

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

Предсѣдателя Общества

Проф. А. Н. НАЗЕМЪ-БЕКА.

ТОМЪ V.

Я Н В А Р Ъ .

1905 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1905.

19/10

Дозволено цензурою. Г. Казань, 13 октября 1905 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫИ.

Къ ученію о венномъ пульсѣ при недостаточности
трехстворчатого клапана и инсуффициенціи сердца.

Н. А. Грачева,

Приватъ-доцента Казанскаго Университета.

Ученіе о пульсѣ венъ должно быть основано на его графическомъ изображеніи. Первая флебограмма была снята Vamberger¹⁾. Онъ различалъ пульсъ венъ отъ ихъ ундуляцій.

Первый, по наблюденіямъ автора, появляется только при недостаточности *v. tricuspidalis*, при которой всегда образуется и недостаточность венныхъ клапановъ, вслѣдствіе сильнаго расширенія венныхъ стволовъ и производится онъ обратнымъ токомъ крови изъ сердца въ вены, чѣмъ существенно отличается отъ ундуляцій. Последнія выражаются тоже появленіемъ волнъ въ венѣ, но зависящихъ не отъ обратнаго тока крови, а отъ сотрясенія ея въ венѣ, возникающаго отъ удара, распространяющагося отъ трехстворки въ моментъ систолы желудочка черезъ замкнутые венные клапаны. Волны же, появляющіяся въ венѣ при діастолѣ желудочка, объясняются авторомъ систолой предсердій, при которой тоже происходитъ ударъ въ венные клапаны, передающійся содержимому вены. Флебограмма отъ сфигмограммы отличается, по мнѣнію этого автора, тѣмъ, что на восходящемъ бедрѣ флебограммы близъ вершины имѣется дилятическая волна, вслѣдствіе за чего вершина кривой имѣетъ сѣдлообразный видъ. Первый зубецъ около вершины Vamberger считаетъ происходящимъ отъ систолы праваго желудочка, второй же—отъ сокращенія папиллярныхъ мышцъ въ концѣ систолы желудочка и вызываемаго этимъ увеличенія напора въ венахъ. На другія волны, замѣчаемыя на восходящемъ и нисходящемъ бедрѣ

¹⁾ Würzburg. med. Zeitschr., 1863. т. 4, стр. 232.

его флебограммы, авторъ не обращаетъ вниманія. Существованіе веннаго пульса у больныхъ, происходящаго, какъ выше сказано, отъ обратнаго тока крови, Bamberger считаетъ патогномическимъ признакомъ недостаточности трехстворчататаго клапана, при которой всегда одновременно бываетъ и недостаточность клапановъ шейныхъ венъ. Онъ, наконецъ, указываетъ способъ, дающій возможность быстро отличить ундуляцію отъ пульсацій. При прижатіи вены, по срединѣ ея хода на шеѣ, при ундуляціи въ отръзкѣ, лежащемъ ниже мѣста прижатія, вена спадается и движенія въ ней прекращаются, или же едва замѣтны, между тѣмъ, при венномъ пульсѣ, движенія продолжаются въ неизмѣненномъ видѣ и вена не спадается. Кромѣ этого венный пульсъ, по Bamberger'у, при пальпаціи представляется пальцу чѣмъ то особенно мягкимъ, при извѣстной величинѣ и полнотѣ, такъ, что, если его одинъ разъ изслѣдовать, то потомъ уже нелегко спутать съ чѣмънибудь другимъ.

Слѣдомъ за его работой появилась статья Geigel'я ¹⁾, въ которой онъ опубликовалъ одинъ случай недостаточности трехстворчататаго клапана и привелъ флебограмму, полученную сфигмографомъ Marey'я. Этимъ случаемъ авторъ подтверждаетъ взглядъ Бамбергера.

Потомъ встрѣчаемъ въ литературѣ работу Friedreich'a ²⁾. Послѣдній, на основаніи своихъ наблюденій, не можетъ согласиться съ Bamberger'омъ относительно способа происхожденія ундуляцій, относительно объясненія флебограммы патологическаго пульса и вообще о патогномическомъ значеніи этого рода веннаго пульса для недостаточности трехстворчататаго клапана. Ундуляторныя движенія авторъ считаетъ происходящими отъ перемежающихся застоевъ крови въ венахъ, сообразно съ фазами сердечной дѣятельности, и отличаетъ ихъ отъ собственно веннаго пульса. Подъ именемъ послѣдняго должно разумѣть, по его мнѣнію, всѣ движенія шейныхъ венъ, изохроничныя сердечнымъ ударамъ, производимыя идущей снизу вверхъ центробѣжной волной крови. Послѣднія движенія Friedreich записалъ сфигмографомъ и получилъ флебограммы двухъ видовъ: во 1-хъ, при недостаточности трехстворчататаго клапана и во 2-хъ, при одной только недостаточности клапановъ шейныхъ венъ. Флебограмма въ первомъ случаѣ, по описанію автора, анадикротична, т. е. представляетъ одну волну при началѣ линіи подъема и катадикротична, т. е. представляетъ тоже одну волну на линіи спуска. Кромѣ того вершины нѣкоторыхъ кривыхъ имѣли сѣдлообразное углубленіе, такъ же, какъ флебограммы, сня-

¹⁾ Würzburg. med. Zeitschr., т. 4 и 6., 1863, стр. 332.

²⁾ Deutsche Arch. f. Klin. Med. т. I, стр. 241, 1865 г.

тѣя Bamberger'омъ. Анадикротизмъ Friedreich считаетъ выраженіемъ сокращенія предсердія, восходящую линію—за сокращеніе желудочка, катадикротизмъ объясняетъ рефлексіей волнъ изъ праваго желудочка, сѣдловидныя же образованія у вершины кривой считаетъ искусственнымъ явленіемъ, обусловленнымъ быстрымъ движеніемъ вверхъ рычага сфигмографа, и при этомъ ссылается на Mageu'я, который получилъ такія же углубленія на вершинахъ волнъ артеріальнаго пульса, и на опыты Кошлякова¹⁾, которые говорятъ тоже о возможности искусственнаго появленія такихъ углубленій. „Уже поверхностное разсматриваніе кривыхъ, говоритъ Friedreich (стр. 270), показываетъ, что линія, соотвѣтствующая первому восхожденію кривой, не только почти повсюду короче, но и представляетъ собою менѣе крутой и болѣе пологій подъемъ, тогда какъ линія второго восхожденія поднимается вездѣ одинаково круто, нерѣдко отвѣсно (перпендикулярно), такъ что удлинненіе первой восходящей линіи регулярно пересѣкало бы подъ болѣе или менѣе острымъ угломъ вторую восходящую линію въ ея дѣйствительномъ ходѣ или при ея продолженіи. Такимъ образомъ, говоритъ авторъ, очевидно, что та дѣятельность, которая лежитъ въ основаніи перваго восхожденія, не только короче, но и слабѣе и менѣе быстра, чѣмъ та, которая производитъ второе восхожденіе. Какъ въ послѣднемъ (2-мъ восхожденіи) съ увѣренностью мы видимъ выраженіе сокращеній праваго желудочка, такъ, мнѣ кажется, вполнѣ несомнѣннымъ относительно перваго восхожденія, что оно не имѣетъ ничего общаго съ дѣятельностью праваго желудочка, но вѣрнѣе соотвѣтствуетъ сокращеніямъ праваго предсердія, особенности котораго точнымъ образомъ отражаются въ упомянутыхъ качествахъ перваго восхожденія“. Въ подтвержденіе своего мнѣнія Friedreich приводитъ взглядъ Gendrin'a, объяснившего также первое возвышеніе дѣятельностью предсердія, а второе—дѣятельностью желудочка. Далѣе Friedreich опровергаетъ взглядъ Bamberger'a, что систолическій диокротизмъ представляетъ характеристическую особенность патологическаго вennaго пульса. Изслѣдуя его въ разныя стадіи болѣзни, Friedreich убѣдился, что анадикротизмъ дѣлается слабѣе и исчезаетъ по мѣрѣ развитія все большей и большей слабости праваго предсердія и кривая вennaго пульса получается похожей на кривую артеріальнаго пульса при недостаточности аортальныхъ клапановъ. Объяснивъ катадикротизмъ рефлексіей волнъ отъ внутренней поверхности праваго желудочка, Friedreich прибавляетъ, что „приведенное объясненіе его не удовлетворяетъ ни въ какомъ отношеніи, но вслѣдствіе недостатка луч-

¹⁾ Virchow's Archiv, 30, 1864, стр. 149.

шаго, оно все-таки можетъ имѣть свое основаніе. Выраженность катадикротизма опредѣляется съ одной стороны энергіей сокращенія желудочка, съ другой—степенью напряженности сосудистыхъ стѣнокъ. Катадикротизмъ будетъ рѣзко выраженъ при сильной дѣятельности желудочка, а также и при слабой дѣятельности желудочка, если существуетъ сильная степень атоніи стѣнокъ сосудовъ, при которой могутъ быть значительныя ихъ экскурсіи. Катадикротизмъ, такимъ образомъ, по мнѣнію автора, вполне зависитъ отъ дѣятельности желудочка, анадикротизмъ же—отъ дѣятельности предсердія. Этимъ и объясняется разнообразіе въ очертаніяхъ записанныхъ имъ флебограммъ. Если нѣтъ условій при дѣятельности сердца для образованія какъ анадикротизма, такъ и катадикротизма, то получается очень простая по виду флебограмма, а именно, дающая прямую линію восхожденія и также прямую линію паденія.

Затѣмъ Friedreich говоритъ, что при недостаточности трехстворки и при достаточныхъ венныхъ клапановъ бываетъ пульсъ луковичъ яремной вены, пульсъ же ствола вены будетъ только въ случаяхъ совмѣстнаго существованія той и другой недостаточности.

Кривыя колебаній венъ, полученные при одной только недостаточности клапановъ венъ, нѣсколько отличаются отъ описанной флебограммы тѣмъ, что второе восхожденіе оказывается ниже и положе, чѣмъ въ случаяхъ недостаточности трехстворчатого клапана. Да и объясняется вторая волна должна не возвратнымъ токомъ изъ праваго желудочка при его сокращеніи, но передачей пульсацій восходящей аорты на прилежащую къ ней верхнюю полую вену. Благодаря этому, въ этой послѣдней возникаетъ волна, изохроничная систолѣ желудочка, достигающая яремныхъ венъ.

Катадикротическая волна флебограммы, бывающая здѣсь рѣже чѣмъ при недостаточности трехстворчатого клапана, производится дикротической волной аорты. Friedreich къ этому прибавляетъ, что онъ будетъ придерживаться такого объясненія до тѣхъ поръ, покуда оно не будетъ замѣнено лучшимъ.

Въ 1869 году Thamm¹⁾ опубликовалъ свою работу о пульсѣ венъ. Этотъ авторъ пришелъ къ такимъ выводамъ: 1) что пульсъ *v. jugularis* не патогномониченъ для недостаточности *v. tricuspidalis* и 2) что онъ есть характерный признакъ недостаточности клапановъ *v. jugularis*. Выводы эти обоснованы имъ на клиническихъ наблюденіяхъ. Такъ, онъ имѣлъ одну больную съ ясно выраженнымъ веннымъ пульсомъ, у которой при аутопсіи не было найдено *insuff. v. tricuspidalis* и оказалась при сильно расширенныхъ ярем-

¹⁾ Berl. klin. Woch. 1869, № 13.

ныхъ венахъ только недостаточность ихъ клапановъ. По взгляду автора, для появленія веннаго пульса въ яремныхъ венахъ, кромѣ ихъ расширенія, необходима усиленная дѣятельность сердца, такъ какъ при нормальныхъ условіяхъ центрифугальная волна можетъ распространяться только отъ праваго предсердія до v. апонума.

Въ другомъ случаѣ Thamm имѣлъ больную съ значительно выраженной недостаточностью v. tricuspidalis, подтвержденной вскрытіемъ, у которой не было пульса яремныхъ венъ. Мышечная сила сердца у этой больной была очень слабая. Наконецъ, авторъ ставитъ опытъ для выясненія вопроса, можетъ ли появиться въ яремныхъ венахъ пульсъ при достаточныхъ клапанахъ. Онъ взялъ сосудъ и соединилъ его краномъ съ гуттаперчевой трубкой, въ которой былъ устроенъ клапанъ изъ тонкой резины. Накладывая сфигмографъ на гуттаперчевую трубку между сосудомъ и клапаномъ, онъ при перемѣнныхъ закрываніи и открываніи крана получалъ кривыя, состоящія изъ повышеній и пониженій; при положеніи же инструмента за клапаномъ онъ всегда получалъ прямую линію, и только манометръ, введенный въ эту часть, давалъ очень незначительныя волны. Этотъ опытъ привелъ его къ заключенію, что при цѣлости клапановъ яремныхъ венъ въ нихъ можно наблюдать только ундуляцію, венный же пульсъ не можетъ появляться.

Вышеуказанные авторы, прибѣгая къ графическому методу изслѣдованія веннаго пульса, производили запись только кривой веннаго пульса сфигмографомъ Магеу'я и уже по внѣшнему виду ея давали объясненіе какъ кривой, такъ и устанавливали понятіе о венномъ пульсѣ.

Въ 1882 году Riegel ¹⁾ не ограничился только снятіемъ флебограммы, но одновременно записывалъ и сфигмограмму. Благодаря сравненію кривыхъ, получилась возможность дать болѣе точное понятіе о патологическомъ пульсѣ венъ.

На основаніи своихъ изслѣдованій, Riegel прежде всего указываетъ, что должно отличать переходныя формы отъ нормальнаго пульса къ патологическому. Эти формы онъ называетъ усиленнымъ нормальнымъ веннымъ пульсомъ. (см. фиг. 1). При нихъ отличительной чертой отъ нормальнаго пульса является только высота волны, между тѣмъ какъ временныя отношенія между сфигмограммой и флебограммой остаются такими же, какъ при нормальномъ пульсѣ, т. е. имѣются сердечно-систолическое спаденіе вены и очень выраженное ея діастолическое набуханіе. Это наблюдается

¹⁾ Berl. Klin. Woch. 1881, № 18; Deutsche Arch. f. Klin. Med. т. 31, стр. 1.

9) Венозный пульсъ при недостаточности *v. tricuspidalis* обнаруживаетъ дикротію восходящаго и монокротію нисходящаго бедра. При уменьшающейся силѣ сердца анадикротизмъ становится часто неяснымъ, или совсѣмъ исчезаетъ.

Въ заключение Riegel указываетъ, что можно различить 2 главныхъ формы веннаго пульса: 1) нормальный систолически-отрицательный или діастолически - пресистолическій венозный пульсъ, 2) настоящій обратный или положительный пресистолически—систолическій венозный пульсъ; послѣдній бываетъ только при недостаточности *v. tricuspidalis*. Между этими двумя, какъ среднюю форму, можно признавать усиленный діастолически-пресистолическій пульсъ, который часто наблюдается при болѣзняхъ, сопровождающихся переполненіемъ праваго сердца.

Авторъ по поводу своей работы дѣлаетъ слѣдующую оговорку; „я не скрываю, что этотъ трудъ имѣетъ много недостатковъ и оставляетъ еще многіе вопросы неразрѣшенными“.

Далѣе Marey ¹⁾ помѣщаетъ короткую замѣтку о патологическомъ венномъ пульсѣ и приводитъ одну кривую, записанную сфигмографомъ (см. фиг. 3) у больного съ недостаточностью

Фиг. 3.

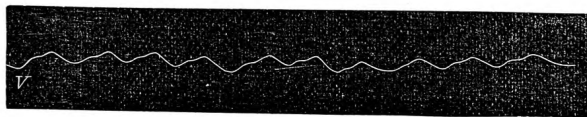


Fig. 338. Pouls de veines de la jambe un cas d'insuffisance tricuspidale avec rupture des valvules veineuses (Marey).

трехстворчататаго клапана. При этомъ самъ авторъ указываетъ на малую пригодность этого инструмента въ данномъ случаѣ. Легкое поднятіе, по Marey, соотвѣтствуетъ систолѣ предсердія, болѣе же сильное происходитъ въ моментъ систолы желудочка; какъ то, такъ и другое поднятіе происходятъ отъ обратнаго тока крови въ вены изъ полостей сердца въ моментъ ихъ сокращеній. Недостаточность трехстворчататаго клапана у даннаго больного была чрезвычайно рѣзко выражена и венозные пульсаціи были замѣтны не только въ яремныхъ, но даже въ венахъ бедра, ноги, голени и стопы.

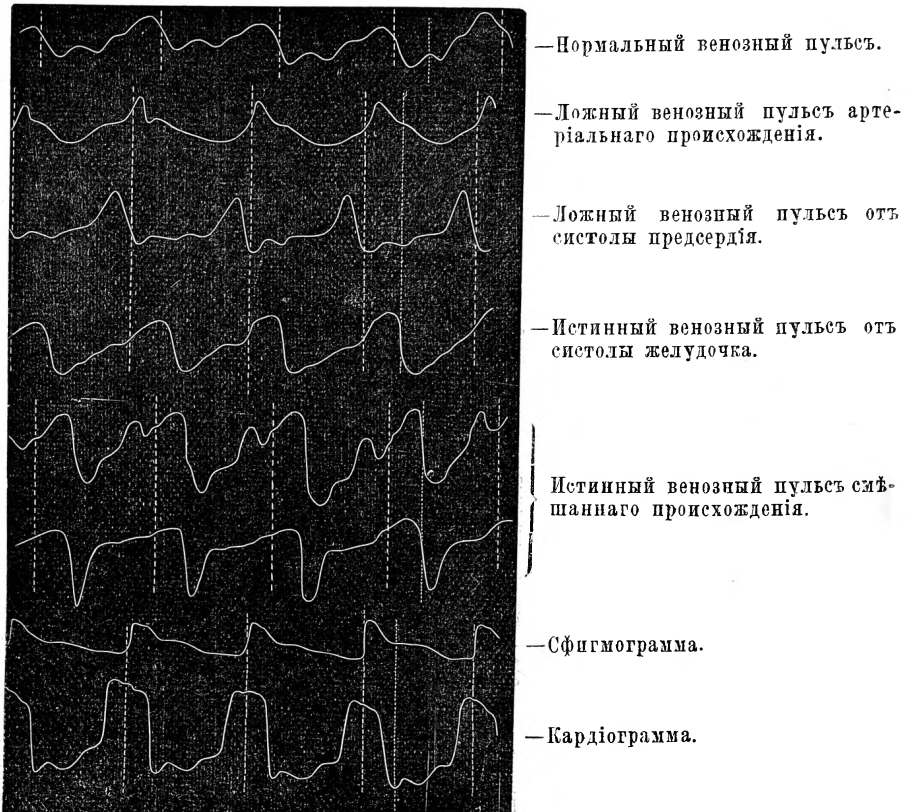
Исслѣдованіе веннаго пульса Rotain'a ²⁾ тѣмъ болѣе заслуживаетъ вниманія, что методъ, примѣненный имъ, былъ болѣе

¹⁾ La circulation du sang. 1881, стр. 693.

²⁾ Клиническія лекціи о болѣзняхъ сердца, собранія V a q u e z'омъ, переводъ Гохбаума, Сиб. 1898, стр. 111.

точный, чѣмъ у остальныхъ авторовъ, благодаря одновременной записи сердечнаго толчка, пульса артерій и пульса венъ аппаратами съ воздушной передачей. Основываясь на полученныхъ имъ кривыхъ веннаго пульса одновременно съ сфигмограммой и кардіограммой, онъ устанавливаетъ нѣсколько формъ веннаго пульса (см. фиг. 4).

Фиг. 4.



Такъ, онъ говоритъ о нормальномъ венномъ пульсѣ, т. е., о пульсѣ при здоровомъ сердцѣ. Далѣе онъ указываетъ на ложный венный пульсъ, т. е. на пульсаторныя явленія въ венахъ, происходящія, во 1-хъ, путемъ передачи пульса сосѣдней артеріи на вену и, во 2-хъ, о тѣхъ случаяхъ веннаго пульса, гдѣ особенно рѣзко выражена волна отъ предсердія, благодаря усиленной дѣятельности послѣдняго; эту вторую форму ложнаго веннаго пульса онъ называетъ акцентуированнымъ нормальнымъ пульсомъ; послѣдняго рода пульсъ, по его мнѣнію,

легче всего смѣшивается съ патологическимъ веннымъ пульсомъ. Наконецъ, Potain говоритъ о патологическомъ венномъ пульсѣ или, какъ онъ выражается, объ истинномъ венозномъ пульсѣ, т. е. о пульсѣ, наблюдаемомъ при недостаточности *v. tricuspidalis*, и дѣлитъ его на 2 разновидности: 1) на пульсъ, гдѣ наиболѣе выраженный подъемъ начинается во время систолы желудочка, и 2) на смѣшанный пульсъ, гдѣ одна пульсація соотвѣтствуетъ систолѣ предсердій, а другая систолѣ желудочка.

