и больной чувствуетъ себя хорошо; отековъ нѣтъ совершенно, а равно исчезла и одышка. Количество бѣлка въ мочѣ уменьшилось до 1,0 pro mille; 23 Декабря 901 г. вышелъ изъ больницы значительно поправившись.

С л у ч а й 8-й. Пр—ва 15 лѣтъ. Въ дѣтствѣ страдала суставнымъ ревматизмомъ. Пять лѣтъ тому назадъ болѣла крупознымъ воспаленіемъ легкихъ; въ это же время больная начала страдать сердцебіеніемъ; послѣ чего черезъ нѣкоторое время стали появляться отеки ногъ, за послѣднее время сильно увеличившіяся; нерѣдко отекало лицо и появлялись боли въ суставахъ. Про родителей

больная ничего не можетъ сказать, знаетъ только, что у нихъ было 17 человѣкъ дѣтей, изъ которыхъ остались въ живыхъ больная и братъ 23-хъ лѣтъ. Status praesens: костная и мышечная системы плохо развиты, питаніе плохое, кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны, на лѣвой сторонѣ грудной клѣтки спереди, въ области сердца, замѣчается ясно выраженное выпячиваніе. Верхушечный толчекъ сердца ощущается въ 6-мъ межреберьи кнаружи отъ сосковой линіи на два поперечныхъ пальца. Нижнія конечности, животъ и лице отечны, въ брюшной полости жидкость. Пульсъ 120 въ 1'. Верхняя граница сердечной тупости на 3 ребрѣ, лѣвая на 2 поперечныхъ пальца отъ сосковой линіи, правая на прав. предгрудинной. При выслушиваніи сердца замѣчается у верхушки очень рѣзкій пресистолическій шумъ и слабый систолическій; второй тонъ легочной артеріи усиленъ.

Печень увеличена, плотна, болѣзненна; правый край печени выдается изъ подъ реберной дуги на ширину ладони. Выдѣленіе мочи незначительное; за сутки 250—400 к. б. с. у. в. 1025, бѣлки 6‰. Въ осадкѣ гіалиновые цилиндры.

На основаніи данныхъ изслѣдованія, діагнозъ былъ установленъ слѣд.: *insufficiencia et Stenosis ostii venosi sinistri*. больная лежитъ въ больницѣ уже нѣсколько разъ изъ за разстройства дѣятельности сердца; подъ вліяніемъ сердечныхъ средствъ (*digitalis*, *strophanthus* и друг.) компенсація возстанавливается лишь на нѣкоторое время, но въ скоромъ времени снова разстраивается.

8 декабря вечеромъ, въ виду тяжелаго состоянія больной и полной не дѣятельности сердечныхъ средствъ и другихъ мѣръ, предпринятыхъ съ цѣлью облегченія,—больной было сдѣлано на голени, по направленію *cristae tibiae* два параллельныхъ разрѣза во всю толщю кожи и положенъ бинтъ проф. Дегіо. Послѣдній вскорѣ же пришлось снять, такъ какъ значительная чувствительность кожи на периферіи разрѣзовъ и въ самой конечности не позволяла какъ слѣдуетъ прибинтовать воронку. Жидкость благодаря этому шла мимо воронки. Вѣсъ больной до операціи 2 пуда 24 фунт. Всѣ сердечныя средства, примѣнявшіеся до этого довольно продолжительное время, были оставлены.

На другой день послѣ надрѣзовъ, 9-го утромъ, мочи за ночь 290 к. с. у. в. 1028, бѣлка 6,0‰; вѣсъ тѣла 2 п. 14 ф. (—10 ф.) Ночь больная провела по прежнему, сидя въ креслѣ, вслѣдствіе сильной одышки 10/хп 902 г. мочи 350—уд. в. 1025; вѣсъ тѣла 2 п. 11 ф. одышки нѣтъ, первый разъ спала лежа въ постелѣ; спереди на лѣвой голени и бедрѣ замѣчается кровоизліяніе въ кожу величиною отъ просяного зерна до горошины. Ощущается боль въ конечности т. у. 36,3, в.—36,5 п. 160; бѣлка 6,0‰.

11/хп Количество мочи тоже, вѣсъ тѣла 2 п. 10 ф., на правой конечности появилось подобное же кровоизліяніе въ кожу, какъ и на лѣвой т. у. 36,3; в. 36,4, п. 102.

12/хп Мочи 400—у. в. 1025, вѣсъ тѣла 2 п. 8 ф. отеки конечностей не значительны, въ животѣ жидкости нѣтъ, ночь спала спокойно. t. у. 36,3; в. 36,7 п. 102—110.

13/хп Мочи 450—у. в. 1025—вѣсъ тѣла 2 п. 8 ф. t. у. 36,3 у. в. 36,8 п. 106—108.

14/хп Мочи 400—у. в. 1022; вѣсъ тѣла 2 п. 7 ф.; t. у. 36,4; в. 36,8. п. 104—108. Самочувствіе хорошее, больная спитъ въ лежачемъ положеніи, жалуется только на боль въ разрѣзѣ.

15/хп Мочи 600 у. в.—1020; вѣсъ тѣла 2 п. 6½ ф., t. у. 36,5. в. 36,6.

16/хп Мочи 500; у. в. 1020; вѣсъ тѣла 2 п. 7 ф. t. у. 36,3—в. 37; п. 106—110.

17/хп. Мочи 350 у. в. 1022; вѣсъ тѣла 2 п. 7½ ф. t. у. 36,4 в. 37 п. 108—112 бѣлка 2,0‰.

18/хп. Мочи 380—у. в. 1022, вѣсъ тѣла 2 п. 8 ф. t. у. 36,2 в. 37 п. 100—114.

19/хп. Мочи 250 у. в. 1024, вѣсъ тѣла 2 п. 8 ф. t. у. 38,7; в.—38,7 п. 120.

20/хп. Мочи 500 у. в. 1021; вѣсъ тѣла 2 п. 6 ф. t. у. 37,7—38,3 п. 110.

Повышеніе температуры наступило одновременно съ замѣченнымъ измѣненіемъ раны, въ послѣдней и по периферіи воспалительный процессъ съ омертвеніемъ подкожной клетчатки. Температура въ указанныхъ границахъ держится 1½ недѣли, послѣ того какъ отдѣлилась омертвѣлая ткань и началось рубцеваніе язвы температура спала и больная начала себя чувствовать удовлетворительно.

Спустя мѣсяць больная могла уже ходить по комнатамъ и въ Апрѣлѣ мѣсяцѣ настолько поправилась, что выписалась изъ больницы. При выписки изъ больницы количество бѣлка=0,5‰; хорошее состояніе наблюдалось до Іюня; За время проведенное дома больная періодически принимала сердечныя средства. Въ Іюлѣ же мѣсяцѣ больную снова привезли въ больницу въ очень тяжеломъ состояніи съ расстройствомъ компенсаціи дѣятельности сердца, гдѣ она вскорѣ и скончалась 25 Іюля 1902. Вскрытія произведено не было.

Случай 9-й. Е—въ 65 л. Десять лѣтъ страдаетъ припадками грудной жабы, вначалѣ проявившимися въ слабой степени и только въ послѣдніе три года (1896—99) припадки стали частыми, сильными и продолжительными. У больного рѣзко выраженный артерioskлерозъ съ послѣдующими измѣненіями со стороны сердца, увеличеніемъ лѣваго желудочка и цилиндрическимъ расширеніемъ восходящей аорты. Съ Сентября 1899 года у больного въ первый разъ появляется отекъ нижнихъ конечностей, припадки грудной жабы и кардіальной астмы становятся все сильнѣе, не покидая больного по цѣлымъ суткамъ. Не смотря на терапію отеки увеличивались и достигли къ 11 Ноября такихъ размѣровъ, что положеніе больного сдѣлалось крайне тяжелымъ. Выдѣленіе мочи скудное, послѣдняя содержитъ слабыя слѣды бѣлка.

Въ виду неэффективности примѣнявшихся до сихъ поръ цѣлаго ряда сердечныхъ и мочегонныхъ средствъ, я сдѣлалъ на обычномъ мѣстѣ надрѣзы кожи, по два на каждой конечности. За ночь обильное истечение жидкости; отеки кожи уменьшились, наступило значительное облегченіе и въ отношеніи сердечныхъ припадковъ. Спустя трое сутокъ отеки исчезли и хорошее состояніе продолжалось въ теченіи 15 сутокъ; ранки отъ надрѣзовъ на правой конечности закрылись. Затѣмъ снова появляется одышка, развиваются отеки на нижнихъ конечностяхъ, а въ мочѣ открывается бѣлокъ 1,0‰, въ осадкѣ гіалиновые цилиндры. Отекъ, не смотря на приемы сердечныхъ средствъ, увеличивается; лѣвая конечность меньше отечна, такъ какъ жидкость по немногу выходитъ изъ незакрывшейся ранки, на другой же ногѣ ранки зарубцевались, почему 15 Декабря на этой конечности и былъ сдѣланъ вновь разрѣзъ кожи. Опять обильное истечение жидкости и рѣзкое улучшеніе общаго состоянія. Выдѣленіе мочи увеличилось, бѣлка слѣды. Такое состояніе поддерживалось назначеніемъ *Digitalis dialysati Golaz'a* по 15 капель 3 раза въ день, въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ; послѣ чего наступило новое ухудшеніе въ состояніи здоровья больного; появились очень сильныя припадки грудной жабы, отеки уже не проходили подъ вліяніемъ сердечныхъ средствъ, а сдѣланные надрѣзы кожи въ 3-й разъ мало облегчили на этотъ разъ страданія больного и опять скончались во время одного изъ припадковъ грудной жабы весной 1900 г.