Флебограмма нормального веннаго пульса характеризуется постепеннымъ подъемомъ линіи по мѣрѣ набуханія вены, затѣмъ болѣе крутымъ и значительнымъ подъемомъ, соотвѣтствующимъ и происходящимъ отъ систолы предсердія. Далѣе слѣдуетъ значительное паденіе во время его діастолы, затѣмъ имѣется небольшое повышеніе линіи, зависящее отъ систолы желудочка, послѣ чего начинается пониженіе линіи кривой во время діастолы желудочковъ.

Ложный венный пульсъ артеріальнаго происхожденія даетъ флебограмму, въ точности повторяющую сфигмограмму артерій. Другая разновидность ложнаго веннаго пульса, названная Potain'омъ акцентуированнымъ нормальнымъ пульсомъ, отличается болѣе высокою волной, соотвѣтствующей систолѣ праваго предсердія.

При истинномъ венномъ пульсѣ главный подъемъ, по толкованію автора, приходится на систолу желудочка, а внезапное спаденіе вены наблюдается сейчасъ послѣ діастолы желудочка. Въ этомъ быстромъ спаденіи авторъ видитъ самый важный признакъ для отличія истиннаго венознаго пульса (происходящаго при недостаточности *v. tricuspidalis*) отъ другихъ его формъ, выше указанныхъ. Наконецъ, истинный венозный пульсъ смѣшаннаго происхожденія отличается отъ сейчасъ описаннаго только тѣмъ, что волна, соотвѣтствующая сокращенію предсердія, весьма рѣзко выражена.

Разсматривая данные Potain'омъ чертежи (см. фиг. 5), я нахожу въ нихъ нѣкоторыя ошибки. Во 1-хъ, на кардіограммѣ замыканіе полулунныхъ клапановъ происходитъ не тамъ, гдѣ онъ отмѣчаетъ, а значительно раньше, какъ я убѣдился экспериментальнымъ путемъ; во 2-хъ, флебограммы Potain'a, по моему мнѣнію, не изображаютъ дѣйствительно колебанія стѣнки вены, благодаря тому, что авторъ работалъ съ аппаратами, не позволявшими точной передачи вслѣдствіе ихъ конструкціи.

Все это заставляетъ меня съ сомнѣніемъ отнестись къ выводамъ автора. Такъ стояло ученіе о флебограммѣ, когда я началъ свою работу.

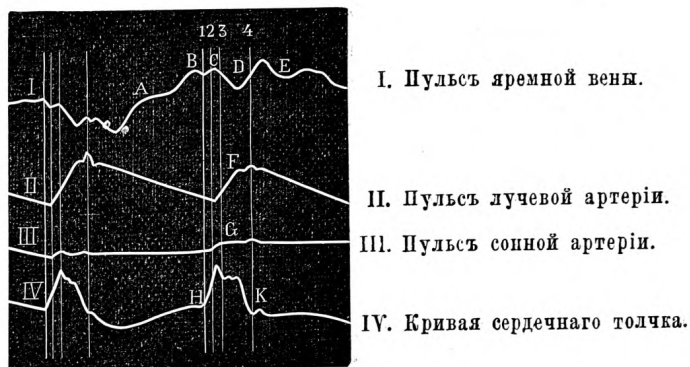
Она была уже приготовлена къ печати, какъ появилась очень интересная работа I. Mackenzie¹⁾. По его наблюденіямъ веноз-

¹⁾ Die Lehre vom Puls. Frankfurt, 1904, стр. 168.

ная кривая обыкновенно представляет нѣсколько волнъ, значеніе которыхъ возможно опредѣлить только при сравненіи съ сфигмограммой (сонной или лучевой артерій), а также съ кардіограммою. Очень часто невозможно получить флебограмму съ *v. jugularis*, въ которой не было бы зубца отъ артеріальнаго пульса сонной артеріи. Не считая указаннаго повышенія, флебограмма передаетъ въ общемъ колебанія давленія въ предсердіи.

На кривой этого послѣдняго, какъ извѣстно, имѣются 2 повышенія—одно большее, а другое меньшее. Первое наблюдается при сокращеніи предсердія, кривая повышается непосредственно передъ наступленіемъ систолы желудочка, второе послѣ захлопыванія атріовентрикулярныхъ клапановъ, когда кровь течетъ изъ венъ въ предсердія и оканчивается оно во время діастолы желудочка, когда открываются атріо-вентрикулярные клапаны (по Frey'ю).

Фиг. 5.



Potain, фиг. 54. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie т. VIII, 1868, стр. 65, статья «cœur, insuffisance de la valvule tricuspide».

Подобныя же колебанія наблюдаются въ флебограммѣ: значительное повышеніе во время систолы предсердія (предсердіальная волна) и меньшая волна во время систолы желудочка (желудочковая).

По мѣрѣ расширенія правой половины сердца, флебограмма измѣняетъ свой видъ. Какъ только трехстворка сдѣлается недостаточной, кровь очень быстро накапливается въ предсердіи, вслѣдствіе того, что къ притекающей крови изъ венъ присоединяется кровь изъ желудочка. Поэтому вторая волна—желудочковая—становится значительнѣе и начинается на флебограммѣ ранѣе; ея большая или меньшая выраженность соотвѣтствуетъ степени инсufficiенціи трехстворчатого клапана.

При все возрастающемъ застоѣ въ правой половинѣ сердца волна эта увеличивается до тѣхъ поръ, пока она становится настолько продолжительной, какъ и систола желудочка. Линія паденія этой волны совпадаетъ съ діастолой желудочка.

Съ тѣмъ вмѣстѣ уменьшается на флебограммѣ предсердіальная волна и въ выраженныхъ случаяхъ нѣтъ даже и намека на ея существованіе. Это объясняется тѣмъ, что предсердіе оказывается настолько расширеннымъ, его стѣнки представляются настолько растянутыми, что онѣ не могутъ при своемъ сокращеніи передвигать кровь въ вены.

Увеличеніе желудочковой волны съ уменьшеніемъ и пропаданіемъ предсердіальной легко демонстрируется, если сравнивать случаи застоя въ разной степени или если слѣдить за флебограммой больного въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени при ухудшеніи заболѣванія.

На практикѣ должно различать два вида веннаго пульса — смотря по выраженности предсердіальной или желудочковой волнъ. Первый видъ долженъ быть названъ предсердіальнымъ пульсомъ, второй желудочковымъ. Рѣзкой границы между тѣмъ и другимъ нѣтъ. Между тѣмъ какъ предсердечная волна можетъ вполнѣ исчезнуть на флебограммѣ, желудочковая волна, почти безъ исключеній, имѣется даже при выраженномъ предсердіальномъ видѣ пульса.

Въ извѣстныхъ границахъ желудочковый видъ пульса указываетъ на значительный застой въ правой половинѣ сердца.

Не нужно думать, что предсердечный пульсъ при дальнѣйшемъ развитіи и ухудшеніи страданія долженъ переходить всегда въ желудочковый. Все это зависитъ отъ формы заболѣванія. Желудочковый пульсъ почти безъ исключенія наблюдается у больныхъ, у которыхъ кровообращеніе нарушено вслѣдствіе недостаточности *mitralis*. При инсуффициенціи же сердца или при перерожденіи мышцы, предсердіе долго остается способнымъ къ энергическимъ сокращеніямъ и вены представляютъ въ теченіе извѣстнаго времени очень выраженную широкую предсердіальную волну.

Причину различія пульса въ этихъ двухъ случаяхъ понять легко. При недостаточности *mitralis*, развивается сильная гипертрофія праваго желудочка и при относительной инсуффициенціи трехстворки посылается волна значительной силы въ предсердіе. Она растягиваетъ его, и дѣлаетъ его неспособнымъ (стѣнка его вытянута и тонка) къ энергическимъ сокращеніямъ и возбужденію предсердіальной волны въ венѣ.

При жировомъ и фиброзномъ перерожденіи мышцы желудочка такой сильной волны, вліяющей на растяженіе мышцы предсердія, быть не можетъ и предсердіальная волна на флебограммѣ

окажется ясной и неисчезающей. Въ этомъ случаѣ, несмотря на ясно выраженный пульсъ яремныхъ венъ, почти никогда не бываетъ пульса печени. При предсердіальномъ видѣ венознаго пульса и при пульсѣ печени, если въ немъ имѣется высокая предсердіальная волна, нужно, по мнѣнію Mackenzie, признавать гипертрофію праваго предсердія, которая въ выраженной степени наблюдается только при стенозѣ праваго венознаго кольца. Такимъ образомъ указанный пульсъ является діагностическимъ признакомъ развившагося стеноза праваго атриовентрикулярнаго кольца. Но, разумѣется, если гипертрофированное предсердіе ослабнетъ вслѣдствіе тѣхъ или другихъ причинъ, предсердіальный видъ пульса исчезнетъ.

Въ первыхъ стадіяхъ недостаточности трехстворчататаго клапана, зависящей отъ инсuffиценціи mitralis, если усилятся дѣятельность праваго предсердія, можетъ появиться печеночный пульсъ съ выраженной предсердіальной волной, которая однако скоро при дальнѣйшемъ теченіи страданія, при ослабленіи предсердія, пропадаетъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ волна эта оставалась, можно было при аутопсіи убѣдиться въ стенозѣ tricuspidalis ¹⁾.

Относительно 1) предсердіальнаго типа пульса слѣдуетъ еще сдѣлать нѣсколько замѣчаній. Если число ударовъ сердца замедляется, то флебограмма послѣ желудочковой волны можетъ подниматься постепенно вверхъ и прерываться только зубцомъ, указывающимъ на сокращеніе предсердія.

При учащеніи сердцебіенія измѣненія флебограммы относятся къ укороченію кривой во время діастолы предсердія. Желудочковая волна оказывается придвинутой къ предсердіальной и выражается зубцомъ на этой послѣдней волнѣ. Такимъ образомъ флебограмма можетъ представить только одну волну съ тремя зубцами (отъ желудочка, предсердія и сонной артеріи). Наконецъ волна можетъ быть совершенно безъ зубцовъ.

Величина предсердіальной волны подвержена значительнымъ колебаніямъ. Если вена до наступленія этой волны растянута, то послѣдняя мала, въ противномъ случаѣ—велика и выражена. Но изъ этого нельзя дѣлать какихъ нибудь заключеній, развѣ только при выраженности волны можно говорить о способности предсердія къ сильнымъ сокращеніямъ.

Паденія на флебограммѣ указываютъ: одно—на начало діастолы предсердія, другое—желудочка. Если пульсовые удары рѣдки, эти паденія выражены, если часты, то первое выражено, а второе

¹⁾ F. Volhard (Berl. klin. Woch, 1904, № 21) выраженный предсердіальный печеночный пульсъ наблюдалъ при перикардіальномъ экссудатѣ и зависящей отъ него гипертрофіи праваго предсердія.

пропадаетъ. Пока предсердіе хорошо функціонируетъ, его діастола хорошо опорожняетъ вену, почему и имѣется значительное паденіе на кривой. Паденіе желудочковой волны, наоборотъ, при учащеніи сердцѣбіеній дѣлается меньше и наконецъ пропадаетъ.

Если предсердіе ослабѣваетъ въ своей дѣятельности, то первое паденіе на флебограммѣ дѣлается менѣе и пропадаетъ совсѣмъ, потому что предсердіе, дѣлая только слабыя сокращенія, не можетъ вмѣстить въ себѣ всю кровь изъ венъ.

Такимъ образомъ ослабѣвшее предсердіе узнается не только по незначительному поднятію флебограммы, но и по уменьшенному паденію кривой. Можно высказать вообще правило,—если желудочковое паденіе значительно превосходитъ предсердіальное, то имѣется значительное расширеніе праваго сердца съ ослабленіемъ предсердія.

Относительно желудочковой волны слѣдуетъ слѣлать нѣсколько замѣчаній. Гдѣ она существуетъ, тамъ она длится долѣе чѣмъ періодъ изгнанія систолы желудочка, и распространяется на пост-сфигмическій отдѣлъ. Нерѣдко желудочковая волна раздѣлена слѣлообразнымъ углубленіемъ на 2 части и 2-я падаетъ на время послѣ захлопыванія полулунныхъ клапановъ. Иногда желудочковая волна начинаетъ образовываться только въ это послѣднее время.

2) Желудочковый типъ веннаго пульса характеризуетъ колебаніе давленія въ правомъ желудочкѣ. Увеличеніе желудочковой волны съ уменьшеніемъ и пропаданіемъ предсердіальной характерно для пареза предсердія.

Въ случаѣ митральнаго стеноза, при нарушеніи компенсаціи, съ увеличеніемъ сердечнаго притупленія, приходится наблюдать пропаданіе бывшаго до этого пресистолическаго шума *ad arisem cordis*. Этого шума никогда не было при чистомъ желудочковомъ пульсѣ вены. Такимъ образомъ нужно признать, что тамъ, гдѣ нѣтъ предсердіальной волны на флебограммѣ, тамъ растянуто не только правое предсердіе, но и лѣвое.

Желудочковая волна можетъ въ флебограммѣ появляться ранѣе систолической волны артеріальнаго пульса. Это объясняется тѣмъ, что сокращеніе лѣваго желудочка должно преодолѣть сильное препятствіе въ аортѣ, между тѣмъ какъ систола праваго желудочка должна преодолѣть незначительное давленіе въ предсердіи, почему первая въ артеріяхъ является позже, а послѣдняя въ венахъ ранѣе. Итакъ, желудочковая волна на флебограммѣ вентрикулярнаго типа можетъ начинаться ранѣе и оканчиваться позже артеріальной волны.

Паденіе кривой въ флебограммѣ желудочковаго типа соотвѣтствуетъ оттоку крови изъ венъ во время діастолы желудочка

и показываетъ степень застоя въ правомъ сердцѣ. Если онъ не великъ, то въ флебограммѣ окажется достаточно круто падающая линія, если же значителенъ, то діастолическое паденіе незначительно и скоро рычагъ пишущаго аппарата снова поднимается. Особенно ясно все это, если удары сердца не часты.

На основаніи своихъ многочисленныхъ изслѣдованій Masken-
zie приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Видимый венный пульсъ есть доказательство застоя въ правой половинѣ сердца. Застой можетъ быть незначительнымъ и въ этомъ случаѣ флебограмма состоитъ изъ одной волны, которая совпадаетъ съ систолой праваго предсердія; ея падающая линія, выражающая спаденіе вены, соотвѣтствуетъ діастолѣ праваго предсердія.

2) При недостаточности трехстворчатого клапана, если она невелика, кромѣ указаной волны появляется еще вторая, малая, желудочковая, которая наступаетъ послѣ захлопыванія полулунныхъ клапановъ.

3) При увеличивающейся недостаточности трехстворки эта желудочковая волна появляется до захлопыванія клапановъ легочной артеріи, причемъ 2-я ея часть оказывается наиболѣе выраженной и съ захлопываніемъ клапановъ pulmonalis быстро поднимается вверхъ.

4) При очень выраженной недостаточности трехстворки, наиболѣе часто при порокахъ mitralis, растетъ желудочковая волна на счетъ предсердіальной; эта послѣдняя отходитъ на задній планъ и можетъ, при дальнѣйшемъ застоѣ, совершенно исчезнуть. Венозный пульсъ желудочковаго типа есть признакъ пареза праваго предсердія.

5) Клиническое значеніе венаго пульса должно быть обсуждаемо по его виду и по измѣненіямъ въ сердцѣ. Венный пульсъ желудочковаго типа происходитъ при значительномъ расширеніи сердца при старыхъ порокахъ сердца; нарушение кровообращенія серьезно и непоправимо.

Если пульсъ предсердіальнаго типа, то значеніе его будетъ различно смотря по вызвавшей его причинѣ. Если имѣется проходящее измѣненіе сердца (напр. при анеміи, беременности, лихорадкѣ), то венный пульсъ имѣетъ незначительное практическое значеніе. При міокардическомъ измѣненіи сердца (алкоголизмъ, жирное или фиброзное перерожденіе) пульсъ встрѣчается часто и имѣетъ важное значеніе. При злокачественной кахексіи и при пернициозной анеміи пульсъ часто рѣзко выраженъ и представляетъ признакъ сильнаго пораженія мышцы сердца.

При порокахъ митрального клапана видъ пульса и значеніе его различно. Если имѣется волна, соотвѣтствующая дѣятельности предсердія, то сравненіе величины этой волны и желудочковой позволяетъ опредѣлить степень нарушенія кровообращенія. Если желудочковая волна велика, то предсердіе—наканунъ своего истощенія.

Противъ нѣкоторыхъ выводовъ этой работы представлены были возраженія. Hering ¹⁾ думаетъ, что желудочково-діастолическая волна флебограммы не вѣрно объяснена Maskenzie. Ея нужно ставить въ связь съ приподнятіемъ основанія сердца во время діастолы. Въ этомъ можно убѣдиться тѣмъ, что желудочково-діастолическая волна растетъ при сжатіи pulmonalis, однако-же при этомъ не образуется положительнаго веннаго пульса, слѣдовательно, не происходитъ переливанія крови изъ желудочка въ предсердіе.

Deutsch ²⁾ въ своемъ докладѣ XXI конгрессу въ Лейпцигѣ сообщаетъ, что въ флебограммѣ jugularis находятъ волну, происходящую отъ сонной артерій; передъ ней пресистолическую, зависящую отъ сокращенія предсердія, за ней запоздалую систолическо-желудочковую. Отношеніе величины двухъ послѣднихъ волнъ другъ къ другу позволяетъ выяснять степень застоя въ правомъ сердцѣ, степень недостаточности трехстворки и силу сокращенія праваго желудочка и предсердія. Чисто желудочковый, состоящій изъ одной волны венозный пульсъ указываетъ, что слишкомъ расширенное предсердіе почти прекратило свою дѣятельность. Въ прогностическомъ отношеніи такой пульсъ имѣетъ очень серьезное значеніе. Если снять кромѣ флебограммы сфигмограмму и сердечный толчекъ, то можно иногда установить въ аритмической дѣятельности различное участіе обѣихъ половинъ сердца при его сокращеніи.³⁾

Различіе во взглядахъ на патологическій венный пульсъ заставило меня заняться разрѣшеніемъ этого вопроса путемъ экспериментальнымъ—опытами на животныхъ. Этимъ удалось упростить дѣло, работать при условіяхъ менѣе сложныхъ, чѣмъ у чловѣка. Такъ, производя у собакъ недостаточность трехстворчатого клапана, я зналъ, что здѣсь никакихъ другихъ отклоненій со стороны сердца нѣтъ и измѣненія, наступившія въ физиологической флебограммѣ, всецѣло зависятъ отъ этого поврежденія.

¹⁾ Die ventrikeldiastolische Welle der Venenpulses. Докладъ на XXI Конгрессѣ по внутр. медицинѣ въ Лейпцигѣ. Zentralbl. f. inn. Med. 1904, № 20, стр. 529

²⁾ Eine neue Methode zur Untersuchung der Venenpulse und ihre Anwendung. Докладъ на XXI Конгрессѣ по внутр. медицинѣ въ Лейпцигѣ, Münch. med. Woch. 1904, № 818, Zentralbl. f. innere Med. 1904, стр. 502.

Далѣе, подбирая животныхъ, страдающихъ недостаточностью трехстворчатого клапана, я могъ производить у нихъ запись съ обнаженной яремной вены, устранять въ нѣкоторыхъ, хотя не во всѣхъ, случаяхъ, передачу пульсацій близлежащей артеріи на вену и, наконецъ, путемъ вскрытія сердца опредѣлять точно имѣющіяся въ немъ измѣненія, слѣдовательно, точно выяснять вліяніе ихъ на видъ флебограммы.

И только тогда, когда я изучилъ патологическую флебограмму на животныхъ, я перешелъ къ изслѣдованію ея на людяхъ. Но здѣсь дѣло представлялось значительно болѣе сложнымъ. У людей сильно мѣшала запись одышка, кашель. Очень часто передавались пульсаціи сосѣдней артеріи на вену и т. д.

Венный пульсъ животныхъ, отравленныхъ кураре, записывался мною одновременно съ пульсомъ сонной артеріи и сердечнымъ толчкомъ тѣми же аппаратами, которые примѣнялись для изученія физиологическаго веннаго пульса ¹⁾).

Для произведенія искусственной недостаточности трехстворки предложенные инструменты страдаютъ тѣмъ важнымъ недостаткомъ, что при ихъ употребленіи ранится не только клапанъ и сухожильныя нити, но въ большей или меньшей степени и стѣнки желудочка и предсердія. Поэтому я всегда употреблялъ инструментъ такого устройства: (фиг. 6) въ трубкѣ, которая была вводимая въ вену, двигался стержень съ загнутымъ крючкомъ, оканчивающимся пуговкой. Крючекъ этотъ, отточенный сверху, почти не превышалъ діаметра трубки. Последнее обстоятельство гарантировало невозможность ранить стѣнку сердца.

Опытъ обставлялся такимъ образомъ: сначала, я выслушивалъ сердце собаки, предназначенной къ опыту; если не было никакихъ ненормальныхъ аускультативныхъ явленій, отпрепарировалъ правую яремную вену и записывалъ съ нея физиологическій пульсъ, затѣмъ въ нее вводился инструментъ для надрыва трехстворчатого клапана. Флебограмма записывалась снова, но уже съ лѣвой *vena jugularis*, которая обнажалась на возможно большемъ пространствѣ и подъ нее подводилась пластинка для устраненія, по возможности, передачи пульсацій сонной артеріи. Чтобы судить о степени надрыва клапана, каждый разъ послѣ опыта вскрывалось сердце.