Случай 10 й. В—дъ 42 л. инженеръ. Значительно развитая амазарка; отекъ мошонки и полового члена; брюшная водянка и грудная. Сильная одышка и сердцебиеніе; дыханіе 50 въ 1', пульсъ 120. Со стороны легкихъ опредѣляется разлитой бронхитъ; со стороны сердца—увеличеніе границъ въ право до грудной правой; влѣво на палецъ переходитъ сосковую линію. Тоны сердца у верхушки глухи, безъ шумовъ, только 2-ой тонъ въ аортѣ усиленъ; периферическія сосуды пульсируютъ; пульсовая волна средняго наполненія, периферическія артеріи плотны. Въ мочѣ бѣлка 6,9 pro mille; въ осадкѣ много гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ. Астматическія приступы не даютъ больному спать; положеніе вынужденное, сидячее, съ опершимися руками въ колѣна. Больному назначено строгое молочное лѣченіе и внутрь *Digitalis dialysat. Golaz* отъ 10 до 15 капель на приемъ 3 раза въ день. Противъ астматическихъ приступовъ *chloral hydrat* по 0,6 на приемъ во время приступа.

Подъ вліяніемъ такого лѣченія у больного начали уменьшаться отеки, увеличилось отдѣленіе мочи и бѣлокъ до—4,0‰.

Такое сравнительно хорошее состояніе продолжалось двѣ недѣли, послѣ чего у больного снова развились отеки и появились астматическія приступы; отдѣленіе мочи уменьшилось и черезъ 3 сутокъ больной былъ въ прежнемъ тяжеломъ состояніи.

Въ виду такого состоянія больного, вставленъ металлическій дренажъ подъ кожу голени правой ноги; за сутки выдѣлилось 2000 куб. с. жидкости; дренажъ вынутъ; отекъ нѣсколько уменьшился на этой конечности, а также мошонки и penis'a. Для приѣма внутрь назначенъ препаратъ digitalis'a Golaz'a по 10 gr. 3 раза въ день и diuretin по 0,5 въ облаткахъ тоже 3 раза въ день. Диуретинъ больной не переноситъ, появляется тошнота и рвота почти послѣ каждаго приѣма. Общее же состояніе не улучшается; отекъ лѣвой конечности достигъ большихъ размѣровъ; съ нѣлю уменьшенія отека введенъ подъ кожу этой конечности металлическій дренажъ. За сутки вытекло 1800 куб. с.; въ виду того, что отекъ мало уменьшался на конечности, дренажъ былъ оставленъ еще на 8 часовъ. Спустя 3—4 часа больной почувствовалъ въ этой ногѣ сильную, дергающую боль; истечение изъ трубки рѣзко уменьшилось, почему больной, думая, что все это происходитъ отъ закупориванія трубки, взявъ въ ротъ отводный конецъ резины началъ вдвухъ воздухъ по направленію къ троакарю. Наутро, спустя 8 часовъ послѣ того какъ я видѣлъ больного, я нашелъ конечность въ слѣдующемъ видѣ: рѣзко выраженная краснота голени, боль при дотрогиваніи кожи и при перемѣщеніи ноги; температура 39°. Тотчасъ же троакаръ былъ вынутъ и изъ разрѣза кожи начала выдѣляться въ незначительномъ количествѣ кровянистая жидкость, съ теченіемъ же времени и съ примѣсью гноя; наложенный согрѣвающей компрессъ изъ раствора борной кислоты рѣзко улучшилъ состояніе конечностей; спустя 4 дня всѣ явленія мѣстнаго раздраженія кожи и подкожной кѣтчатки пришли въ нормальное состояніе. Повышенная температура до 38,5 держалась въ продолженіи 2-хъ сутокъ. На лѣвой ногѣ осложненій со стороны ранки не наблюдалось, черезъ 2 сутокъ послѣдняя закрылась.

Не смотря послѣ того на нѣкоторое улучшеніе въ состояніи больного, въ скоромъ времени, спустя 10 дней, оно рѣзко ухудшилось. Отеки начали снова увеличиваться; сдѣланный мною послѣ того надрѣзъ кожи во всю толщину на правой голени, надъ мышцами, хотя и уменьшилъ отечное состояніе, но у больного появились уремическіе признаки и онъ скончался во время одного изъ нихъ, черезъ 1½ сутокъ послѣ сдѣланныхъ надрѣзовъ.

С л у ч а й 11-й. М—въ 24 л. ст. Въ 1899 г. перенесъ тяжелую форму суставнаго ревматизма осложнившася эндокардитомъ, вслѣдствіе чего у больного развился стенозъ и недостаточность лѣваго венознаго отверстія. Отеки начали развиваться постепенно съ ногъ и достигли большихъ размѣровъ въ теченіи 3-хъ недѣль.

При изслѣдованіи больного весной 1901 г. опредѣляется значительный отекъ нижнихъ конечностей и половыхъ частей, брюшная водянка и двусторонній гидротораксъ; рѣзко выраженная желтуха. Одышка, сердцебиеніе, пульсъ до 120 въ 1',

малого наполненія. Положеніе больного полужакаетъ въ постели. Исслѣдованіе сердца показало—значительное увеличеніе границъ его вправо и влѣво, до II. mammillaris; верхушечный толчекъ на I. axillaris anterior. sin.

При выслушиваніи у верхушки рѣзкій пресистолическій и слабѣ систолическій шумъ; у основанія мечевиднаго отростка систолическій шумъ съ другимъ характеромъ, чѣмъ у верхушки. На шеѣ, справа, рѣзко выраженный венный пульсъ, тоже самое и на печени; послѣдняя опредѣляется значительно увеличенною; въ мочѣ слѣды бѣлка, выдѣленіе очень скудное, до стакана въ сутки. Распознаваніе было установлено слѣдующее: stenosis et insufficientia ostii venosi sin. et insufficientia ostii ven. dextri relativa, съ слѣдующими застойными явленіями въ почкахъ и печени.

Больной до моего наблюденія много принималъ различныхъ сердечныхъ средствъ, но безъ всякаго результата; въ виду чего мною былъ введенъ подъ кожу бедра правой конечности металлическій дренажъ. За 20 часовъ вытекло 2000 куб. с., дренажъ вынутъ и вставленъ подъ кожу другой конечности; за 15 часовъ вытекло 1500 куб. с. жидкости. Больной жалуется на боль въ конечности отъ присутствія дренажа, послѣдній вынутъ и больной на отрѣзъ отказался отъ новаго введенія. Отекъ нижнихъ конечностей уменьшился, одышка меньше; больной можетъ лежать въ постелѣ. Такое сравнительно хорошее состояніе наблюдалось въ теченіе 1½ недѣль, послѣ чего наступило рѣзкое ухудшеніе,—отеки снова увеличились, появилось ослабленіе дѣятельности сердца и больной скончался черезъ 3 дня.

Случай 12-й. В—т, 12 лѣтъ, боленъ хроническимъ паренхиматознымъ нефритомъ. Приглашенный какъ консультантъ, я могъ констатировать значительный отекъ нижнихъ конечностей, кожи живота и брюшную водянку; кожа на нижнихъ конечностяхъ представляется рѣзко утолщенной; не смотря на значительное увеличеніе въ объемѣ конечности, ямка при давленіи получается не соответствующей глубины по сравненію съ отекомъ. Со стороны сердца опредѣляется увеличенный лѣвый желудочекъ; верхушечный толчекъ по сосковой линіи на 6 ребрѣ; артеріи плотны, пульсъ напряженный. Шумовъ въ сердцѣ не опредѣляется. Въ виду малаго успѣха отъ предшествовавшаго лѣченія сердечными средствами и паровыми ваннами, было предложено механическое леченіе.—введеніе металлическаго дренажа. Подъ кожу правой голени мною былъ введенъ металлическій дренажъ; спустя 16 часовъ у больного выдѣлилось только 75 куб. с. жидкости, не смотря на то что никакой закупорки трубки или же какихъ либо другихъ причинъ къ этому не было. Въ виду такого плохого результата дренажъ былъ вынутъ—больной былъ подвергнутъ снова лѣченію паровыми ваннами и затѣмъ отправленъ на зиму на Кавказъ. Поправленіе здоровья шло хорошо, но больной заболѣлъ воспаленіемъ легкихъ и скончался 6 Января 1904 г.