Фиг. 6.



Инструментъ нарисованъ въ нѣсколько увеличенномъ видѣ.

¹⁾ О такъ называемомъ физиологическомъ венномъ пульсѣ. Уч. Записки Казан. Университета, 1895, Апрель, стр. 147.

У человѣка для записи кривыхъ вены, сердечнаго толчка и артерій я употреблялъ аппараты Verdin'a; для полученія флебограммы—тотъ же барабанчикъ, которымъ я пользовался для записи на животныхъ, удаливши отъ него только желобокъ, назначавшійся для помѣщенія обнаженной вены, для кардіограммы—кардіографъ, для сфигмограммы—сфимографъ съ воздушной передачей. Записываніе пульса сонной артеріи одновременно съ флебограммой jugularis у человѣка не удавалось потому, что невозможно было накладывать на шею больного два пишущихъ аппарата. Поэтому, волей-неволей, приходилось снимать сфигмограмму съ лучевой артеріи.

Для устраненія дыхательныхъ движеній, отражающихся весьма рѣзко на венахъ, больные задерживали искусственно на нѣкоторое время дыханіе. Правда, это имъ невольнѣ удавалось и на кривыхъ, приведенныхъ ниже отъ человѣка, всетаки достаточно ясно видны волны, зависящія отъ акта дыханія. При его остановкѣ очень часто происходило возбужденіе *n. vagi* и удары сердца становились рѣже.

Для сравненія получаемыхъ кривыхъ я пользовался циркулемъ ¹⁾, а также наложеніемъ ихъ другъ на друга. Всего легче это достигалось тѣмъ, что кривыя фотографировались; чувствительный слой снимался со стекла, отрѣзывалась каждая отдѣльная запись и полученные пленки накладывались одна на другую по отмѣткамъ начала кривыхъ. Благодаря прозрачности пленокъ сравненіе кривыхъ не представляло труда. Склеивая пленки между собою (растворомъ гуттаперчи въ ксилолѣ) возможно было, благодаря ихъ прозрачности сфотографировать наложенныя такимъ образомъ кривыя.

Если кривыя были малы, то онѣ увеличивались посредствомъ фотографіи, что давало лучшіе результаты, чѣмъ увеличеніе рисунковъ посредствомъ пантографа, къ которому я прибѣгалъ въ началѣ работы.

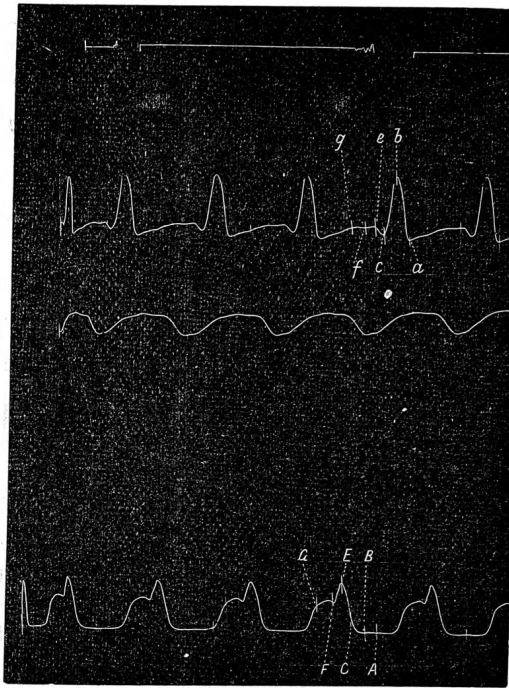
Ознакомивъ съ методомъ изслѣдованія, перейду къ разсмотрѣнію полученныхъ флебограммъ ²⁾ при искусственно произведенной недостаточности трехстворчатого клапана и сравненію съ физиологической, записанной у тѣхъ же животныхъ до надрыва клапана. Последняя, какъ показываетъ фиг. 7 а и в, представляетъ большую предсердiальную волну *abc*, которая начинается во время систолы предсердiя и оканчивается съ наступленіемъ систолы желудочка, т. е., точно соответствуетъ по времени ABC кардіограммы. Затѣмъ идетъ вторая значительно меньшая волна, отвѣчающая

¹⁾ Фабрики Е. О. Рихтера и К^о въ Chemnitz'ѣ.

²⁾ Читатъ кривыя слѣдуетъ справа налѣво.

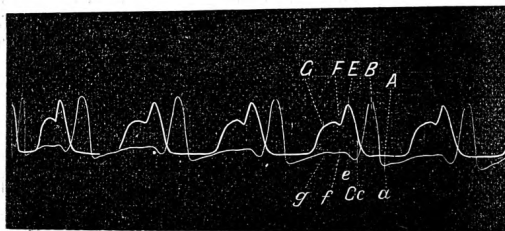
по времени систолѣ желудочка SEFG (кардіограммы)—желудочковая волна *sefg*; въ ея концѣ обособляется третья волна,—клапанная *g*.

Фиг. 7 а.



Кривыя веннаго пульса (верхняя), сонной артерин (средняя) и сердечнаго толчка (нижняя), полученные отъ собаки, при цѣломъ трехстворчатомъ клапанѣ.

Фиг. 7 б.

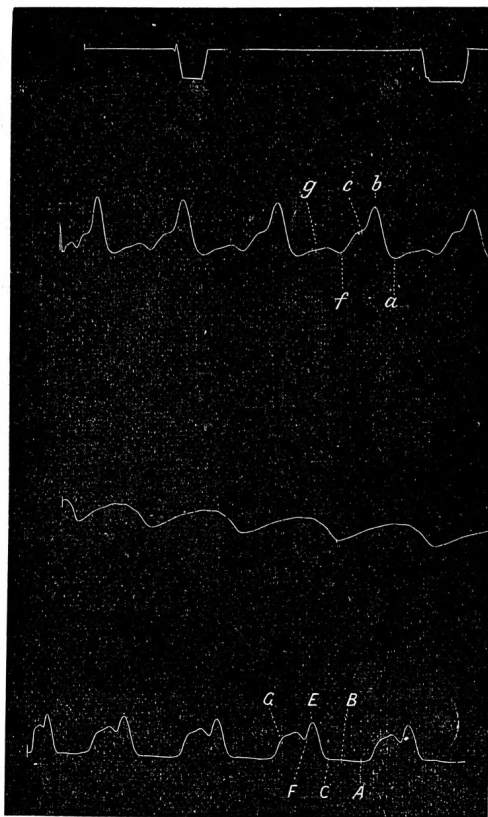


Тѣ же кривыя, наложенныя другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая физиологическаго веннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка.

Произведя искусственную недостаточность трехстворчатого клапана и записывая затѣмъ флебограмму, (см. фиг. 8 а и б)

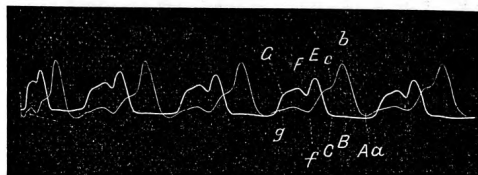
констатируемъ слѣдующія особенности: вмѣсто крутого спуска *bc*, падающаго точно на время діастолы предсердія, получается паде-

Фиг. 8 а.



Кривыя вѣннаго пульса (верхняя), сонной артеріи (средняя) и сердечнаго толчка (нижняя), полученныя отъ той же собаки при искусственно произведенной недостаточности трехстворчатого клапана.

Фиг. 8 б.



Тѣ же кривыя, наложенныя другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая патологическаго вѣннаго пульса, жирной — сердечнаго толчка.

ніе *bf*, перерываемое подъемомъ съ пункта *c*, соответствующимъ началу систолы желудочка пункту *C* (кардіограммы) и оканчивающееся значительно позже чѣмъ въ нормальномъ состояніи, а именно, приблизительно въ началу періода изгнанія желудочкомъ крови (пунктъ *F* кардіограммы). Причину такого измѣненія флебограммы приходится искать только въ нарушеніи функціи *v. tricuspidalis* вслѣдствіе его поврежденія, такъ какъ въ другихъ отношеніяхъ сердце остается неизмѣненнымъ. Понятно, что при инсуффициенціи трехстворки часть крови при сокращеніи желудочка вернется въ расширенное предсердіе, ограничитъ притокъ веной крови и значительно повыситъ давленіе въ венѣ во время перваго періода систолы желудочка—періода напряженія.

Въ другомъ опытѣ, веденномъ въ томъ же направленіи (см. фиг. 9 *a* и *b* физиологическій венный пульсъ и фиг. 10 *a* и *b*, на которой изображенъ пульсъ венъ при нарушеніи цѣлости трехстворчатого клапана), видно то же самое, а именно, на патологической флебограммѣ во время 1-го періода систолы желудочка (*CF* кардіограммы) отмѣчается очень значительный подъемъ (*cf* флебограммы) вмѣсто едва замѣтнаго поднятія кривой въ это же время на физиологической; такимъ образомъ въ данномъ случаѣ при нарушеніи цѣлости клапана происходитъ повышеніе давленія въ предсердіи благодаря возврату въ него крови изъ желудочка. Кромѣ этого на восходящемъ бедрѣ предсердіальной волны патологической флебограммы имѣется уступъ α , соответствующій по времени дикротической волнѣ α' сфигмограммы и зависящій, такимъ образомъ, отъ передачи пульсаціи близлежащей артеріи на вену.

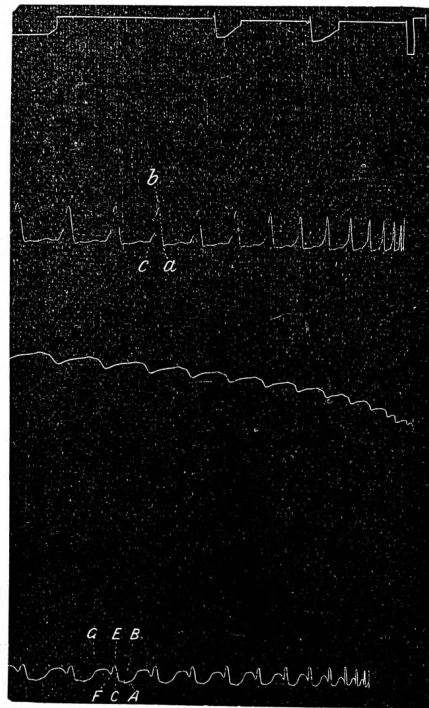
Характеръ патологической флебограммы ясенъ не только при сравненіи ея съ нормальной флебограммой, но и съ кардіограммой. Если въ нормальномъ состояніи спаденіе вены оканчивается къ моменту начала систолы желудочка, то при патологической флебограммѣ спаденіе вены запаздываетъ и она остается набухшей и во время 1-го періода систолы желудочка—періода его напряженія.

Въ этихъ двухъ случаяхъ, а также и другихъ, не приведенныхъ здѣсь, съ подобными же измѣненіями флебограммы, вскрытіе сердецъ указало на столь значительные разрывы клапановъ съ ихъ сухожильными нитями, что они совершенно не могли закрывать атріовентрикулярное отверстіе.

Въ тѣхъ же опытахъ, гдѣ поврежденія клапановъ были настолько незначительны, что не нарушалась функція ихъ, флебограммы не отличались отъ физиологическихъ. Одинъ изъ многихъ такихъ случаевъ съ весьма небольшимъ надрывомъ одного изъ зубцовъ клапана изображенъ на фиг. 11-й *a* и *b*. Временныя отношенія колебаній флебограммы здѣсь такіа-же, какъ на кривой вены,

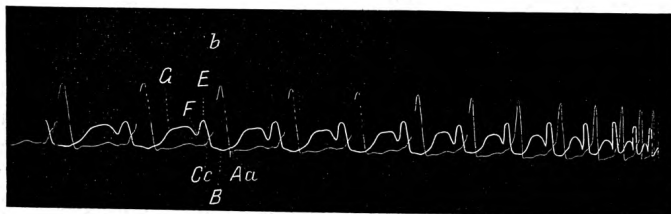
снятой у здороваго животнаго, т. е. подъемъ *ab* предсердіальной волны совпадаетъ съ систолой предсердія, а спускъ *bc* оканчи-

Фиг. 9 а.



Кривыя веннаго пульса (верхняя), сонной артеріи (средняя), сердечнаго толчка (нижняя), полученныя отъ другой собаки при цѣломъ трехстворчатомъ клапанѣ.

Фиг. 9 б.

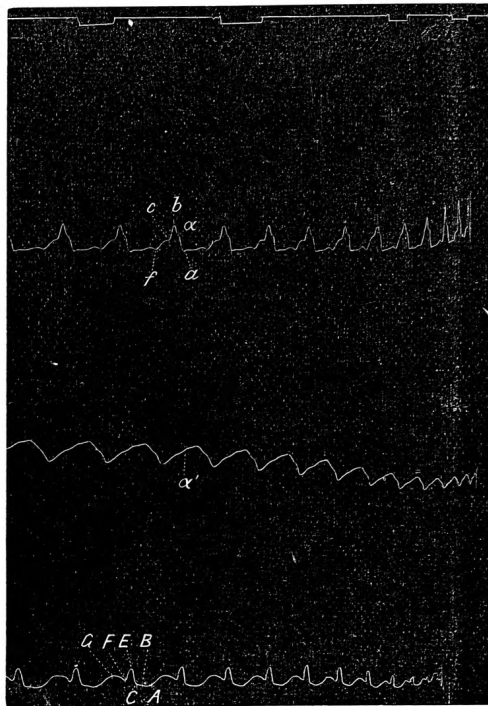


Тѣ же кривыя, увеличенныя при помощи фотографіи и наложенныя другъ на друга: тонкой линіей обозначена кривая физиологическаго веннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка.

Въ данномъ случаѣ, благодаря крайне малой величинѣ надрыва клапана, возвратъ крови изъ желудочка былъ невозможенъ.

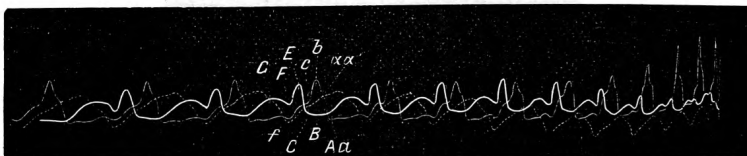
Все это указываетъ съ очевидностью, что обратный токъ крови изъ желудочка въ предсердіе возможенъ лишь при дѣйствительной недостаточности трехстворки—и только въ самомъ

Фиг. 10 а.



Кривыя венаго пульса (верхняя), сонной артеріи (средняя), сердечнаго толчка (нижняя), полученныя отъ этой же собаки при искусственно произведенной недостаточности трехстворчатого клапана.

Фиг. 10 б.

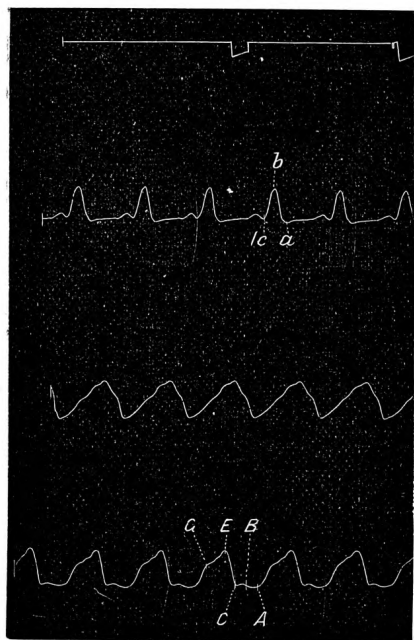


Тѣ же кривыя увеличены при помощи фотографіи и наложены другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая патологическаго венаго пульса, жирной—сердечнаго толчка и пунктиромъ—сонной артеріи.

началѣ систолы желудочка—а именно во время періода напряженія. Это заставляетъ признать, что функція tri-

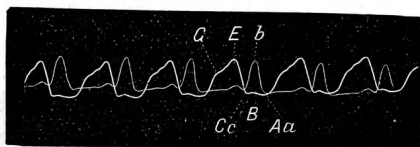
cuspidalis ограничена этимъ очень короткимъ временемъ и что для періода изгнанія крови долженъ существовать какой либо другой затворъ, препятствующій возврату крови. Нессе въ его

Фиг. 11 а.



Кривыя вѣннаго пульса (верхняя), сонной артеріи (средняя) и сердечнаго толчка (нижняя), полученныя при весьма маломъ поврежденіи клапана у собаки.

Фиг. 11 б.



Тѣ же кривыя, наложенныя другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая вѣннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка.

экспериментальной работѣ указалъ, что атріовентрикулярныя отверстія во время систолы желудочка суживаются и клапаны складываются въ видѣ воронки. Въ этомъ мнѣ пришлось убѣдиться, когда я работалъ надъ сокращеніемъ предсердій ¹⁾.

¹⁾ Русскій Архивъ Патологіи, проф. Подвысоцкаго, т. V, стр. 125, 1898 года.

Въ моихъ опытахъ нельзя исключить вліяніе травмы и при разрывахъ клапановъ—быстраго измѣненія кровяного давленія въ желудочкѣ и предсердіи. Очень бы были желательны наблюденія надъ флебограммой у больныхъ животныхъ. Собаки, какъ извѣстно, нерѣдко страдаютъ эндокардитомъ праваго сердца и зависящей отъ этого недостаточностью трехстворки. Такія животныя встрѣчались мнѣ не одинъ разъ. При выслушиваніи ихъ аускультировался систолическій шумъ въ нижней части грудины.

Флебограмма, изображенная на фиг. 12-й *a* и *b*, полученная отъ больной собаки, въ точности воспроизводитъ флебограммы (см. фиг. 8 и 10), записанныя при искусственно произведенной недостаточности *v. tricuspidalis*, а именно спаденіе вены *bef*, начавшееся съ началомъ діастолы предсердія, здѣсь не оканчивается, какъ при здоровомъ сердцѣ, къ началу систолы желудочка *C*, а позже, соотвѣтственно пункту *F* кардіограммы, т. е., иначе говоря, вена остается значительно наполненной вслѣдствіе обратнаго тока крови изъ желудочка, при его сокращеніи во время всего періода напруги желудочка. Такія же точно отношенія сохраняются и на флебограммѣ (фиг. 13 *a* и *b*), полученной отъ другой собаки, имѣвшей систолическій шумъ въ нижней части грудины, и записанной, какъ видно изъ приложеннаго чертежа, въ гораздо меньшемъ масштабѣ; на флебограммѣ отмѣчается повышение *cf* соотвѣтственно 1-му періоду систолы желудочка *CF*. Въ этихъ обоихъ случаяхъ клапаны были сильно сморщены вслѣдствіе эндокардита, замѣтныхъ же измѣненій сердечной мышцы не было, какъ то показало вскрытіе сердецъ.

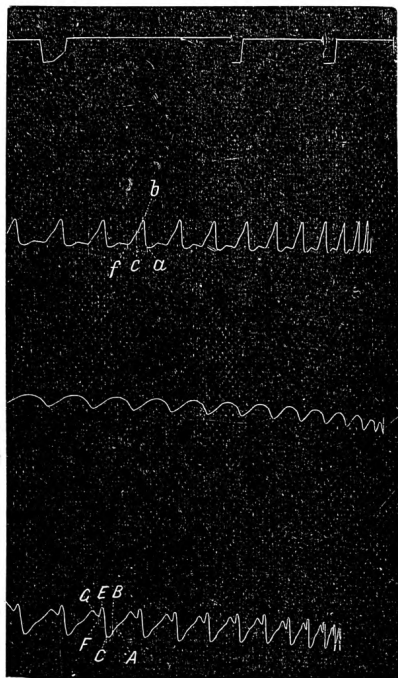
Но не всѣ кривыя веннаго пульса, записываемыя у больныхъ собакъ, имѣли одинаковыя очертанія. Такъ, на флебограммѣ фиг. 14-й *a* и *b*, полученной отъ собаки, тоже имѣвшей систолическій шумъ въ сердцѣ, оказались нѣкоторыя особенности, а именно, предсердiальная волна началась ранѣе систолы предсердія. Болѣе ранній подъемъ долженъ быть объясненъ передачей пульсаціи со стороны близлежащей артеріи на вену, такъ какъ часть $\alpha\beta\gamma$ флебограммы соотвѣтствуетъ по времени расширенію артеріи—отдѣлу $\alpha'\beta'\gamma'$ сфигмограммы.

Кромѣ этого въ этой флебограммѣ констатирована была еще вторая особенность: вена оставалась набухшей болѣе продолжительный срокъ чѣмъ въ предыдущихъ наблюденіяхъ, а именно, не только во время періода напруги желудочка, но и во время періода изгнанія имъ крови.