Дренажъ у больного вызывалъ боли въ конечности.

Случай 13. М—т. рабочій. Въ 1871 г. болѣлъ суставнымъ ревматизмомъ; въ 1878 г. сифилисомъ; въ 1899 году появляется одышка при движеніи и временами астматическіе приступы. Появленіе отека больной замѣтилъ за нѣсколько дней до поступленія въ больницу. 11/ix 902 г. при осмотрѣ больного замѣчается значительный отекъ нижнихъ конечностей, кожи живота и скопленіе жидкости въ брюшной полости, выше пупка на два пальца. Больной среднего роста, съ рѣзко ослабленнымъ питаніемъ; вѣсъ 3 п. 28 ф.

Периферическія артеріи, плечевыя и височныя, пульсируютъ, плотны, извилисты. Границы сердца—верхняя на 3 ребрѣ, лѣвая заходитъ на 1 сент. сосковую линію, правая на срединной линіи. Тоны сердца у верхушки глухи, систолической и диастолической шумъ на аортѣ. Выслушиваніе легкихъ—большое количество сухихъ и влажныхъ хриповъ. Перкуссия даетъ нормальное звуки и границы, за исключеніемъ лѣваго легкаго спереди, соответственно увеличенію границы сердца. Въ мочѣ незначительные слѣды бѣлка. Diagnosis: arteriosclerosis съ послѣдующими измѣненіями со стороны выхода аорты—stenosis et insufficiencia ostii aortae.

Больному былъ назначенъ digitalis dialys. Golaz по 10 капель 3 раза въ день; въ теченіи 4-хъ дней приѣма лекарства количество мочи увеличилось съ 600 до 2000, но затѣмъ начинается уменьшеніе мочи, увеличеніе отековъ и ухудшеніе общаго состоянія больного; приемы digitalis увеличены до 15 капель, но безрезультатно.

27/ix вѣсъ больного 3 п. 24 ф. слѣд. убыль за 15 дней только 4 ф; количество мочи 800; вечеромъ этого дня больному сдѣланы надрѣзы кожи по одному на каждой ногѣ и наложена асептическая повязка. Спустя 16 часовъ жидкости вытекли въ тазъ 3900 куб. с.; вѣсъ больного за это время уменьшился на 13 ф.

29/ix суточное количество мочи 1660 уд. в. 1010.

30/ix к. м. 2700, у. в. 1008; 31/ix кл. м. 2200, у. в. 1012.

Количество выдѣляемой мочи, съ 1 октября по 3 ноября колебалось между 1200 и 2400.

Спустя 6 дней послѣ разрѣза отеки исчезли совершенно. Самочувствіе хорошее послѣ первыхъ же сутокъ; больной на слѣдующій же день могъ лежать, появился сонъ, одышка рѣзко уменьшилась; замѣчалась лишь слабость. Больной оставался подъ наблюденіемъ до 3 ноября. Въ виду появлявшагося незначительнаго отека при ходьбѣ больного по палатамъ, ему назначалось отъ времени до времени указанный препаратъ дигиталиса и послѣдній быстро исчезалъ.

Вѣсъ больного при выпискѣ былъ 3 п. 6 фунт; всего больной со дня надрѣза 27/ix по 3/х убыль на 18 фунтовъ.

За время 3/х 902—ш/3 904 больной два раза находился въ больницѣ, поступающая каждый разъ съ разстройствомъ компенсаціи дѣятельности сердца, которая

каждый раз быстро восстанавлилась подъ вліяніемъ лишь дигиталиса; отеки ни разу не достигали до прежнихъ размѣровъ; со стороны же сердца остаются прежнія измѣненія.

С л у ч а й 14. К—въ, 75 лѣтъ. Жалуется на одышку и сердцебіеніе, беспокоящія больного 5 лѣтъ; за этотъ періодъ у него появлялся довольно часто отекъ нижнихъ конечностей, который проходилъ отъ соответственнаго леченія; за послѣднее же время, не смотря на продолжительное леченіе амбулаторно, отекъ не пропадаетъ, а все увеличивается. Спиртными напитками не злоупотреблялъ, сифилиса не имѣлъ. За мѣсяцъ до поступления у больного былъ 1-ый инсультъ, за двѣ же недѣли 2-ой; въ результатѣ парезъ лѣвой половины тѣла.

При поступленіи въ больницу 16/х 902 г. было отмѣчено значительно выраженная аназарка съ водянкой грудной полости и брюшной, половья части рѣзко увеличены въ объемѣ, мошонка достигаетъ размѣровъ дѣтской головки. Кожа и видимыя слизистыя оболочки синюшны. Границы легкихъ спереди и сзади повышены; на правой сторонѣ спереди по сосковой линіи на 5 ребрѣ, на средн. подмышечной на 6 ребрѣ и сзади, по лопаточной, на 8 ребрѣ; на лѣвой сторонѣ спереди по сосковой 3-е ребро, на средн. подмышечной 6 ребро и сзади на лопаточной 9-ое ребро. Границы сердца—влѣво переходитъ на два пальца сосковую линію, вправо до прав. грудиной. Верхушечный толчекъ въ 6 межреберья; периферическія артеріи (brachialis, temporalis) плотны, извилисты, пульсируютъ.—При выслушиваніи сердца замѣчается—тоны глухи, аритмія. При выслушиваніи легкихъ замѣчается ослабленіе дыхательныхъ шумовъ на мѣстѣ тупого звука, на другихъ же мѣстахъ выслушивается неопредѣленное дыханіе съ большимъ количествомъ сухихъ и влажныхъ хриповъ. Дыханіе 40 въ 1', пульсъ 96—100 въ 1', слабый. Выдѣленіе мочи очень скудное, двое сутокъ нельзя было собрать мочи и только послѣ приема digitalis dialysat Golaz по 15 капелк 3 раза въ день, суточное количество мочи были 400 к. с. у. в. 1008; бѣлка моча не держать.

Больной, благодаря одышкѣ и громадному отеку, проводитъ безсонныя ночи въ сидячемъ положеніи. Клинической діагнозъ былъ установленъ слѣдующій: arteriosclerosis; myocarditis chronica; hypertrophia ventriculi sinistri. Съ 16 по 22 число больной принималъ указанный препаратъ дигиталиса, но, не смотря на довольно значительное сут. выдѣленіе мочи (1200—1600 к. с.), отеки все увеличиваются, конечности рѣзко ціанотичны, особенно стопы, дотрогиваніе до нихъ очень болезненно; мѣстами замѣчается приподнятіе эпидермиса и скопленіе жидкости въ видѣ отдѣльныхъ пузырей. 22 числа въ 8 ч. вечера больному сдѣланы надрѣзы кожи, два на правой ногѣ и одинъ спереди на нижней трети берц. кости въ виду того, что около мышцелокъ на этой ногѣ замѣчается гангренозный очагъ.

За ночь больной потерялъ въ вѣсѣ 15 ф.; отеки значительно уменьшились, температура тѣла на утро поднялась до 39, тогда какъ до разрѣза она была 35,8. 24 t. у—36,3—в. 36,4; 25 t-у 36,5—в. 37; 26—у 37,3; в. 37,9 и въ послѣдующіе дни температура держится между 36—37.

Съ паденіемъ температуры у больного рѣзко улучшилось самочувствіе, теперь онъ можетъ лежать въ постелѣ; одышка исчезла совершенно; отеки на конечностяхъ остаются только на голени и при томъ не значительныя. Изслѣдованіе грудной кѣтки и брюшной полости произведено 29 числа, спустя слѣд. 7 дней послѣ надрѣзовъ, указало на полное исчезновеніе жидкости изъ полостей.

Отмѣчено одно лишь осложненіе—это образованіе гангрены кожи на лѣвой ногѣ, спереди на стопѣ и сзади мышелка величиною въ серебрянный рубль. Состояніе же ранокъ вполне удовлетворительно, жидкость изъ нихъ по немногу стекаетъ. Больной въ состояніи ходить не много по палатѣ и если бы не омертвленіе кожи и ощущеніе боли въ стопѣ, то передвиженіе могло быть свободно и на болѣе продолжительное время.

20 ноября, больной былъ переведенъ для дальнѣйшаго леченія, образовавшейся язвенной поверхности и къ этому времени увеличившейся до размѣровъ ладони, въ хирургическое отдѣленіе больницы.