Спаденіе вены, какъ это ясно демонстрируютъ кривыя, происходило соотвѣтственно пункту *g* (концу 2-го періода систолы

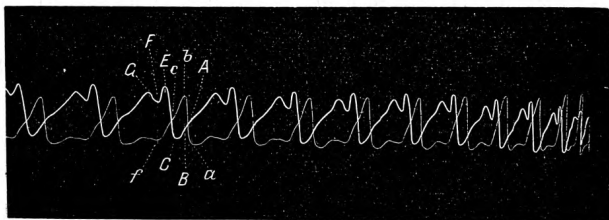
желудочка), а не концу 1-го периода—пункту *f* флебограммы, гдѣ, наоборотъ, отмѣчался значительный подъемъ. Вскрытіе показало,

Фиг. 12 а.



Кривыя веннаго пульса (верхняя), сонной артеріи (средняя), сердечнаго толчка (нижняя), полученные отъ собаки, страдающей органической недостаточностью трехстворчатого клапана.

Фиг. 12 б.

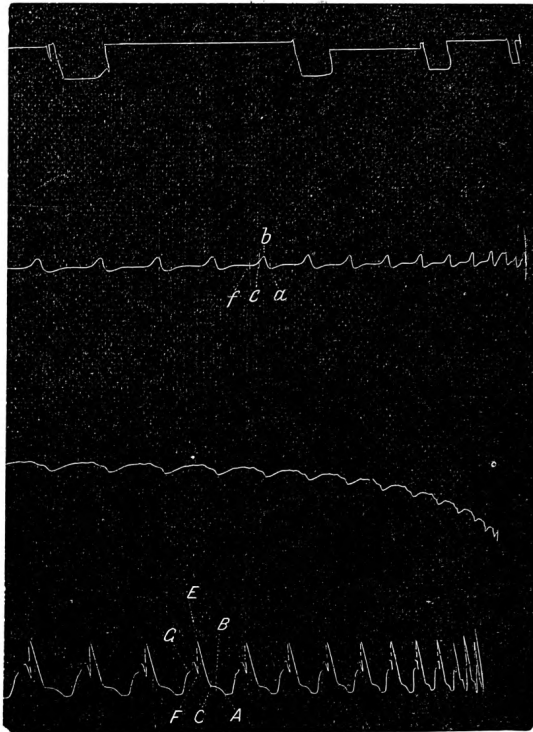


Тѣ же кривыя увеличены при помощи фотографіи и наложены другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая патологическаго веннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка.

что, кромѣ сморщиванія клапана, существовало расширеніе праваго венознаго кольца, вслѣдствіе измѣненій сер-

дечной мышцы. Несомнѣнно, это послѣднее обстоятельство послужило причиною указанной второй особенности флебограммы.

Фиг. 13 а.



Кривыя вѣннаго пульса (верхняя), сонной артеріи (средняя), сердечнаго толчка (нижняя), полученныя отъ собаки, страдающей органической недостаточностью трехстворчатаго клапана.

Фиг. 13 б.

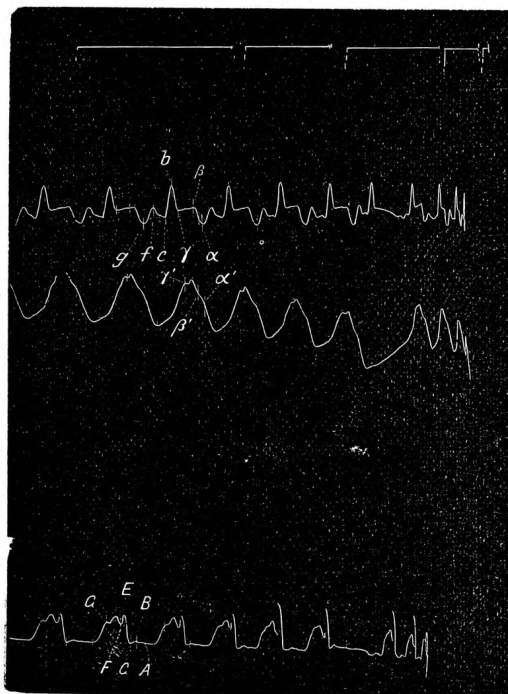


Тѣ же кривыя увеличены при помощи фотографіи и наложены другъ на другъ. Тонкой линіей обозначена кривая патологическаго вѣннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка.

Слѣдовательно, механизмъ мышечнаго затвора здѣсь былъ измѣненъ, благодаря чему сдѣлался возможнымъ обратный оттокъ

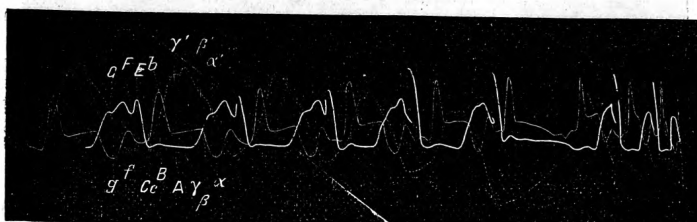
крови въ предсердіе при систолѣ желудочка не только въ 1-й ея періодъ, но и во 2-й. Такія отклоненія въ флебограммѣ должны говорить за страданіе мышцы сердца.

Фиг. 14 а.



Кривыя вѣннаго пульса (верхняя), сонной артеріи (средняя), сердечнаго толчка (нижняя), полученныя отъ собаки, страдающей органической недостаточностью трехстворчататаго клапана и расширеніемъ праваго венознаго отверстія сердца.

Фиг. 14 б.



Тѣ же кривыя увеличены при помощи фотографіи и наложены другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая патологическаго вѣннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка, пунктиромъ—сонной артеріи.

Не могу теперь не привести одного случая, гдѣ мною у собаки былъ поставленъ ошибочный діагнозъ. При выслушиваніи сердца у этого животного ясно констатировался громкій систолическій шумъ въ сердцѣ; его появленіе я поставилъ въ зависимость отъ недостаточности *v. tricuspidalis*, въ виду наибольшей частоты поражений эндокардитомъ правой половины сердца собакъ. Флебограмма данного случая вполне напоминала (см. фиг. 15-ю *a* и *b*) физиологическую: подъемъ *ab* отвѣчалъ систолѣ предсердія, а спускъ *bc*, соотвѣтствовавшій діастолѣ этого отдѣла сердца, оканчивался въ началу систолы желудочка; далѣе наблюдался еще подъемъ, представлявшій собою слившіяся желудочковую и клапанную волны. Такимъ образомъ при діагносцированной мною недостаточности трехстворчатого клапана получилась нормальная флебограмма, что являлось полнымъ противорѣчіемъ всѣмъ предыдущимъ наблюденіямъ. Вскрытіе объяснило дѣло. У собаки, дѣйствительно, развился эндокардитъ, но въ лѣвой половинѣ сердца, былъ сморщенъ не трехстворчатый, а митральный клапанъ, отъ недостаточности которого и произошелъ систолическій шумъ, трехстворка же была совершенно здорова. Кромѣ этого у животного оказался перикардитъ съ незначительнымъ накопленіемъ жидкости въ сердечной сорочкѣ.

Послѣ изученія флебограммъ на животныхъ я перешелъ къ снятію колебаній вены у людей. Приведу изъ этихъ наблюденій 4 случая, ясно демонстрирующія различныя формы веннаго пульса.

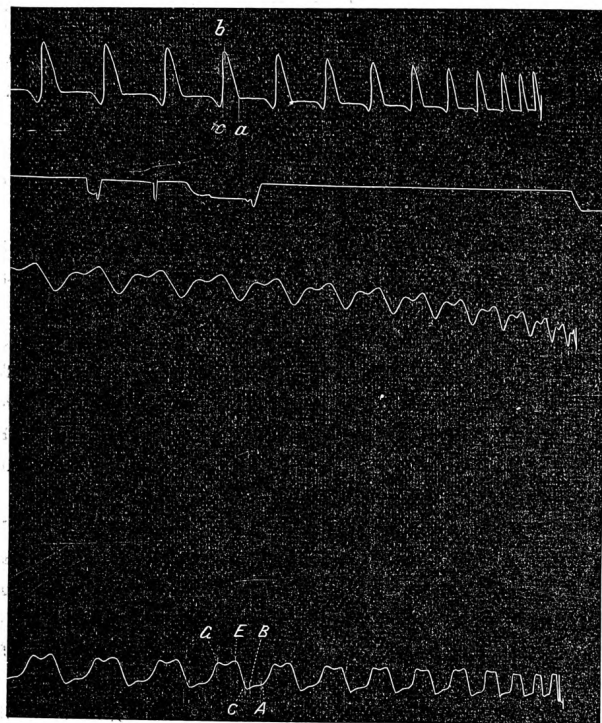
Въ 1-омъ случаѣ у больной, страдавшей, кромѣ недостаточности митрального клапана, стенозомъ лѣваго венознаго кольца, (пресистолическій и систолическій шумы *ad arisem*) слышался систолическій шумъ и на нижнемъ концѣ грудины и былъ рѣзко выраженный пульсъ венъ; размѣры сердца перкуторно были значительно увеличены, при этомъ имѣлось значительное нарушеніе компенсаціи сердца.

Флебограмма этого случая, изображенная на фиг. 16 *a* и *b* отличается рѣзкими особенностями отъ предыдущихъ тѣмъ, что ея предсердіальная волна (*bc*) очень мала, едва замѣтна; желудочковая волна крайне незначительна во время періода напряженія систолы желудочка (*ce*) и подъемъ начинается лишь съ наступленіемъ 2-го періода систолы желудочка и продолжается не только во время систолы, но и начала его діастолы. На вершинѣ этой волны (*eg*) имѣется цѣлый рядъ мелкихъ волнъ, какъ на *plateau systolique* кардіограммы.

Уменьшеніе предсердіальной волны объясняется слабостью сокращенія предсердія, которое не можетъ послать сильную волну въ вену и тѣмъ, что застоя въ венѣ при систолѣ его образоваться не можетъ, такъ какъ венный затворъ не функціонируетъ и кровь свободно стекаетъ въ предсердіе, какъ въ легко растяжимый мѣшокъ.

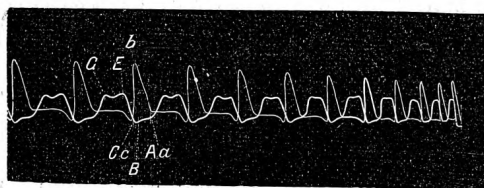
Слабостью же мускулатуры желудочка должно объяснить отсутствіе подъема въ венѣ во время 1-го періода систолы желудочка. Въ это время кровь оттекаетъ обратно подѣ столь малымъ

Фиг. 15 а.



Кривыя веннаго пульса (верхняя), сонной артеріи (средняя), сердечнаго толчка (нижняя), полученныя отъ собаки, страдающей органической недостаточностью митральнаго клапана и серознымъ перикардитомъ.

Фиг. 15 б.

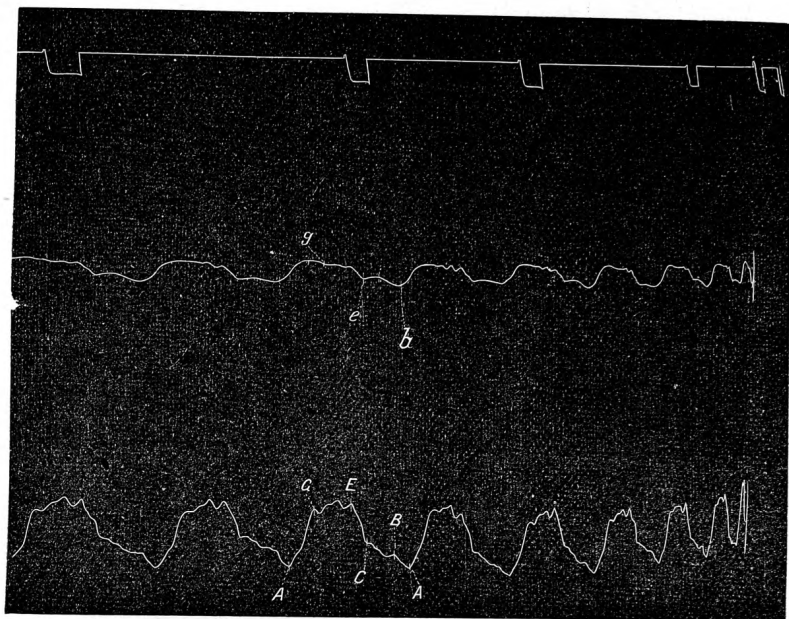


Тѣ же кривыя наложены другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая веннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка.

давленіемъ, что оно не можетъ произвести набуханія вены, и только при болѣе энергичномъ сокращеніи желудочка во время періода

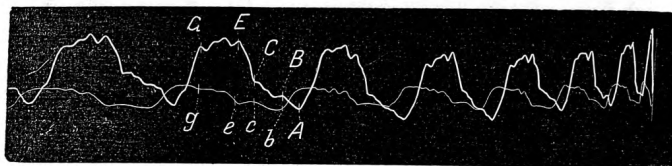
изгнанія образуется болѣе сильный оттокъ крови, обусловливающий повышеніе давленія въ венѣ и подъемъ *ed* на флебограммѣ въ это время. Продолженіе подъема желудочковой волны и во время діастолы желудочка должно объяснить передачей пульсацій сосѣдней артеріи на вену.

Фиг. 16 а.



Кривыя веннаго пульса (верхняя) и сердечнаго толчка (нижняя), полученныя отъ человѣка.

Фиг. 16 в.

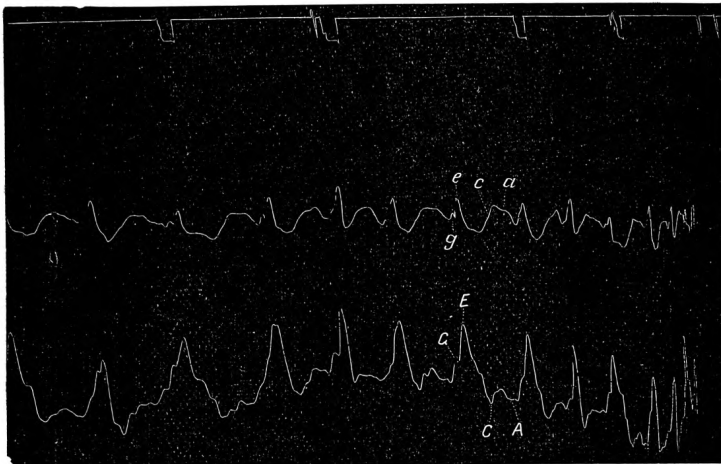


Тѣ же кривыя наложены другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая патологическаго веннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка.

Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ по снятіи кривой эта больная скончалась. При вскрытіи сердце оказалось громаднымъ (*cor bovinum*), митральный клапанъ сморщеннымъ, лѣвое венозное отверстіе едва пропускающимъ мизинецъ; правое венозное кольцо было весьма расширено, точно также найдены расширенными и отвер-

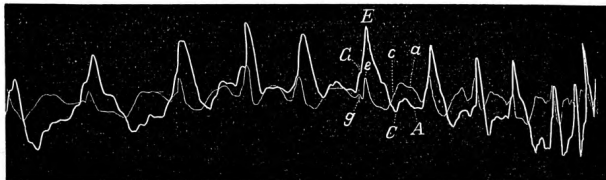
стія вентъ, особенно впадающихъ въ правое предсердіе, полости сердца значительно растянуты, стѣнки предсердій и желудочковъ истончены; при микроскопическомъ изслѣдованіи констатированы явленія миокардита.

Фиг. 17 а.



Кривыя веннаго пульса (верхняя) и сердечнаго толчка (нижняя), полученные отъ человѣка.

Фиг. 17 б.



Тѣ же кривыя наложены другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая патологическаго веннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка.

Флебограмма, нарисованная на фиг. 17-й а и б, получена отъ второй больной, имѣвшей недостаточность митральнаго клапана и суженіе лѣваго венознаго отверстія сердца и ясно выраженный пульсация яремной вены. Въ данномъ случаѣ, при перкусіи, правая граница сердца шла на $\frac{1}{2}$ сант. вправо за правымъ краемъ грудной кости, лѣвая граница проходила сант. на 2 внаружи отъ l. mamillaris sin. Сердечный толчекъ тоже былъ смѣщенъ влѣво за l. mamillaris сант. на 2, былъ разлитой и ощупывался всего яснѣе въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ. На флебограммѣ этой

больной отразилось вліяніе дыхательныхъ движеній, вслѣдствіе чего волны ея сдѣлались не вполне равномерными; на кардіограммѣ удлинилась большая пауза, что зависело отъ возбужденія блуждающихъ нервовъ при временныхъ остановкахъ дыханія больной.

Въ отличіе отъ предыдущаго случая, въ флебограммѣ 17-й имѣется ясная предсердiальная волна (*ac*) съ болѣе раннимъ началомъ вслѣдствіе передачи пульсацій сосѣдней артеріи на вену; подъемъ, весьма незначительный, желудочковой волны (*seg*) отмѣчается во время 1-го періода систолы желудочка. Съ наступленіемъ 2-го періода флебограмма круто поднимается вверхъ и держится почти на одной высотѣ до окончанія сокращенія желудочка, образуя при концѣ спуска клапанную волну *g*.

Это все заставляетъ признать, что въ данномъ случаѣ при подобномъ же заболѣваніи, какъ и въ предыдущемъ наблюденіи слабость мышцы предсердія была меньше выражена, желудочка же одинаково сильно.

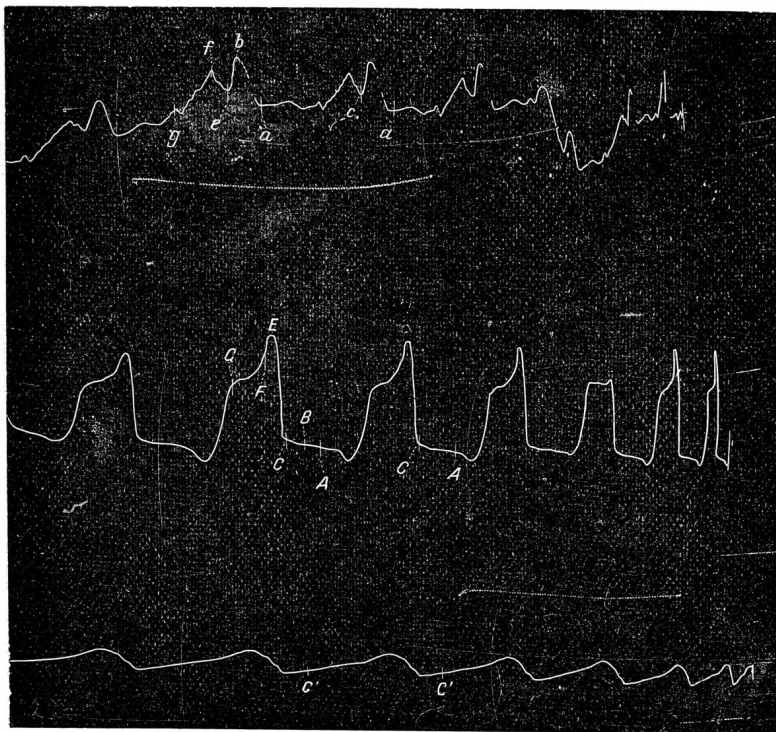
Въ этихъ двухъ случаяхъ недостаточности трехстворчатого клапана я не могъ сравнить флебограмму съ сфигмограммой; пульсъ *art. radialis* былъ такъ слабъ, что записать его кривую не представлялось возможности. Это было сдѣлано въ 3-мъ случаѣ.

У больного было найдено увеличеніе размѣровъ сердца (правая граница сердца проходила на 2 сант. вправо отъ праваго края грудины, лѣвая граница заходила за *l. mamill. sin.* на 2¹/₂ сант., сердечный толчекъ соотвѣтственно былъ смѣщенъ влѣво за сосковую линію). При аускультациі выслушивались очень рѣзкіе систолическіе шумы, какъ въ мѣстности сердечнаго толчка, такъ точно и внизу грудной кости; шумы эти отчетливо, хотя и слабѣе, слышны были въ аортѣ и легочной артеріи. Дѣятельность сердца была нѣсколько аритмична. Пульсъ *art. radialis* былъ хорошо ощутимъ. Вены на шеѣ представлялись набухшими и ясно пульсировали на глазъ и кромѣ того на нихъ передавались дыхательныя движенія. Въ легкихъ имѣлась масса разнообразныхъ хриповъ. Печень увеличена: прощупывалась. У больного имѣлся отекъ конечностей, одышка.

Разсматривая полученную флебограмму (см. фиг. 18-ю *a* и *b*), отличаемъ на ней двѣ волны: предсердiальную *abc*, рѣзко выраженую и желудочковую *cfg*, состоящую изъ двухъ подъемовъ: 1-го, во время періода напряженія и 2-го, значительно большаго во время періода изгнанія; второй изъ нихъ начинается ранѣе пульса *art. radialis*, т. е., другими словами, почти совпадаетъ съ пульсомъ *art. carotidis*. Большая величина предсердiальной волны и существованіе подъема на флебограммѣ во время 1-го періода систолы желудочка заставляютъ признать въ данномъ случаѣ, по

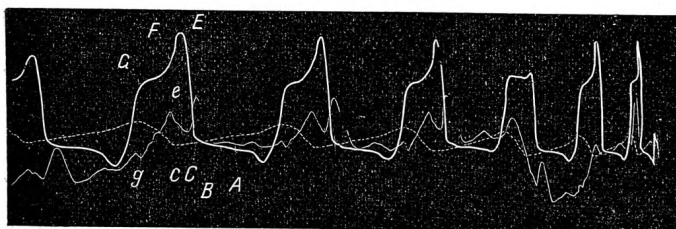
сравненію съ предыдущими, меньшую недостаточность сердечной мышцы.

Фиг. 18 а.



Кривыя веннаго пульса (верхняя), сердечнаго толчка (средняя) и лучевой артеріи (нижняя), полученныя отъ человека.

Фиг. 18 б.



Тѣ же кривыя наложены другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая патологическаго веннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка, пунктиромъ—лучевой артеріи.

□ Флебограмма этого 3-го случая вполне напоминает кривую веннаго пульса (см. фиг. 14), записанную отъ больной собаки,

гдѣ недостаточность сердечной мышцы была не очень велика. Больныхъ животныхъ съ высокими степенями *insufficiētia*, выражающихся уменьшеніемъ предсердіальной и желудочковой волнъ во время періода напряженія какъ у людей, мнѣ не пришлось встрѣтить.

Я считаю невозможнымъ не описать еще одинъ, 4-й случай, изъ наблюдаемыхъ мною.

У больного, страдавшаго органической недостаточностью митрального клапана (систолическій шумъ у верхушки сердца и у основанія грудной кости, акцентъ 2-го тона легочной артеріи, смѣщеніе сердечнаго толчка влѣво за мамиллярную линію), констатировались ясно выраженные пульсаціи яремной вены. Видъ ихъ кривой даетъ полную возможность рѣшить, происходитъ-ли шумъ у основанія грудины вслѣдствіе недостаточности *valv. tricuspidalis*, или-же онъ только проведенъ сюда отъ *valv. mitralis*.

На фиг. 19-й *a* и *b* изображена флебограмма этого больного. Оказалось, что на ней имѣется очень ясно выраженная волна *abc*, возникающая нѣсколько раньше наступленія систолы предсердія, вслѣдствіе передачи пульсацій съ сосѣдней артеріи на вену, но оканчивающаяся точно къ началу систолы *C* желудочка. Это заставляетъ признать здѣсь нормальную флебограмму, а слѣдовательно, заключить, что недостаточности трехстворки нѣтъ и что слышимый шумъ зависитъ отъ *insuff. mitralis* и только проведенъ къ мѣсту выслушиванія трехстворчатого клапана. Если здѣсь и существовало измѣненіе *v. tricuspidalis*, то оно было настолько незначительно, что не нарушало функціи этого клапана. Пульсъ вены въ данномъ случаѣ, вслѣдствіе его ясности, можетъ быть названъ, по Potain'у, акцентуированнымъ физиологическимъ.

На основаніи моихъ изслѣдованій я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ:

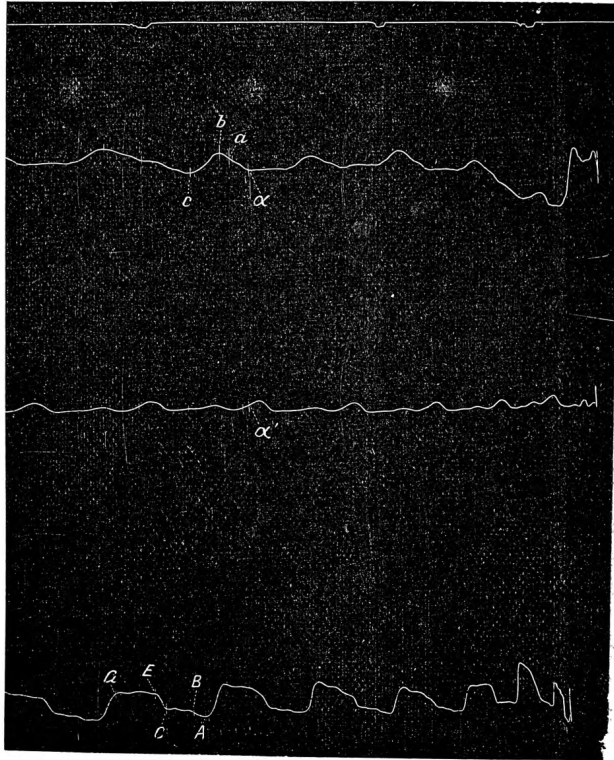
1) Пульсаторныя движенія въ яремныхъ венахъ при больномъ сердцѣ слѣдятъ съ абсолютной точностью за измѣненіями его дѣятельности.

2) При застояхъ въ венахъ (пороки лѣваго сердца и другія заболѣванія) регистрируемая флебограмма отличается отъ физиологической только большей величиною предсердіальной и желудочковой волнъ (акцентуированный пульсъ), причемъ желудочковая волна всегда меньше предсердіальной.

3) При чистой *insuff. v. tricuspidalis* (безъ измѣненій со стороны мышцы сердца) желудочковая волна увеличивается, и только во время 1-го періода систолы желудочка.

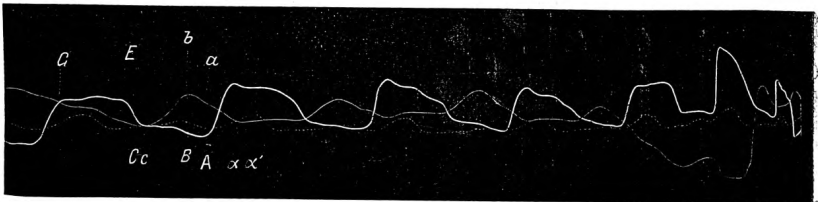
При недостаточности трехстворки и при расширеніи *ostii venosi dextri* желудочковая волна, оставаясь въ 1-мъ пе-

Фиг. 19 а.



Кривыя веннаго пульса (верхняя), лучевой артерій (средняя), сердечнаго толчка (нижняя), полученные отъ человека, страдающаго недостаточностью митральнаго клапана.

Фиг. 19 б



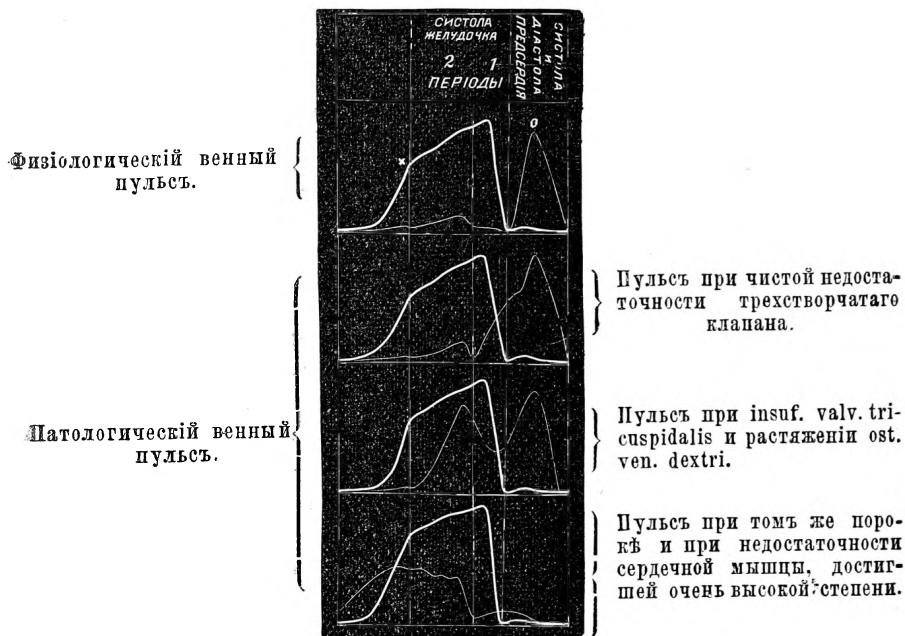
Тѣ же кривыя увеличены при помощи фотографіи и наложены другъ на друга. Тонкой линіей обозначена кривая веннаго пульса, жирной—сердечнаго толчка, пунктиромъ—лучевой артерій.

ріодъ систолы желудочка, растеть во 2-омъ, гдѣ она достигаетъ значительной высоты при его началѣ.

Если къ этому присоединяется значительная слабость мышцы праваго желудочка, то желудочковая волна исчезаетъ въ 1-омъ періодѣ и остается только во 2-омъ; при этомъ обычно предсердіальная волна тоже уменьшается, а при высокихъ степеняхъ недостаточности мышцы праваго предсердія она исчезаетъ вовсе.

Эти измѣненія въ флебограммѣ иллюстрируются приложенной схемою (см. фиг. 20), въ которой обозначены моменты закрытія

Фиг. 20



Тонкой линіей обозначена кривая вѣннаго пульса, жирной сердечнаго толчка; пунктъ о — указываетъ моментъ закрытія atrio-ventricular'ныхъ клапановъ, » х — » » » » полулунныхъ клапановъ.

атрiоventрикулярныхъ и полулунныхъ клапановъ, предсердіальная и желудочковая волны какъ въ физиологическомъ состояніи, такъ при чистой инсуффициенціи трехстворчататаго клапана, а также при присоединеніи къ этому заболѣванію мышечной недостаточности сердца.

Такимъ образомъ, графическимъ путемъ удается различить застои въ вѣнѣ (отъ разныхъ причинъ), чистую недоста- точность трехстворчататаго клапана и осложненную ин- суффициенціей мышцы праваго сердца. Кромѣ того флебо-

грамма позволяет выяснить степень этой мышечной недостаточности и способность къ сокращеніямъ праваго предсердія и праваго желудочка.

4) Патологическій венный пульсъ, если онъ выраженъ, можетъ быть опредѣленъ при осмотрѣ. Придавливая яремную вену по ея срединѣ, замѣтимъ, что пульсаціи вены продолжаются въ ея нижнемъ отрѣзкѣ. Эти пульсаціи, какъ признаетъ большинство авторовъ служатъ выраженіемъ недостаточности трехстворки и являются важнымъ признакомъ этого заболѣванія. Мои наблюденія научили меня, что это мнѣніе неточно. Пульсаціи, различаемыя хорошо глазомъ, окажутся только тогда при недостаточности трехстворки, когда при этомъ разовьется одновременно и мышечная недостаточность сердца.

При чистой недостаточности *tricuspidalis*,—совершенно противоположно ходячему мнѣнію,—пульса венъ, открываемаго осмотромъ и пальпаціей, нѣтъ.

Считаю долгомъ выразить мою искреннюю благодарность многоуважаемому профессору Николаю Александровичу Миславскому за цѣнные совѣты, которыми я пользовался при веденіи этой работы, а также за предоставленіе въ мое распоряженіе всѣхъ аппаратовъ, необходимыхъ для изслѣдованій.

О паравертебральномъ притупленіи при плевритическихъ экссудатахъ и о перкуссіи позвоночника.

Привать-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 силено-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 кнаружи. 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 лѣтнаго возраста—предѣла его наблюденій) въ с к и м ь 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. I. 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 Ferragnini²⁾ наблюдалъ во всѣхъ случаяхъ пле-
вритического 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-
вритического 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, Ferragnini 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 вайскокъ 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 трупа, 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 вспыснutoй 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 промежутокъ ¹⁾.

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 плевритическаго 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.

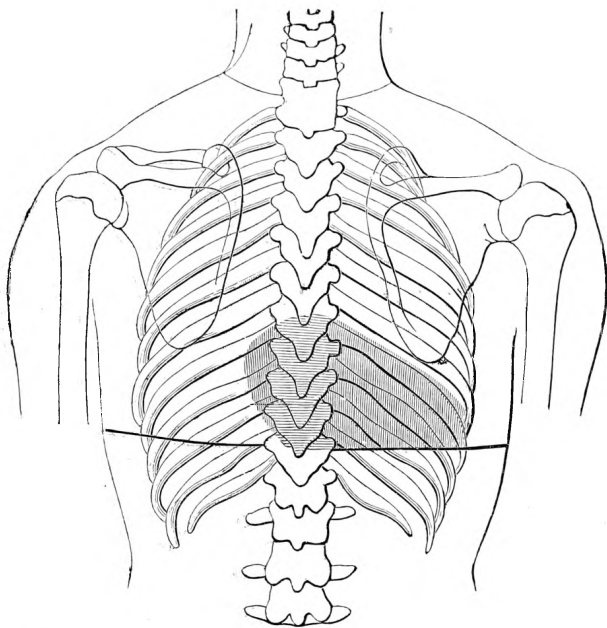
Наблюдая за околопозвоночнымъ притупленіемъ при пневмоніяхъ и при плевритическихъ экссудатахъ, я замѣтилъ нѣкоторыя отличія, которыя позволяютъ строго различить эти два заболѣванія. Слѣдя за развитіемъ паравертебральной тупости, мнѣ удалось болѣе ясно представить себѣ причины ея происхожденія.

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.



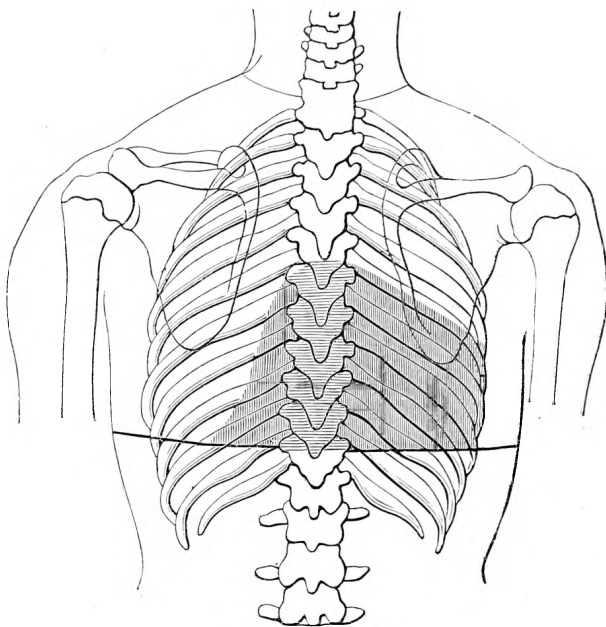
Случай правосторонняго плевритическаго экссудата.

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 видѣ 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 Алса—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 при притупленіи 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 проявившееся 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).

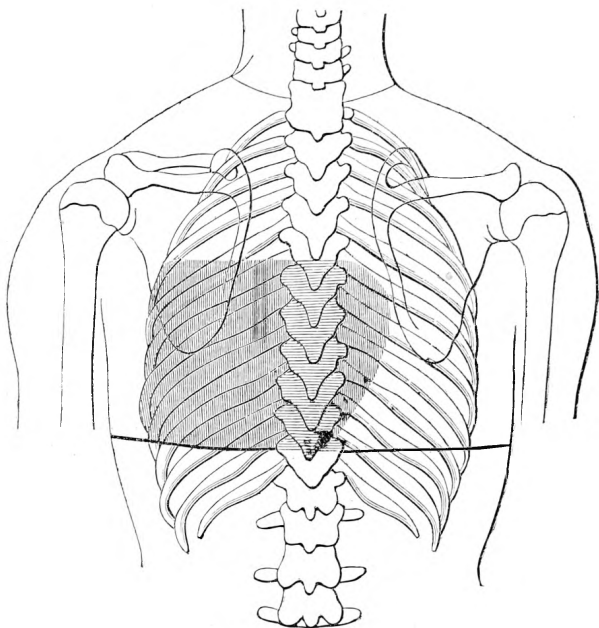
При крупозной пневмоніи нижняго отдѣла легкаго далеко не всегда существуетъ на противоположной сторонѣ позвоночника притупленіе (я наблюдалъ только въ 7 случ. изъ 25 пневмоній). Если оно есть, то форма его рѣзко отличается отъ того, что я привыкъ видѣть при плевритическихъ экссудатахъ, а именно, оно 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 проявлялось 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.

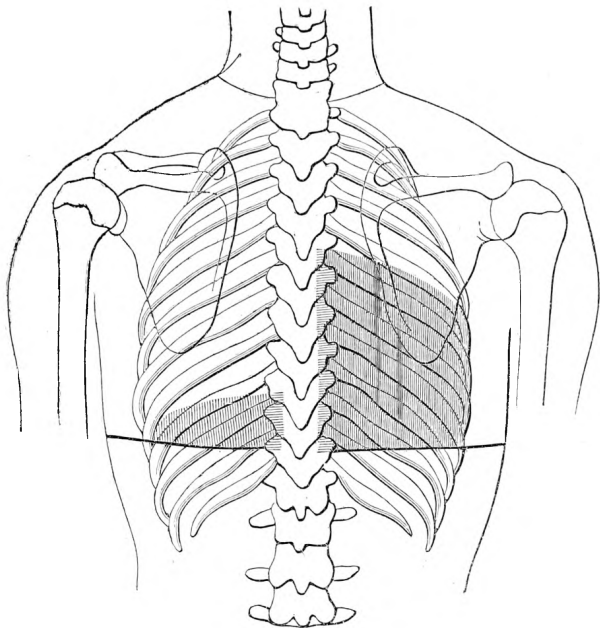
за грудиною справа можно было видѣть систолическое приподнятіе ограниченнаго пространства груди и ощущаемое положенною на грудь рукою.

Кромѣ осложненія воспаления легкихъ плевритическимъ экссудатомъ, мнѣ пришлось наблюдать въ четырехъ случаяхъ одностороннее смяденіе грудной клѣтки, развившееся, какъ разсказывали 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 плевроитическихъ 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 плевроитического 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 плевроитическихъ экссудатовъ. Можетъ быть, констатированіе его въ такихъ случаяхъ позволитъ различать спаденіе грудной кѣтки, развившееся послѣ плевроита, 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 рудо-пнеумо-thогaх'a, еще при нѣкоторыхъ другихъ заболѣваніяхъ, такъ напр. при экссудативномъ перикардитѣ.

Ближайшія причины образованія паравертебральнаго притупленія при плевритическихъ экссудатахъ состоятъ, какъ учить 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.

Къ ученію объ острой лейкеміи.

Проф. Н. М. Любимова.

(Продолженіе).

F. Parkes Weber ¹⁾, заинтересованный вопросом о происхожденіи лейкоцитовъ, пытается провести разницу между различными измѣненіями крови при лейкеміи, псевдолейкеміи, лейкоцитозѣ и т. д. Въ своей статьѣ онъ приводитъ слѣдующій случай острой лейкеміи, послужившій ему базой для его теоретическихъ соображеній.

W. R., 49 лѣтъ, очень анемичный. 13 Сентября 1902 по случаю ригрига принятъ въ нѣмецкій госпиталь въ Лондонѣ. На слѣдующій же день больной скончался. Референтъ не видалъ больного при жизни. По словамъ жены умершаго, болѣзнь началась 8 недѣль тому назадъ. Опухли и кровоточили десны, а затѣмъ появились пятна на тѣлѣ. Кромѣ того больного беспокоили боли въ шеѣ, головѣ и спинѣ. До этой болѣзни W. R. пользовался хорошимъ здоровьемъ. Ни алкоголизма, ни сифилиса въ анамнезѣ нѣтъ. Годъ тому назадъ у него-больного, были боли въ животѣ. Однажды онъ перенесъ инфлюэнцію. Еще бывали у него боли въ шеѣ, но настолько слабыя, что онъ на нихъ не обращалъ вниманія.

При осмотрѣ больного въ больницѣ замѣчена сильная блѣдность, а также темно-фіолетово-красныя петехіи, разсыяныя въ кожѣ по всему тѣлу. Температура больного 37°3' С., пульсъ 114. Одышка. При дыханіи ощущался противный запахъ. Десны блѣдны и опухшія. Миндалины настолько опухли, что по срединѣ почти

¹⁾ F. Parkes Weber. Ein Fall von acuter Leukämie, mit einem Schema für die Eintheilung der Leukämien und Pseudoleukämien. Virchow's Arch. Bd. 174. Hft. 2. S. 324. 1903.

соприкасаются. Язычекъ отеченъ. На лѣвой щекѣ опухоль величиною съ каштанъ, темнокраснаго цвѣта. На срединѣ ея фистула; чрезъ отверстіе вытекаетъ жидкій гной. Шейныя, подмышечныя и паховыя железы умѣренно увеличены. Въ легкихъ слабыя трескучіе хрипы. У верхушки сердца слышенъ систолическій шумъ. Селезенка увеличена; ея нижній конецъ на три пальца ниже реберной дуги. Печень также увеличена. На ладышкахъ слабый отекъ. Рефлексы и чувствительность нормальны. Моча кислая. Бѣлка и сахару нѣтъ. Уд. вѣсъ 1012.

На слѣдующее утро $t^{\circ} 38^{\circ}2$ С. Несмотря на употребленіе стрихнина, вливаній физиологическаго раствора, больной около 5 ч. по полудни скончался.

Кровь при жизни не была изслѣдована. На мазкахъ ея, взятыхъ изъ сердца трупа, видно, что красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца почти въ одинаковомъ количествѣ. Пойкилоцитоза не было.

Счетъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ былъ произведенъ Eastes. При подсчетѣ оказалось: мелкихъ лимфоцитовъ 36.4%; большихъ лимфоцитовъ 56.3% (всего лимфоцитовъ 92.7%), полиморфоядерныхъ лейкоцитовъ 0.2%, эозинофиловъ 1.1%, міелоцитовъ 2.4%, эозинофиловыхъ міелоцитовъ 3.6%. Ядерныхъ эритроцитовъ было очень мало.

При вскрытіи найдены слѣдующія измѣненія.

Сердце 400 грм. На его поверхности много петехій. Міокардій блѣденъ, вялъ. Клапаны нормальны.

Легкія отечны. Въ обѣихъ верхушкахъ мелкіе рубцы.

Селезенка 743 грм., по консистенціи и цвѣту напоминаетъ шоколадный пудингъ.

Печень 2743 грм., очень большая и блѣдная.

Почки блѣдны; обѣ вмѣстѣ вѣсятъ 457 грм. Въ корковомъ веществѣ одной изъ почекъ бѣловатое пятно.

Желудокъ содержитъ петехіи въ подслизистой оболочкѣ.

Мезентеріальныя железы значительно увеличены.

Головной мозгъ. Мягкая оболочка пропитана кровью.

Кости. Изслѣдованы бедренная и плечевая кости. Костный мозгъ канала буровато-красный, сливкообразный, напоминающій содержимое абсцессовъ печени.

Грудина и ребра содержали красноватый мозгъ. Плечевое и голѣнно-стопное сочлененія нормальны.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Авторъ изслѣдовалъ костный мозгъ діафиза плечевой кости, селезенку, двѣ лимфатическія железы, печень и почку.

Рѣзцы окрашивались: а) гематоксилиномъ или гематоксилинъ—эозиномъ, б) Эрлиховскимъ триацидомъ и Мавриновскимъ біацидомъ (метиленовая синь и эозинъ).

Костный мозгъ представлялся пронизаннымъ («durchsetzt») элементами двоякаго рода: незернистыми и зернистыми. Элементы перваго типа по величинѣ приближаются къ краснымъ кровянымъ тѣльцамъ и одинаковаго характера съ лимфоцитоподобными клѣтками крови больныхъ, хотя нѣкоторые изъ нихъ и богаче протоплазмой.

Въ главной массѣ они одноядерные, часто ядро имѣетъ углубленіе на боковой сторонѣ или даже лапчато. Наконецъ, наблюдаются клѣтки съ двумя и тремя ядрами.

Зернистыя клѣтки относятся, повидиму, къ классу міелоцитовъ. Зернышки при окраскѣ по Mapp's'y болѣе или менѣе сильно воспринимаютъ эозинъ. Эти клѣтки крупнѣе и богаче протоплазмой сравнительно съ элементами перваго рода. Ядра не всегда лежатъ среди клѣтки и сферическія. Очень часто они смѣщены къ краю клѣтки и находятся въ періодѣ дѣленія. Попадаются клѣтки съ двумя ядрами.

Перевѣсъ берутъ обычно незернистыя клѣтки, но встрѣчаются мѣста на препаратахъ, гдѣ тѣхъ и другихъ элементовъ поровну.

Селезенка наполнена тѣми же элементами какъ и костный мозгъ. Въ большей части срѣзовъ незернистыя клѣтки.

Лимфатическія железы. Среди незернистыхъ клѣтокъ въ значительной примѣси находятся и зернистые элементы, схожіе съ описанными въ костномъ мозгу.

На нѣкоторыхъ срѣзахъ очень много зернистыхъ клѣтокъ.

Печень. Скопленія «лейкоцито-подобныхъ клѣтокъ» (Leukocyten—artigen Zellen) распределяются попреимуществу между дольками; но они встрѣчаются и между рядами печеночныхъ клѣтокъ, хотя мѣстами и въ меньшей мѣрѣ. Въ однихъ мѣстахъ преобладаютъ незернистыя клѣтки, въ другихъ зернистыя.

Почки представляютъ въ бѣловатыхъ пятнахъ скопленія тѣхъ же клѣтокъ и въ такой же смѣси, т. е. въ однихъ очагахъ преобладаютъ незернистыя клѣтки, въ другихъ онѣ содержатся поровну.

Инфекціонное происхожденіе острой лейкеміи съ клинической стороны авторъ не считаетъ вполне доказаннымъ. Наблюденіе Образцова кажется ему не абсолютно точнымъ. Во многихъ случаяхъ острой лейкеміи онъ допускаетъ одновременное существованіе и микробной инфекціи какъ осложненія, на которую организмъ реагируетъ наличностью въ крови и тканяхъ зернистыхъ лейкоцитовъ.

Что касается мѣста происхожденія «лимфоцитамъ—подобныхъ» клѣтокъ, то, принимая во вниманіе наблюденія Dennig'a и Melland'a, нужно думать, что таковымъ является только костный мозгъ.

Относительно происхожденія другихъ формъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, встрѣчающихся при лейкеміи, Weber полагаетъ, что общепризнанное положеніе, что лимфоциты развиваются исключительно въ лимфатическомъ аппаратѣ, а полиморфноядерные лейкоциты образуются изъ нейтрофильныхъ міелоцитовъ костнаго мозга, можетъ и не быть правиломъ. Если стать на точку зрѣнія, что незернистыя клѣтки типа большихъ лимфоцитовъ, свойственныя зародышевымъ центрамъ лимфатическихъ железъ, источники обыкновенныхъ лимфоцитовъ въ лимфоидной ткани, зернистыхъ міелоцитовъ костнаго мозга и косвенно полиморфныхъ лейкоцитовъ крови, то является очень вѣроятная теорія возникновенія различныхъ видовъ лейкеміи—теорія опухолевиднаго происхожденія—„Tumorbildungs“ Theorie.

1) Всѣ формы лейкеміи — слѣдствіе развитія опухолевидныхъ гиперплазій образующихъ лейкоциты тканей, откуда клѣтки болѣе или менѣе схожія съ лейкоцитами, активно или пассивно поступаютъ въ кровь.

2) Если въ развитіи опухолей примутъ участіе наименѣе дифференцированныя элементы, т. е. незернистыя клѣтки типа большихъ лейкоцитовъ, откуда бы онѣ не происходили, т. е. изъ лимфатической ткани или изъ костнаго мозга, или изъ обоихъ—послѣдствіемъ будетъ—лимфатическая лейкемія (Lymphocythämie); въ очень острыхъ случаяхъ въ крови будетъ больше клѣтокъ типа крупныхъ лимфоцитовъ, чѣмъ мелкихъ.

3) Если же будутъ вовлечены въ процессъ опухолевиднаго образованія преимущественно болѣе дифференцированныя элементы, т. е. зернистыя клѣтки костнаго мозга, то явится костно-мозговая, или селезеночно-костно-мозговая лейкемія. Въ подобныхъ случаяхъ клѣтки опухолей ткани и въ крови будутъ міелоциты и обыкновенные полиморфно-ядерные лейкоциты.

4) Селезеночно-костно-мозговая лейкемія представляетъ наивысшій и наиболѣе дифференцированный типъ болѣзни. Съ этимъ гармонируетъ и тотъ фактъ, что теченіе ея не имѣетъ столь остраго характера.

5) Въ отдѣльныхъ случаяхъ лейкеміи, особенно селезеночно-костно-мозговой можетъ быть клѣтки типа большихъ лимфоцитовъ становятся зернистыми и въ лимфатическихъ железахъ и въ селезенкѣ, что обычно совершается въ костномъ мозгу. При такихъ условіяхъ находимыя „подобныя міелоцитамъ“ клѣтки въ селезенкѣ и костномъ мозгу могутъ быть разсматриваемы, не только какъ отложившіяся изъ кровяного русла, но какъ и образованные *in situ*, т. е. происшедшія изъ первичнаго типа большихъ лимфоцитовъ. Соотвѣтственно этой теоріи каждая лейкемія рѣзко отличаетъ.

ся отъ каждаго лейкоцитоза. Первая состоитъ во внѣдреніи элементовъ гиперпластическихъ образований въ ткани производящія лейкоциты; лейкоцитозъ же—выраженіе тканевой реакціи, какъ онъ можетъ происходить въ здоровомъ и больномъ организмѣ. Следовательно, лейкоцитозъ никогда не можетъ быть ранней стадіей лейкеміи. Но къ лейкоцитозу можетъ быть и можетъ присоединяться и чистая лейкемія, какъ реактивное разрощеніе въ тканяхъ, дающихъ происхожденіе лейкоцитамъ; т. е. лейкоцитозъ можетъ дать толчекъ къ разрощенію тканей.

Если идти дальше съ этой теоріей, то всѣ первичныя разрощенія гиперпластическаго характера тканей производящихъ лейкоциты, можно разсматривать какъ лейкеміи или псевдолейкеміи. Возникаетъ вопросъ: почему въ одномъ случаѣ новообразованные элементы поступаютъ въ кровь, а въ другомъ—почти что не проникаютъ? Weber думаетъ, что при псевдолейкеміи новообразованные клѣтки не одинаковы съ „лимфоцито-подобными“ клѣтками лейкеміи, могутъ утрачивать силу поступать въ кровяной токъ или находиться въ немъ въ живомъ состояніи. Авторъ не раздѣляетъ мнѣнія, что причина лейкеміи кроется въ механическихъ моментахъ, т. е. при быстромъ ростѣ въ костномъ мозгу элементы какъ бы выдавливаются въ кровяное русло. Онъ указываетъ на міелома.

На основаніи своей теоріи Weber всѣ случаи лейкеміи и псевдолейкеміи дѣлитъ на 6 видовъ, не отрицая того, что могутъ быть и переходныя формы.

1) Новообразование „лимфоцитоподобныхъ“ клѣтокъ въ костномъ мозгу безъ перехода послѣднихъ въ циркулирующую кровь: міелогенная псевдолейкемія, міелогенная лимфосаркома, *Lymphadenomatosis ossium*, множественная міелома лимфатическаго типа.

2) Тоже, но съ переходомъ „лимфоподобныхъ“ клѣтокъ въ кровь: міелогенная лимфоцитемія (сюда относятся нѣкоторые случаи острой лимфатической лейкеміи).

3) Новообразование большею частью „лимфоцитоподобныхъ“ клѣтокъ въ лимфатическихъ железахъ и лимфоаденоидной ткани вообще, причемъ эти клѣтки не поступаютъ массами въ кровь: лимфатическая или селезеночная лимфаденома или псевдолейкемія (лейкемія въ смыслѣ *lymphocythämie*), Hodgkin'sкая болѣзнь. Микроскопически рѣзко разнятся другъ отъ друга острая и хроническая формы.

4) Тоже, но съ поступленіемъ „лимфоцитоподобныхъ“ клѣтокъ въ кровь—лимфатическая или селезеночная лимфоцитемія.

5) Новообразование кѣтокъ типа костно-мозговыхъ элементовъ безъ проникновенія въ кровь: міэлогенная псевдолейкемія (лейкемія въ смыслѣ міэлогенной или селезеночно-міэлогенной лейкоцитеміи). Случаи болѣе или менѣе приближающіеся къ этому виду можно ограничить быть можетъ названіемъ „множественная міэлома“ (Myelomatosis).

6) То же, но съ измѣненіемъ крови, безъ Bence-Jones'овской альбумозуріи—міэлогенная или селезеночно-костно-мозговая лейкемія.

Когда авторъ уже отдалъ въ печать свою статью, онъ ознакомился съ наблюденіями Billings и Carps. Онъ считаетъ, что его воззрѣнія не рѣзко разнятся отъ взглядовъ приведенныхъ авторовъ. Они рассматриваютъ слабо зернистыя большія одноядерныя кѣтки крови въ случаяхъ Образцова и другихъ за міэлоциты или переходныя кѣтки.

Parkes Weber вполне согласенъ, что во всѣхъ случаяхъ острой лейкеміи, въ которыхъ въ процессъ вовлеченъ только костный мозгъ, источникомъ происхожденія „лимфоцитовъ“ resp. „незернистыхъ міэлоцитовъ“, resp. „міэлоцитобластовъ“ служитъ именно костный мозгъ.

Авторъ примыкаетъ ко взгляду, что изъ большихъ одноядерныхъ незернистыхъ кѣтокъ костнаго мозга, лимфатическихъ железъ, или изъ обоихъ развиваются кѣтки не только типа обыкновенныхъ лимфоцитовъ, но и міэлоцитовъ. Такимъ образомъ могутъ быть объяснены различные виды лейкеміи.

Вмѣстѣ съ тѣмъ авторъ полагаетъ, что можетъ въ отношеніи кѣтокъ типовъ а и b лейкеміи и псевдолейкеміи выразиться, что схожія съ лимфоцитами кѣтки происходятъ не отъ эмбріональных незернистыхъ міэлоцитовъ—„von den nicht-granulierten Vorfahren der Myelocyten“, а изъ самихъ міэлоцитовъ, утратившихъ въ періодъ размноженія зернистость и возвратившихся къ раннему періоду (zu dem Lymphocyten-artigen (embryonalen), Typus ihrer Vorfahren). При подобныхъ условіяхъ большія кѣтки схожія съ лимфоцитами представляли бы обыкновенные большіе міэлоциты, въ то время какъ мелкія (встрѣчающіяся въ незначительномъ количествѣ)—мелкіе лимфоциты.

Естественное заключеніе изъ изученія случаевъ острой лейкеміи—что всѣ зернистые міэлоциты (и вслѣдствіе этого всѣ полинуклеары крови) возникаютъ при нормальныхъ условіяхъ изъ кѣтокъ типа лимфоцитовъ: они — „дифференцированныя лейкоциты“. Если развитіе идетъ быстро, то нѣтъ времени, чтобы успѣли развиться зернышки, и новообразованныя кѣтки будутъ болѣе похожи на большіе или маленькіе лимфоциты, но не на міэлоциты.

Billings и Capps¹⁾ указывая, что острая лейкемія хорошо извѣстное и обыкновенно распознаваемое заболѣваніе, почти всегда наблюдается въ лимфатической формѣ. Авторы наблюдали ея костно-мозговой типъ.

Больной 68 л., наследственныхъ страданій не имѣлъ. Образъ жизни велъ воздержный. Венерическихъ заболѣваній не имѣлъ. 50-ти лѣтъ страдалъ нервной слабостью. 9 лѣтъ тому назадъ у него была желтуха вслѣдствіе прохожденія желчнаго камня. 7 лѣтъ назадъ имѣлъ приступы головныхъ болей уремического характера. 4 года назадъ развилась fistula in ano.

Настоящее заболѣваніе началось въ августѣ 1899 года изъязвленіемъ на мѣстѣ поврежденнаго зуба. Пациентъ представляется слабымъ и исхудалымъ. Развился некрозъ челюсти. Исслѣдованіе крови, произведенное д-ромъ R. C. Cabot'омъ, показало нормальный ея составъ.

20 сентября. Слабость усилилась. Пациентъ жалуется на потерю аппетита, несвареніе желудка, запоръ и бессонницу. Тѣло было изнуренное. Температура слегка возвышена. Замѣтная блѣдность. Селезенка не прощупывается изъ за края реберной дуги. Геморрагій нѣтъ. Лимфатическія железы не увеличены.

Исслѣдованіе крови. Гемоглобина 40%; эритроцитовъ 2.000.000. Бѣлыхъ тѣлецъ 540.000. Умѣренный лейкоцитозъ. Ядерныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 2160 въ 1 куб. милл.; большая часть изъ нихъ нормобласты. Небольшихъ ядерныхъ лейкоцитовъ 4%; большихъ мононуклеаровъ 39.2%; нейтрофильныхъ полинуклеаровъ 24%; эозинофиловъ 1.6%; тучныхъ кѣтокъ (mast-cells) 0.8%. При данномъ подсчетѣ оказалось 30.4% міелоцитовъ; изъ нихъ кѣтокъ, содержащихъ эозинофиловую зернистость, 2.4%.

Состояніе больного быстро ухудшилось. Появились кровоизлінія подъ кожей и въ деснѣ, въ области некроза кости. Температура ежедневно была между 102—103° F. Проглиной потъ. Замѣченъ отекъ легкихъ. При постоянномъ исхуданіи развилась умственная слабость.

7 октября анемія очень рѣзкая. Десны губчатые и кровоточатъ. Пульсъ частый. Сердце умѣренно расширено влѣво. Слабый систолическій шумъ у верхушки. 2-й тонъ аорты усиленъ. Селезенка на палецъ выдается изъ за края реберъ. Мочи мало; въ ней большое количество бѣлка и много зернистыхъ и гіалиновыхъ цилиндровъ.

Смерть наступила вслѣдствіе истощенія чрезъ 2 мѣсяца послѣ начала болѣзни. Последнее исслѣдованіе крови произведено 7 октября. Гемоглобина 30%. Эритроцитовъ 1.700.000. Бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ 374.000. При подсчетѣ полу-

¹⁾ F. Billings and I. A. Capps. Acute myelogenic leukaemia. The american Journal of the medical sciences. September. 1903. p. 374.

чено 2618 ядерныхъ красныхъ кровяныхъ кружечковъ въ 1 куб. милл.; большею частью нормобласты. Небольшихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ 1.6%. Большихъ мононуклеаровъ 22%. Нейтрофильныхъ полинуклеаровъ 21.2%. Эозинофиловъ 0.4%. Тучныхъ клѣтокъ 0.4%. Міелоцитовъ 54.4, изъ нихъ 0.8% съ эозинофильной зернистостью. Классификація міелоцитовъ и большихъ лейкоцитовъ часто была произвольная, потому что много разъ зернистость отсутствовала. Мононуклеары соотвѣтствовали по величинѣ и виду міелоцитамъ; различіе—въ отсутствіи зернистости. Большіе мононуклеары въ діаметрѣ были отъ 14—20 μ , міелоциты отъ 12—20 μ . Разницу въ количествѣ зернистыхъ элементовъ референты склонны объяснить недостаткомъ техники: при фиксажѣ нагрѣваніемъ зернышки слабо красятся; при употребленіи низкой температуры окраска поляе.

Авторы указываютъ, что эта форма можетъ быть распознана только при употребленіи соотвѣствующихъ красокъ. Другими словами, что ни клиническое изслѣдованіе, ни счетъ тѣлецъ не даютъ основаній для распознаванія этой формы острой лейкеміи.

При діагнозѣ должны быть приняты во вниманіе и исключены слѣдующія болѣзненные формы: 1) хроническая лейкемія съ обострившимся теченіемъ; 2) лимфатическая лейкемія, осложненная какой нибудь инфекціей; 3) острая лимфатическая лейкемія, въ которой преобладаютъ большіе мононуклеары; 4) острая инфекція; 5) острые приступы въ теченіе пернициозной анеміи и 6) новообразованія костнаго мозга.

Референты характеризуютъ острую міелогенную лейкемію, какъ заболѣваніе выражающееся:

1) Прогрессивной и тяжелой анеміей.

2) Большимъ наростаніемъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ (16.000—540.000).

3) Преобладаніемъ міелоцитовъ, а также той же величины большихъ мононуклеаровъ и слабо зернистыхъ большихъ одноядерныхъ клѣтокъ (переходныя формы).

4) Эозинофилы, mastzellen, ядерные эритроциты могутъ отсутствовать или встрѣчаются въ различномъ количествѣ.

Ewing ¹⁾ описываетъ случай острой лейкеміи, атипичскаго характера.

¹⁾ Ewing. Clinical pathology of the blood. 1901. Реф. по статьѣ Hirschfeld Über atypische Leukämien. Folia haematologica. № 3. 1904. S. 151.

Пациентъ молодой человѣкъ. На лицо у него анемія, увеличеніе селезенки и лимфатическихъ железъ. Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 1.080.000. Встрѣчаются отдѣльные нормобласты. Подсчетъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ произведенъ уже послѣ смерти больного. Бѣлыхъ тѣлецъ въ крови v. axillaris въ 1 куб. мил. 30.000. Они по типамъ слѣдующіе:

Лимфоцитовъ, болѣею частью мелкихъ, 61%.

Міелоцитовъ 31%.

Эозинофиловъ 2%.

Полиморфноядерныхъ лейкоцитовъ 6%.

Течение болѣзни очень короткое.

При вскрытіи не найдено міелоиднаго измѣненія ни въ селезенкѣ, ни въ лимфатическихъ железахъ.

Thompson и Ewing¹⁾ совмѣстно наблюдали острое теченіе міелогенной лейкеміи.

У 21 лѣтней дѣвушки появились опухоль, краснота и боль въ правомъ плечѣ. Позднѣе больная страдала повторной рвотой и лихорадкой.

Селезенка прощупывалась. Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 1.290.000. Гемоглобина 20%. Лейкоцитовъ около 50.000, причемъ около 5% міелоцитовъ. Черезъ 5 дней.

Нейтрофильныхъ полинуклеаровъ 55%.

Мононуклеаровъ 33%.

Міелоцитовъ 12%.

Эозинофиловъ — дѣльныя кѣтки.

Много нормобластовъ. Послѣ смерти:

Нейтрофильныхъ полинуклеаровъ 48%.

Мононуклеаровъ 17%.

Міелоцитовъ 17%.

Эозинофиловъ 0.3%.