Вѣсъ тѣла больного былъ 3 п. 10 фунтовъ, до надрѣза 4 п. 16 ф. такимъ образомъ за время пребыванія въ терапевтическомъ отдѣленіи вѣсъ палъ на 1 п. 6 ф. Отеки исчезли совершенно. Количество мочи за все время пребыванія больного въ терапевтическомъ отдѣленіи колебалось въ нормальныхъ границахъ. Увеличеніе отдѣленія мочи отмѣчено на слѣдующія же сутки послѣ надрѣза, съ назначеніемъ же дигиталиса Golaz'a количество мочи далеко превышало норму 1800—3500 к. с. Хорошее состояніе больного въ хирургическомъ отдѣленіи продолжалось до января мѣсяца 1903 г.; съ первыхъ же чиселъ января, у больного снова вернулось прежнее состояніе; быстро начали увеличиваться отеки, появилась одышка и значительный упадокъ силъ, больной не можетъ уже ходить по палатѣ, онъ проводитъ все время въ постелѣ. Такое нарастаніе слабости продолжалось до 25 числа и больной скончался отъ паралича сердца. Язвенная поверхность за время пребыванія больного въ хирургическомъ отдѣленіи уменьшилась въ размѣрахъ, но совершенно не зарубцевалась.

При вскрытіи, кромѣ данныхъ опредѣленныхъ при жизни больного, найдены еще сморщенные почки.

Анализируя наши случаи нельзя не замѣтить, что всѣ они по теченію были очень тяжелые. Примѣнять надрѣзы кожи приходилось послѣ того, какъ терапия становилась безсильной, а состояніе больныхъ было таково, что скорая помощь, хотя бы въ

смыслѣ облегченія ихъ отъ страданій, была необходима. Примѣняя этотъ способъ мы и достигали болѣе или менѣе продолжительнаго облегченія больного отъ тяжелого состоянія во всѣхъ случаяхъ, исключая двухъ, 6 и 12, гдѣ облегченія не получилось, такъ какъ изъ надрѣзовъ кожи жидкость, не смотря на большой отекъ, вытекала въ очень скудномъ количествѣ. Только что указанное явленіе наблюдалось между прочимъ Schurz'омъ ¹⁾ Degio ²⁾ и другими.

Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (6) малое выдѣленіе жидкости черезъ разрѣзы можно объяснить себѣ слабою дѣятельностью сердца, вслѣдствіе чего и послѣдовала смерть больного на 4 сутки, по поступленіи его въ больницу; въ другомъ же случаѣ такое явленіе есть очевидно результатъ другихъ причинъ. Единственной мнѣ кажется причиной было въ данномъ случаѣ это утолщеніе кожи и ея затвердѣніе.

Во всѣхъ другихъ случаяхъ, какъ я сказалъ уже, замѣчалось болѣе или менѣе продолжительное улучшеніе въ состояніи здоровья. Въ случаѣ 1 отекъ послѣ 1 надрѣза не появлялся въ теченіи 8 мѣсяцевъ, послѣ 2-ого 4 мѣсяца; въ случаѣ 3-мъ повторить разрѣзъ пришлось спустя 11 мѣсяцевъ и больной чувствовалъ себя хорошо, могъ заниматься своими дѣлами; въ случ. 5 наступило полное возстановленіе здоровья и больной выписался изъ больницы спустя 20 дней; въ теченіи 3 мѣсяцевъ дальнѣйшаго наблюденія надрѣзовъ повторить не приходилось; въ случ. 7 также наступило значительное улучшеніе вслѣдъ за надрѣзами кожи и больной находился подъ наблюденіемъ три мѣсяца и выписался изъ больницы безъ отековъ; въ случаѣ 8 хорошее состояніе наблюдалось у больной 4—5 мѣсяцевъ; въ случаѣ 13 въ теченіи уже 2 лѣтъ не приходилось повторять надрѣзовъ кожи; больной чувствуетъ себя хорошо, временами лишь разстраивается дѣятельность сердца и появляются отеки, которыя легко уступаютъ теперь соотвѣтственному лѣченію.

Такимъ образомъ въ отмѣченныхъ случаяхъ улучшеніе въ слѣдъ за надрѣзами кожи наблюдалось въ теченіи 3—24 мѣсяцевъ, въ остальныхъ же случаяхъ оно было менѣе продолжительное, но больные все же получали отъ такого лѣченія рѣзкое облегченіе. Во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ 2-хъ уже указанныхъ, истеченіе жидкости въ первые сутки бывало болѣе или менѣе значительное, такъ напр. нѣкоторые больные теряли въ вѣсѣ за 12—15 часовъ, отъ 10—до 15 фунтовъ. Такая потеря въ вѣсѣ, на

¹⁾ I. c.