Mastzellen совершенно нѣтъ.

При вскрытіи лейкемическія измѣненія въ селезенкѣ, печени, лимфатическихъ железахъ и костномъ мозгу.

Продолжительность болѣзни 8 недѣль.

A. O. J. Kelly²⁾ приводитъ клиническую картину и результаты патолого-анатомическаго изслѣдованія 4 случаевъ острой лейкеміи.

¹⁾ Реф. Folia haematologica № 3. 1904. S. 152.

²⁾ A. O. J. Kelly. Acute lymphocytic leukaemia, with reference to its mielogenous origin. Univ. of Pennsylvania. Med. Bull. Oct. 1903. Рефер. по Folia haematologica. № 3. 1904. S. 194.

Наблюдение 1-е. Мужчина 49 лѣтъ. Продолжительность болѣзни 10 недѣль. Заболѣваніе началось болью въ горлѣ (tonsillitis?). Позднѣ неправильная лихорадка, ознобы, боль, мягкость и увеличеніе печени. Число лейкоцитовъ возрасло съ 17.000—119.500. Изъ нихъ лимфоцитовъ было 98.3% (большихъ 84.2%). Клинически всѣ лимфатическія железы представлялись нормальными, не увеличенными.

При вскрытіи найдено умеренное увеличеніе мезентеріальныхъ и ретроперитонеальныхъ железъ, легкое опуханіе селезенки, лимфатическая инфильтрація органовъ и лимфоаденоидное измѣненіе костнаго мозга.

Наблюдение 2-е. Женщина 45 л. Продолжительность болѣзни 4½ недѣли. Признаки болѣзни обнаружилились на 8-й день послѣ четвертыхъ родовъ и выразились ознобами, лихорадкой, потами, дурно пахнущими послѣродовыми выделениями, присоединившимся послѣродовымъ сепсисомъ. Позднѣ наступили—носовое кровотеченіе и подкожныя и подслизистыя геморрагіи. Число лейкоцитовъ возрасло съ 208.600 до 567.200. Лимфоцитовъ насчитывалось 92.4—97.2% (большихъ лимфоцитовъ около 90%). На ощупь при жизни лимфатическія железы были не увеличены.

При посмертномъ изслѣдованіи найдено слабое опуханіе лимфатическихъ железъ и селезенки; инфильтрація лимфоцитами органовъ и лимфоаденоидное измѣненіе костнаго мозга.

Наблюдение 3-е. Мальчикъ 11 лѣтъ. Продолжительность теченія болѣзни почти три мѣсяца. Заболѣваніе началось опуханіемъ шейныхъ лимфатическихъ железъ, развившимся черезъ недѣлю послѣ паденія на затылокъ, за которымъ слѣдовала обильная рвота. Позднѣ наступило значительное увеличеніе всѣхъ лимфатическихъ железъ, неправильная лихорадка и кровизліянія кожи и слизистыхъ оболочекъ. При первомъ подсчетѣ лейкоцитовъ обнаружилось 378.000; при слѣдующемъ 198.000. Лимфоциты составляютъ 98.6—97% (большихъ лимфоцитовъ сверхъ 95%).

При вскрытіи установлено увеличеніе всѣхъ лимфатическихъ железъ, слабая гиперплазія селезенки, увеличеніе зобной железы и инфильтрація лимфоцитами органовъ. Костный мозгъ не былъ изслѣдованъ.

Наблюдение 4-е. Мужчина 43 л. Продолжительность болѣзни точно не опредѣлена. И въ этомъ случаѣ было паденіе. За нимъ развилась слабость. При изслѣдованіи найдено слабое увеличеніе лимфатическихъ железъ. Позднѣ наступило опуханіе шейныхъ лимфатическихъ железъ, неправильная лихорадка, одышка, кровоизліянія слизистыхъ оболочекъ и кожи. При первомъ счетѣ лейкоцитовъ получено 9.000; при слѣдующихъ 6.000, 5.200, 18.200 и 37.000. Лимфоциты составляли 98% всѣхъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ (большихъ лимфоцитовъ 96%).

При аутопсии обнаружено опуханіе различныхъ лимфатическихъ железъ, за исключеніемъ паховыхъ и подмышечныхъ; увеличеніе селезенки; гуммы и сифилитическій циррозъ печени; лимфоаденоидное превращеніе костного мозга *).

Lindsay Steven ¹⁾ описываетъ сочетаніе острой лейкемии съ хлѣбромой.

Больной 19 лѣтъ. Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 766.000 въ 1 куб. миллим. Гемоглобина 15%. Типы и процентное отношеніе лейкоцитовъ были слѣдующіе:

Большихъ лимфоцитовъ 94.6%.

Малыхъ лимфоцитовъ 1.4%.

Полиморфноядерныхъ лейкоцитовъ 2.7%.

Эозинофиловъ 1.3%

На кожѣ лица подкожные узлы.

У больного была кровавая рвота. Смерть.

Всѣ органы при изслѣдованіи представлялись инфильтрированными мелкими клѣтками.

Узлы на вскрытіи оказались окрашенными въ зеленый цвѣтъ.

Thymus увеличена.

Gardavot ²⁾ приводитъ слѣдующее наблюденіе надъ острой лейкемией.

М. Х., 60 лѣтъ, уроженка и постоянная жительница Бразиліи. Отецъ умеръ въ молодости отъ неизвѣстной болѣзни. Мать 80-ти лѣтъ, вполне здорова. Два брата погибли на войнѣ. Три сестры живы и пользуются прекраснымъ здоровьемъ. Больная была 11 разъ беременна: 6 разъ имѣла абортъ или преждевременные роды и 5 разъ родила въ срокъ. Три года тому назадъ страдала сегоидитомъ, который при употребленіи специфическаго леченія исчезъ. Въ Европѣ съ 9 мая 1902 года; пріѣхала изъ Бразиліи съ цѣлью консультировать о болѣзни дочери. Послѣ смерти послѣдней у пациентки развилась невротенія. Въ теченіе

*) Последній случай референтъ д-ръ Simon склоненъ разсматривать за брюшной тифъ. Этому предположенію вполне соотвѣтствуютъ продолжительность теченія болѣзни—около 6 недѣль и патолого-анатомическія измѣненія кишечника—инфильтрація и изъязвленія пейеровыхъ бляшекъ.

¹⁾ Lindsay Steven. A case of acute lymphatic leukaemia with numerous subcutaneous lymphocytic nodules. Chloroma. Glasgow Med. Journal. July 1903. Реф. по Folia haematologica № 3. 1904. S. 180.

²⁾ Gardavot. De la leucémie aigue hémorrhagique. hèse de Paris. 1903.

іюня мѣсяца упадокъ силъ, слабость, отсутствіе аппетита, которые то и дѣло усиливались.

29 іюня М. Х. поѣхала въ Версаль. Послѣ выпитого стакапа лимонада, взятаго у разнощика, получила сильную діаррею.

15 Іюля появились петехіи на бедрахъ и на ногахъ. Сверхъ того на бедрахъ усмотрѣны 4 кровоизліянія, величиною каждое въ 2-хъ франковую монету. О послѣднихъ больная выражалась, что въ Бразиліи подобныя пятна часто являются и носятъ даже особое названіе: «taches de mélancolie».

18 іюля явилось еще нѣсколько петехій и кровяныхъ пятенъ. Но состояніе больной было настолько хорошее, что вся семья на слѣдующій день предполагала отправиться въ Швейцарію.

19 іюля впервые замѣчено повышеніе t° , которое держалось вплоть до смерти. Въ 4 $\frac{1}{2}$ ч послѣ полудня t° была 38.5.

20 іюля t° утр. 37.5 $^{\circ}$; веч. 33.5 $^{\circ}$. Слабое носовое кровотеченіе. Десны слегка кровоточать. Нѣсколько петехій разсыяно по туловищу и на нижнихъ конечностяхъ. Довольно много свѣжихъ кровоизліяній на животѣ.

22 іюля. T° утр. 37.6 $^{\circ}$; веч. 39.3 $^{\circ}$. Кровоизліянія на различныхъ мѣстахъ тѣла.

Печень и селезенка не увеличены. Дыханіе съ непріятнымъ запахомъ. Сердце нормально. Пульсъ 120. Сознаніе полное.

Діагностицировано: *rigruga haemorrhagica infect.*

26 Іюля. T° утр. 38 $^{\circ}$; веч. 38.7 $^{\circ}$. Пульсъ 116. Въ мочѣ много крови.

28 Іюля. T° утр. 37.7 $^{\circ}$; веч. 38.5 $^{\circ}$. Пульсъ 124. Обильная гематурія. На спинѣ свѣжіе, большіе экхимозы.

На основаніи изслѣдованія крови поставленъ діагнозъ лейкеміи.

При изслѣдованіи крови отношеніе $\frac{B}{K} = 1:25$.

Что касается формъ лейкоцитовъ, то авторъ нашелъ:

Прозрачныхъ мононуклеаровъ	78	на 100.
Зернистыхъ — (лимфоцитовъ)	15	— —
Полинуклеаровъ	1	— —
Mastzellen	0	— —
Миелоцитовъ	0	— —

М. Widal, приглашенный на консилиумъ, подтвердилъ діагнозъ острой лейкеміи.

Въ послѣдующіе дни состояніе больной ухудшалось. Утреннія t° держалась между 37 $^{\circ}$ —37.7 $^{\circ}$, а вечерняя между 38.5 $^{\circ}$ —38 $^{\circ}$. Пульсъ колебался въ предѣлахъ 128—120. Дыханій 38. Съ 30 іюля въ мочѣ почти чистая кровь. Крайній упадокъ силъ. Чрезмѣрное обезкровленіе всего тѣла, губъ.

1-го Августа больная объясняется только знаками.

2 Августа моча безъ крови. Въ 10 ч. вечера больная въ теченіе нѣсколькихъ минутъ скончалась при явленіяхъ ужасной тоски.

Болезнь продолжалась около 3 мѣсяцевъ.

Dr. R. Dods Brown ¹⁾ опубликовалъ случай острой лимфатической лейкеміи.

Пациентъ 13 лѣтъ, ученикъ. Принятъ въ госпиталь послучаю кровотеченій изъ носа, десенъ и глотки.

Во время пребыванія въ больницѣ у него развились кровавая рвота, кровавая моча и мелена. Черезъ 15 дней послѣ поступленія въ госпиталь больной скончался.

При вскрытіи найдены значительныя геморрагіи по всему тѣлу.

Thymus гиперплазированъ. Подъ микроскопомъ ткань ея представляется сильно инфильтрированной лимфоцитами.

Barié et Salmon ²⁾ описываютъ слѣдующій случай острой лейкеміи.

С., 35 лѣтъ, болѣетъ около 6 недѣль. Никакихъ патологическихъ задатковъ въ немъ не было. Пациентъ очень блѣденъ. Жалуется на слабость, туманъ въ глазахъ, носовыя кровотечения и частые поносы. Онъ подавленъ.

При осмотрѣ найдена рѣзкая блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ. Нижнія конечности отечны. Селезенка и печень очень увеличены. Лимфатическія железы нормальны, по крайней мѣрѣ подъ мышкой и въ пахахъ. Сердце нормально. Въ легкихъ нѣсколько хриповъ, какъ слѣдствіе венознаго застоя. Въ мочѣ немного бѣлка. Въ крови много лейкоцитовъ. Красныхъ кровяныхъ кружечковъ 2.015.000. Отношеніе $\frac{B}{K} = 1:2$. Бѣлыя тѣльца различной формы.

Спустя нѣсколько дней послѣ того какъ больной поступилъ въ госпиталь, у него явились подкожныя кровоизліянія на верхнихъ конечностяхъ, на ногахъ и на передней стѣнкѣ живота. Одновременно замѣчена опухоль, величиною съ лѣсной орѣхъ, подъ нижнимъ угломъ правой лопатки. Опухоль быстро увеличивалась и на третій день была величиной съ головку новорожденного ребенка. Изъ нея разрезомъ выпущено 1 литръ и 300 куб. сант. крови. Источникъ кровотечения не уда-

¹⁾ Реф. по Gardavot. Thèse de Paris. 1903. p. 46.

²⁾ Bullet. et Mém. de la Soc. médic. des Hôp. de Paris. 26 Février 1903. Реф. по Gardavot. Thèse de Paris. 1903 p. 47.

лось найти. Сдѣлана тампонада. Не смотря на то, что края раны были плотно соединены, кровь продолжала просачиваться.

Больной слабѣлъ и на слѣдующій день умеръ въ коматозномъ состояніи.

Millard et Girode ¹⁾.

Л. (М.), 48 лѣтъ, швея. Поступила въ госпиталь Beaujon 1 іюля 1892 г. До послѣдняго года пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Въ мартѣ 1891 года у нея было удалено нѣсколько брюшныхъ фибромъ. Въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ 1892 г. надорвала свои силы, проводя за работой ночи; дурно питалась.

Въ срединѣ мая появилась очень сильная слабость, расстройство пищеваренія. Работать могла только съ большимъ трудомъ. Спустя немного больная замѣтила опуханіе лимфатическихъ железъ на шеѣ.

20 іюля обнаружили жестокія боли въ поясничной области и въ ногахъ. Пациентка не находила мѣста отъ нихъ и по ночамъ не спала. Работать уже болѣе не могла. Болевые приступы смѣнялись мучительнымъ нервнымъ возбужденіемъ. Аппетитъ исчезъ. Слабость ужасная. Интеллектъ нѣсколько не ясенъ.

Три дня спустя явились геморрагіи на ногахъ и предплечьяхъ. Въ слѣдующіе дни состояніе больной ухудшилось и она уже обратилась въ госпиталь.

При осмотрѣ больной 1 іюля найдены крайняя блѣдность и желтизна; лицо страдальческое и полное безпокойства. Больная настолько слаба, что едва поворачивается на постели. Отвѣты ея отрывочные. Температура нормальная. Пульсъ 80, мягкій, сжимаемый. Пурпуровыя пятна по всему тѣлу, но особенно ихъ много на лѣвой ногѣ.

Геморрагическія пятна находятся на мягкомъ небѣ, на внутренней поверхности щекъ и на нижней губѣ; на послѣдней сверхъ того видна еще язвочка съ сѣроватымъ дномъ. Десны опухли, мягки, кровоточатъ какъ при скорбутѣ. Миндалины увеличены, почти соприкасаются, кровоточатъ. Основаніе языка и стѣнка глотки неровны, покрыты сосковидными возвышеніями. Всѣ наружныя лимфатическія железы увеличены.

Селезенка умѣренно припухла. Печень не выступаетъ изъ за края ложныхъ реберъ. Брюшной водянки и отека нѣтъ. Сердце и легкія не измѣнены. Въ мочѣ бѣлокъ.

Въ крови уменьшеніе числа эритроцитовъ (1.800.000) и замѣтное накопленіе лейкоцитовъ (20.000). Очень много крупныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и мелкихъ бѣлыхъ шариковъ.

¹⁾ Bullet. et Mem. de la Soc. médic. des Hôp. de Paris. 19 Mars 1903. Ref. по Gardavot. Thèse de Paris. 1903. p. 50.

4 іюля. Обильное носовое кровотечение. Тампонада.

Съ 16—25 іюля. Кровоизліянія имѣють тотъ же характеръ; въ однихъ мѣстахъ они исчезаютъ, въ другихъ возникаютъ. Всюду замѣтно увеличеніе железъ.

2 августа. Кровяныя пятна явились на языкѣ и на деснахъ. Миндалины изъязвлены и кровоточатъ. Глотаніе затруднено. Дыханіе вонючее. Упадокъ силъ возрастаетъ. Голосъ слабъ. Сознаніе неясное. Паретическія явленія на правой половинѣ. Т° впервые поднялась до 38°6.

5 августа. Правосторонняя гемиплегія. Т° 38.7. Пульсъ 120, слабый.

6 августа. Новыя кровоизліянія. Больная въ полукоматозномъ состояніи.

7 августа вечеромъ †.

При вскрытіи въ печени, почкахъ и лимфатическихъ железахъ найденъ тотъ же стафилококкъ, который полученъ былъ и при жизни въ культурѣ, т. е. *Staphylococcus pyogenes aureus*. Особенно много было его въ первыхъ двухъ органахъ ¹⁾.

Hirtz et Labbé ²⁾ наблюдали слѣдующій случай острой лейкеміи.

Пациентъ J. R., 21 года, плотникъ, поступилъ въ отдѣленіе д-ра Hirtz'a 4 ноября 1899 года.

Болѣзнь тянется около 6 недѣль. Начало ея выразилось упадкомъ силъ, исхуданіемъ и одышкой, наступавшей при малѣйшемъ усиліи. Если въ началѣ работа для больного была затруднительна, то вскорѣ онъ вынужденъ былъ совершенно отказаться отъ нея. Кромѣ того по вечерамъ пациентъ страдалъ головными болями. Спустя четыре недѣли появились боли въ носу. Отдѣлимое имѣло гнойный характеръ и нѣсколько пахло. Было легкое носовое кровотечение. Носъ у больного опухъ, покраснѣлъ и сталъ нѣсколько болѣзненъ.

Въ день поступленія въ госпиталь больной нѣсколько разъ впадалъ въ обморокъ.

При осмотрѣ пациента прежде всего бросалась въ глаза крайняя блѣдность. Лицо и слизистыя оболочки были совершенно безцвѣтны. Больной чрезвычайно истощенъ. Въ легкихъ измѣненій нѣтъ. При основаніи сердца анемическій шумъ. Пульсъ нормальный. Въ v. jugularis рѣзкій шумъ. Пищеварительный трактъ нормальный. Въ мочѣ бѣлая нѣтъ. Селезенка увеличена. Наружныя лимфатическія железы припухли. Миндалевидныя железы не гипертрофированы.

¹⁾ Centralbl. für allg. Pathol. und Pathol. Anat. № 10. 1904. S. 429.

²⁾ Реф. по Gardavot. Thèse de Paris. 1903. p. 42.

1-е. Изслѣдованіе крови 8/xi 1899.

Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 1.829.000.

Бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 112.350.

Оксигемоглобина 5%.

Количественное отношеніе лейкоцитовъ другъ къ другу:

Малыхъ лимфоцитовъ 17.

Большихъ лимфоцитовъ 80.

Нейтрофильныхъ полинуклеаровъ 2.

Эозинофиловъ 1.

100.

2-е. 20/xi 1899.

Количественное отношеніе различныхъ формъ лейкоцитовъ:

Малыхъ лимфоцитовъ 23.

Большихъ лимфоцитовъ 74.

Нейтрофильныхъ полинуклеаровъ 3.

Эозинофиловъ 0.5.

3-е. 25/xi 1899.

Малыхъ лимфоцитовъ 28.

Большихъ лимфоцитовъ 68.

Нейтрофильныхъ полинуклеаровъ 4.

Эозинофиловъ 0.

13 ноября. У больного появилась лихорадка. Т° 39.7. Рвота. Желудочное разстройство. Моча мутна; даетъ обильный осадокъ уратовъ и фосфатовъ.

17 ноября. Больной слабѣетъ. Селезенка и печень прощупываются. Лимфатическія железы безъ измѣненій.

23 ноября, Т° достигаетъ 40°. Носовое кровотеченіе. Обморокъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ.

24 ноября. Носовыя кровотеченія обильныя и повторныя. Тампонада носа. Лихорадка держится.

25 ноября. Носовыя кровотеченія продолжаются, весьма обильны. Кровотеченіе послѣ укола пальца было очень трудно остановить.

26 ноября носовыя кровотеченія продолжаются. Т° 41. Крайній упадокъ силъ. Пульсъ нитевидный.

28 ноября †.

Hunter ¹⁾ въ отдѣленіи д-ра G. S. Middleton'a въ Глазговѣ наблюдалъ случай лимфатической острой лейкеміи.

¹⁾ Hunter. A case of acute lymphatica leukaemia. The Lancet. Juli 18. 1903.

Больной 19 лѣтъ, принятъ въ больницу 12 апрѣля 1902 по случаю опухолей на шею, подмышками и въ пахахъ. Около двухъ мѣсяцевъ тому назадъ у него показались инфильтраты въ подчелюстныхъ областяхъ, нѣсколько ниже и кзади отъ подбородка, сначала справа, а затѣмъ и слѣва, обнаружившіе быстрый ростъ. Вскорѣ появилось опуханіе лимфатическихъ железъ подмышками, а чрезъ нѣсколько дней и въ пахахъ. Пациентъ все это время чувствовалъ себя прекрасно, имѣлъ хорошій аппетитъ и лишь только падалъ въ вѣсѣ, что и стало его угнетать и, наконецъ, вынудило прибѣгнуть къ медицинской помощи.

Въ анамнезѣ сифилиса нѣтъ. Отецъ умеръ 81 года. Мать и двѣ сестры живы и вполне здоровы.