²⁾ I. c.

счетъ конечно стекавшей жидкости, не отражалось дурно на больныхъ. Отдѣленіе мочи въ слѣдъ за надрѣзами въ большинствѣ случаевъ увеличивалось, дыханіе и пульсъ замедлялись. Больные могли спокойно проводить время въ лежачемъ положеніи. Что же касается послѣдующаго заживленія ранокъ отъ надрѣзовъ и осложненийъ, то въ большинствѣ случаевъ замѣчалось первое натяженіе и только въ 4-хъ случаяхъ отмѣчены осложнения (сл. 5, 8, 10 и 14). Въ одномъ воспалительный процессъ кожи и подкожной клѣтчатки, вслѣдствіе загрязненія канала, въ которомъ помѣщался металлическій дренажъ; загрязненіе же произошло, очевидно, благодаря тому приему, который примѣнилъ больной съ цѣлью освободить трубку и дренажъ отъ закупориванія—это продуваніе ртомъ трубки (сл. 10). Въ другихъ же двухъ случаяхъ получилось ограниченное омертвѣніе кожи и подкожной клѣтчатки по периферіи разрѣза (случ. 8) и на большемъ пространствѣ въ сл. 14, у 75 лѣтнаго старика. Въ послѣднемъ случаѣ омертвѣніе кожи не касалось разрѣза. Омертвѣніе въ данномъ случаѣ не находилось въ зависимости отъ разрѣза, такъ какъ еще до операціи у больного замѣчались такіа уже измѣненія, которыя указывали на начинающуюся гангрену кожи, почему и разрѣзъ былъ сдѣланъ не на обычномъ мѣстѣ, а въ сторонѣ. Въ случаѣ же 5 образовался небольшой абсцессъ вблизи разрѣза, который очень скоро, вслѣдъ за его вскрытіемъ, зарубцевался.

Основываясь такимъ образомъ на наблюдавшихся мною случаяхъ, я прихожу къ слѣдующему заключенію относительно способа механическаго лѣченія подкожной водянки.

1) Глубокіе надрѣзы кожи при лѣченіи водянки есть одно изъ вѣрныхъ средствъ для восстановленія правильнаго кровообращенія.

2) Этотъ способъ показанъ во всѣхъ случаяхъ подкожной водянки, не зависимо отъ причины вызвавшей ея—будетъ ли это результатомъ нарушенія компенсаціи дѣятельности сердца или функціи почекъ. Подъ вліяніемъ этого лѣченія полостныя водянки, развившіяся отъ указанныхъ причинъ, также быстро исчезаютъ какъ и отекъ подкожной клѣтчатки. Благодаря обильному истеченію жидкости въ первые сутки и улучшенію дѣятельности сердца быстро исчезаютъ и полостныя водянки, почему и не приходится дѣлать предварительной пунекціи живота или грудной полости. Исключеніемъ конечно будутъ тѣ случаи, когда брюшная водянка развивается на почвѣ цирроза печени или же отъ другихъ причинъ, механически препятствующихъ теченію крови черезъ воротную вену.

3) Показаніемъ къ примѣненію этого способа, ввиду все же наблюдающихся осложненій, должно служить не дѣйствительность всѣхъ другихъ средствъ, примѣнявшихся до этого. При этомъ только нужно имѣть въ виду дѣлать надрѣзы возможно раньше, когда еще нѣтъ значительнаго раздраженія кожи.

4) Этотъ способъ имѣетъ и нѣкоторыя существенныя преимущества передъ другими способами, примѣняющимися съ тою же цѣлью у такого рода больныхъ. Преимущество будутъ заключаться во 1-хъ въ томъ, что больные въ большинствѣ случаевъ получаютъ быстрое облегченіе отъ страданій, благодаря скоро наступающему улучшенію дѣятельности сердца и выдѣлительныхъ органовъ, а во 2-хъ, при такомъ способѣ, больные въ меньшей степени отравляются вредными веществами, заключающимися въ водяночной жидкости, благодаря не попаданію послѣдней въ общее кровообращеніе

5) Болѣе простымъ и лучшимъ способомъ механическаго леченія водянки, по моему мнѣнію, нужно считать глубокіе надрѣзы кожи съ послѣдующимъ асептическимъ или же антисептическимъ содержаніемъ ранъ. Такой способъ доступенъ, во 1-хъ каждому врачу, а во 2-хъ, менѣе, чѣмъ другіе, стѣсняетъ и больного.