При осмотрѣ пациентъ производитъ впечатлѣніе здороваго человѣка. Опухоли на шею расположены симметрично по обѣимъ сторонамъ. Онѣ занимаютъ задній шейный треугольникъ, распространяясь кпереди въ подчелюстную, а книзу въ надключичную области. Железы тверды, безъ слѣдовъ размягченія и не сросены съ нижней челюстью, ключицей и глубокими частями шеи. Кожа надъ ними не измѣнена и не спаяна. Щитовидная железа не увеличена. Опухоли подъ мышками съ гусиное яйцо; кпереди онѣ распространяются подъ *m. pectoralis major*, а кзади—*m. latissimus dorsi*. Подобнымъ же образомъ измѣнены и лимфатическія железы паховыхъ областей. Вены лица, верхнихъ конечностей, груди и живота сильно растянуты. Отека въ конечностяхъ нѣтъ. Тоны сердца чисты. Легкія безъ измѣненій. Печень и селезенка увеличены. По *l. mamillaris* вертикальный размѣръ 6 дюймовъ. Приглушеніе селезенки по вертикальной линіи 7 дюймовъ. Миндалины значительно увеличены. Кашель ларингеальнаго характера. Гортань не измѣнена. При изслѣдованіи свѣжей крови замѣчено незначительное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ виду этого данный случай былъ признанъ вначалѣ за *Hodgkin's*кую болѣзнь.

Во время пребыванія въ больницѣ состояніе больного стало ухудшаться. 11 Мая замѣчено новое увеличеніе лимфатическихъ железъ. Опухли также и подключичныя лимфатическія железы.

Нижній край печени сталъ выступатьъ на 4 дюйма, а селезенка на 3 дюйма изъ за края реберной дуги. Обнаружено скопленіе жидкости въ брюшной полости и отеки нижнихъ конечностей и наружныхъ гениталій. Больной чувствовалъ затрудненіе дыханія. 15 Мая †.

Вскрытіе не разрѣшено.

Кровь была изслѣдована за нѣсколько дней до смерти. Приблизительно бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ было около 30.000 въ 1 куб. милл.

Большихъ лимфоцитовъ 87.3%.

Малыхъ лимфоцитовъ 4.2%.

Полинуклеаровъ 2.5%.

Большихъ мононуклеаровъ 6.0%.

Не было ни міелоцитовъ, ни тучныхъ клітокъ («mast cells»). Очень мало эозинофиловъ. Умѣренный пойкилоцитозъ. Ядерныхъ эритроцитовъ не найдено.

Число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и количество гемоглобина не опредѣлены.

На u e m et B e n s a u d e ¹⁾ 13 февраля 1903 года въ засѣданіи Société médicale des hôpitaux докладывали объ одномъ случаѣ острой лейкеміи, сопровождавшемся геморрагіями. Больной былъ сифилитикъ. Летальный исходъ наступилъ чрезъ 3 мѣсяца.

При вскрытіи печень, селезенка и лимфатическія железы оказались не увеличенными.

Отношеніе $\frac{B}{K} = 1:25$. Преобладали мононуклеары.

Авторы склоняются къ тому, что острая лейкемія по существу токсемія.

(Продолженіе слѣдуетъ).

¹⁾ Реф. по Centralbl. f. allg. Pathologie und pathol. Anat, № 10. 1904. S. 427.

РЕФЕРАТЫ.

Внутреннія болѣзни.

Д-ръ Moosbrugger, *О леченіи воспаленій слѣпой кишки внутренними средствами.* Münch. med. Woch. № 37, 1905.

Авторъ предлагаетъ лѣчить воспаленія червообразнаго отростка внутреннимъ и наружнымъ назначеніемъ Argenti colloidalе Credè. Доза для внутренняго употребленія у него варьируетъ, смотря по тяжести заболѣванія и возрасту больного. Въ легкихъ случаяхъ достаточно было уложить больного въ постель, положить припарку изъ льнянаго сѣмени на продолжительное время и дать внутрь растворъ Argent. colloid. изъ 1,0 на 200,0 воды, каждые $\frac{1}{2}$ часа, часть по столовой ложкѣ, — чтобы получилось выздоровленіе. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда состояніе больныхъ было тяжелое, гдѣ имѣлась на лицо рвота, вздутіе живота, потрясающіе знобы, авторъ назначаетъ внутрь растворъ Argent. colloid. изъ 2,0—200,0 каждый часъ по 10,0 раствора и, кромѣ того ежедневно два раза втираніе по 2,0 ung Collargoli въ теченіи 20—30 минутъ въ разгибательныя части рукъ и ногъ. Если же, благодаря рвотѣ, растворъ серебра не удерживается въ достаточной мѣрѣ въ желудкѣ, то авторъ вводитъ послѣдній въ клизмѣ, $\frac{1}{2}$ gram. Collargol'я въ 50,0 воды, въ болѣе же тяжелыхъ случаяхъ растворъ 1,0—на 100, на одну клизму или же раздѣльно въ двухъ: утромъ и вечеромъ. Дѣтямъ авторъ назначаетъ растворъ изъ 0,5—100,0 или 0,75—100,0 каждые полчаса по чайной ложкѣ, при рвотѣ же въ клизмѣ 1, 2 раза въ день по 50 grm того же раствора и втираніе по 1,0 ung. colloidalе 2 раза въ день. Авторъ не примѣняетъ кромѣ этого ни клистировъ, ни иныхъ другихъ мѣръ съ цѣлью освобожденія кишекъ отъ газовъ, онъ даже отказывается въ настоящее время отъ назначенія наркотическихъ средствъ.

Примѣняя такое лѣченіе въ свѣжихъ случаяхъ аппендицита авторъ замѣчалъ, что уже на 2-ой день общее состояніе и мѣстныя явленія нѣсколько улучшались, температура падала; на 2-ой же или на 3-ій день вздутіе живота проходитъ и появляются изъ кишекъ отдѣленія чернаго цвѣта, благодаря чему пациентъ получаетъ замѣтное облегченіе. Въ случаяхъ же болѣе тяжелыхъ, когда эксудатъ проникаетъ въ брюшную полость и вслѣдствіе чего развивается разлитое воспаленіе брюшины, улучшеніе наступаетъ медленно: въ теченіи 4—8 дней. Пользуя такимъ способомъ 70—80 больныхъ съ легкими, средней силы и тяжелыми заболѣваніями appendix'a, авторъ наблюдалъ лишь 2 смертныхъ случая. 5 лѣтняя дѣвочка погибла на 4 день и пожилой мужчина спустя 18 часовъ. Въ моментъ назначенія указанного лѣченія у больныхъ наблюдался уже диффузный перитонитъ. Общее состояніе этихъ больныхъ было таково, что какое бы лѣченіе по словамъ автора не было примѣнено въ это время, хотя бы хиругическое, все равно спасти больныхъ не удалось бы.

Что же касается вопроса насколько безнаказанно давать больнымъ Collorgal, авторъ категорически заявляетъ, что вреда отъ него онъ не видѣлъ. Въ этомъ авторъ убѣдился на самомъ себѣ, принимая крѣпкій растворъ Collargol'я изъ 4,0—200,0 каждые 2 часа по столовой ложкѣ и втирая мало по малу 200 граммъ ung. Colloidal. Единственно не благопріятное дѣйствіе лекарства сказывалось на немъ тѣмъ, что появлялись жидкія темно окрашенныя испражненія по нѣсколько разъ въ теченіе дня, изрѣдка съ характеромъ тенезмъ. Подобное же явленіе авторъ наблюдалъ и у тѣхъ своихъ пациентовъ, которые принимали 2% раств. Collargol'a черезъ часъ по столовой ложкѣ. Въ такихъ случаяхъ авторъ только уменьшалъ число пріемовъ, но не прекращалъ совершенно, видя въ послабленіяхъ, если только онъ не часты,—хорошій признакъ возстановленія функціи кишекъ.

Аргиріи авторъ не наблюдалъ ни въ одномъ случаѣ. Выдѣленіе серебра по его мнѣнію происходитъ главнымъ образомъ черезъ кишки.

Благопріятное дѣйствіе серебра при воспалительныхъ процессахъ въ червообразномъ отросткѣ и при нагноеніи авторъ видитъ въ томъ, что collargol въ больномъ организмѣ связываетъ или же нейтрализуетъ извѣстное количество токсиновъ циркулирующихъ въ крови а также находящихся въ тканевыхъ сокахъ.

А. К.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

*Журналы, газеты и другія періодическія изданія *).*

Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ 1904 г. книга 10-я,—Тартаковский М. Г. Матеріалы къ вопросу объ этиологіи контагіозной плевро-пнеймоніи и сходныхъ заболѣваній лошадей (окон).—Драчинскій С. Н. Lymphorrhagia per re-
xip traumatica у нашихъ домашнихъ животныхъ.—Кишкель И. Къ вопросу о
сравнительной оцѣнкѣ способовъ очистки жидкихъ убойныхъ нечистотъ.

Книга 11-я,—Тартаковский М. Г. Матеріалы къ вопросу объ этиологіи кон-
тагіозной плевро-пнеймоніи и сходныхъ заболѣваній лошадей (окончаніе).—Rupprel.
Гніеніе.—Ратковский А. Опытъ наложенія презервативнаго шва при операциі he-
rnia scrotalis у лошади.—Добровотворскій М. Усинскій районъ Печорскаго уѣзда.
Архангельской губерніи въ ветеринарно-санитарномъ и сельско-хозяйственномъ
отношеніи.

Ветеринарное Обзорѣніе 1904 г. № 19-й,—Серебренниковъ Г. П.
Ветеринарное дѣло въ Россіи въ освѣщеніи отчета ветеринарнаго управленія за
1901 г.—Волынский В. Г. Скотоводство и ветеринарное дѣло въ Россіи въ пред-
ставленіи иностранцевъ.—Thomassen. Болѣзни, вызываемыя стрептококками, ихъ
профилактика и терапія.—Богдановъ Н. Н. Кастрація безъ лещетокъ и лига-
туръ.—Андреевъ П. Общеимперская регламентация осмотра мясныхъ продуктовъ
на бойняхъ—№ 20-й.—Шадринъ Н. А. Объ участіи губернскаго и уѣздныхъ зем-
ствъ въ организаціи мѣстному населенію ветеринарной помощи.—Серебренниковъ
Г. И. Ветеринарное дѣло въ Россіи въ освѣщеніи отчета ветеринарнаго управленія
за 1903 г.—Thomassen. Болѣзни, вызываемыя стрептококками, ихъ профилактика
и терапія.

*) Книги имѣются въ библіотекѣ Общества Врачей при Казанскомъ Уни-
верситетѣ.

№ 21-й.—Шадринъ Н. А. Обь участіи губернскаго и уѣздныхъ земствъ въ организаціи мѣстному населенію ветеринарной помощи.—Серебренниковъ Г. П. Ветеринарное дѣло въ Россіи въ освѣщеніи отчета ветеринарнаго управленія за 1903 г.

№ 22-й.—Березовъ Ф. А. Роль частной и общественной инициативы въ улучшеніи скотоводства.

№ 23-й.—Шадринъ Н. А. Бюджетъ земской ветеринаріи въ 1903 г.—Диковскій Н. Критическій анализъ доклада М. А. Гонторева. О недостаточности метода вакцинаціи въ борьбѣ съ заразными болѣзнями.—Стеллецкій В. И. Совѣщанія ветеринарныхъ врачей при уѣздныхъ управахъ Саратовской губер.

Военно-Медицинскій Журналъ 1904 г. ноябрь.—Замуравкинъ К. И. Случай аневризмы сонной артеріи на почвѣ огнестрѣльнаго раненія.—Добровольскій Л. О. Паховыя грыжи въ военно-Госпитальной практикѣ.—Монсе А. А. Случай острой непроходимости кишечника, леченной атропиномъ по способу Батша съ благопріятнымъ исходомъ.—Цейтлинъ В. Н. Случай острого воспаления спинного мозга.—Андржеевскій И. И. О малярійной кровоточивости, какъ одномъ изъ проявленій малярійнаго заболѣванія кровеносныхъ сосудовъ.

Декабрь 1904 г.—Талызинъ Н. А. Причины слабосилія въ войскахъ.—Кружилинъ А. В. Нарковъ черезъ прямую кишку.—Любомудровъ П. В. Къ казуистикѣ нарывовъ въ печени.—Филончиковъ Н. М. Водные растворы іода, какъ антисептическая жидкость въ хирургіи.—Ивановъ А. Н. Къ казуистикѣ неврововъ послѣ пораженія молніей.—Стержаменскій Г. Н. Хинопиринъ; леченіе болотной лихорадки подкожными впрыскиваніями его.—Протопоповъ Ю. Н. Два случая внѣшного зараженія сифилисомъ.—Бланше де-ла-Рошъ А. В. Весьма рѣдкій по этиологіи случай истеро-эпилепсии.

Врачебный Вѣстникъ 1904 г. № 40-й.—Бурлаковъ М. В. Къ вопросу о дифференціальномъ распознаваніи послѣродовыхъ сальпингитовъ и сальпингооофоритовъ, (продол.)—Leon Kendirdgy.—Піелонефриты при беременности. (продол.)

№ 41-й.—Babinsky j. Обь объективныхъ симптомахъ, не могущихъ быть воспроизведенными волей, и ихъ значенія въ судебной медицини.—Бурлаковъ М. В. (оконч.)

№ 42.—Babinsky j. (окончаніе).—Kendirgy Leo. (продолж.)

№ 43-й.—Вахъ П. Б. О двухъ новыхъ средствахъ противъ желчно-каменной болѣзни—Chologen и Cholelusin.—Kendirgy Léon. (окончан.)

№ 44-й.—Михайловъ Н. А. Роль цистоскопіи, какъ метода изслѣдованія въ урологіи.—Mircoli Ztet. Туберкулезное кровохарканіе съ современной точки зрѣнія.

№ 45-й.—Михайловъ Н. А. (окончан).—Mircoli Stef. (продолж.)

№ 46-й.—Флеровъ К. Ѳ. О кривой температуры при возвратномъ тифѣ.—Mircoli Stef. (оконч.)

№ 47-й.—Флеровъ К. О. (окончаніе).—Maragliano E. О специфическомъ леченіи туберкулеза и его прививкѣ.

№ 48-й.—Шебаевъ Н. В. Къ леченію чешуйчатого лишая.—Maragliano E. (продолжен).

№ 49-й.—Шибаевъ Н. В. (окончан.—Maragliano E. (продолженіе).

№ 50-й.—Leyden. E. Объ органотерапіи при morbus Basedowii.—Maragliano E. О специфическомъ леченіи туберкулеза и его прививкѣ. (окончаніе).

№ 51-й.—Королько А. М. Объ упрощенномъ Рентгеновскомъ кабинетѣ.—Ludwig Leband. Современное состояніе ученія о левулозурии, (обзоръ).

№ 52-й.—Müller. P. Новые салициловые препараты и новые способы примѣненія салициловой кислоты.

1905 г. № 1-й.—Ловцкий Я. А. О леченіи аневризмы подкожными впрыскиваніями желатины.—Albu A. О такъ называемой болѣзни Banti.

Врачебная Газета 1904 г. № 45-й.—Крепсъ М. Л. Изъ цистоскопической практики.—Шоры Г. В. Матеріалы къ вопросу о бугорчаткѣ въ дѣтскомъ возрастѣ. (продол).

№ 46-й.—Leopold Casper. Къ діагностикѣ и терапіи бугорчатки почекъ.—Гороховъ Д. Е. Объ остеоміэлитѣ (окончан).—Сербиновскій В. В. Нѣкоторыя данныя, полученныя при испытаніи эпилептиковъ въ Кіевскомъ военномъ госпиталѣ.—Шоръ Г. В. (окончаніе).

№ 47-й.—Дочевскій Н. М. Къ вопросу о передачѣ маляріи.—Гартъе Э. Э. Къ казуистикѣ дѣтскаго спинномозгового спастическаго паралича.—Leop. Casper. (Продолженіе).—Сербиновскій В. В. (Окончаніе).

№ 48-й.—Дочевскій И. И. (продолженіе).—Leop. Casper. (окончаніе).—Гартъе Э. Э. (Продолженіе).

№ 49-й.—Смоленскій П. О. Кріоскопія молока.—Дочевскій И. И. Къ вопросу о передачѣ маляріи. (окон).—Гартъе Э. Э. Къ казуистикѣ дѣтскаго спинномозгового спастическаго паралича.

№ 50-й.—Гороховъ Д. Е. О косоллапости.—Смоленскій П. О. (продолженіе).—Вигдорчикъ Н. А. Существуетъ-ли нервная лихорадка?

№ 51-й.—Кульбинъ Н. И. Новый самодѣйствующій ножъ для полученія капли крови и для кровозвлеченій.—Гороховъ Д. Е. (окон).—Смоленскій П. О. (окончаніе).—Вигдорчикъ Н. А. (оконч).

№ 52-й.—Гундобинъ Н. П. Современное положеніе специальности дѣтскихъ болѣзней.

Врачебная Хроника Харьковской губер. 1904 г. № 7, № 8—9-й.

Врачебно-Санитарный Листокъ Симбирской губ. № 15—16-й. № 17—18-й. № 19—20-й. № 21—22.

Врачебно-Санитарная Хроника, Саратовской губерніи 1904 г. № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10.

Врачебная Хроника Херсонской губерніи 1904 г. № 15, № 16.
№ 17—20-й, № 21—22.

Врачебная Хроника Самарской губерніи 1904 г. № 5-й, № 6-й, № 7.

Врачебно-Санитарная хроника Ярославской губ. 1904 г. № 13,
№ 14, № 15, № 16, 17, 18, 19, 20.

Врачебно-Санитарная хроника Курской губерніи. 1904 г. № 11-й,
12-й.

Вѣстникъ Офтальмологіи. 1904 г. Ноябрь—Декабрь.—Лившицъ С. Я. Новый офтальмотонометръ.—Гурвичъ Б. Клиническое примѣненіе монометра Fdc—Лившица.—Зеленковскій Я. В. О токсинной и другихъ теоріяхъ симпатическаго воспаления на основаніи новыхъ работъ—Лавровъ В. А. Матеріалы къ вопросу о развитіи куриной слѣпоты среди русскихъ, татаръ, мордвы и чувашъ.

Вѣстникъ Общественной Гигіены судебной и практической медицины 1904 г. ноябрь.—Раммуль А. Изслѣдованіе ста образцовъ ржаной муки на содержаніе спорыньи.—Смоленскій П. О. О новѣйшихъ теченіяхъ въ дѣлѣ народнаго продовольствія.

Декабрь 1904 г.—Дементьевъ П. Средній возрастъ умершихъ въ Вятской губ.—Шульгинъ К. Рѣдкій случай укуса ядовитымъ насѣкомымъ.—Кирилловъ Н. В. Очерки по японской медицинѣ.—Работа совмѣстно съ японскимъ врачомъ.—Минеральныя воды японіи.—Санитарная статистика Японіи.—Развитіе медицинскаго дѣла въ Японіи.

Вѣстникъ Душевныхъ болѣзней, 1904 г. № 6.—Югансонъ. Рефлексъ съ твердой мозговой оболочки на блуждающія нервы.—Клевцовъ Н. И. Къ вопросу о переутомленіи учащихся.—Ковалевскій П. И. Причины идиотіи.—Ковалевская К. Н. XIV Съѣздъ французскихъ психіатровъ въ Реап.

1905 г. № 1, Ковалевскій П. И. Монгольскій типъ идиотіи—Цареградскій А. А. Объективныя доказательства галлюцинацій.

Дѣтская Медицина 1904 г. № 5—6-й,—Эгизъ Б. А.—101 случай лѣченія скарлатины сывороткой.—Ланговой Н. И. 60 случаевъ скарлатины, лѣченыхъ сывороткой.—Каршинъ А. А. Случай острой лейкеміи.—Шолле Г. Г. Объ эмпіемѣ лобныхъ пазухъ у дѣтей съ острыми инфекціонными болѣзнями.—Эгизъ Б. А. Случай дифтеріи у новорожденныхъ.

Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1904 г. Октябрь.—Соловьевъ О. А. Къ вопросу о происхожденіи и строеніи дермоидныхъ кистъ яичника.—Успенскій Д. М. Яичниковая органотерапія.—Щеткинъ Д. С. Нѣсколько возраженій на доклад ассистента Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института д-ра мед Сицинскаго «Лѣченіе заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній въ полости матки» сдѣланный имъ въ засѣданіи перваго съѣзда О-ва Россійскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ 29 декаб. 1903 г.—Сицинскій А. А.

Отвѣтъ д-ру Щеткину.—Утробинъ. Первая тысяча родовъ въ родовспомогательномъ заведеніи имени Курбатова въ Сарапулѣ. Вятской губ.—Фельдманъ Р. А. Корреспонденція.

Ноябрь.—Каннегиссеръ Н. С. Къ развитію плоднаго яйца въ яичникѣ.—Мироновъ М. М. Лѣченіе воспалительныхъ заболѣваній придатковъ матки и тазовой брюшины и его результаты.—Томсонъ Г. И. Къ бугорчаткѣ женскихъ половыхъ органовъ.—Томсонъ Г. И. Первичный ракъ Фаллопиевыхъ трубъ.—Стратіевскій Л. О. Къ казуистикѣ операціи Рогго.—Рѣзниковъ О. А. Къ казуистикѣ двойныхъ уродовъ.

Журналъ О-ва Русскихъ Врачей въ память Пирогова 1904 г. № 5.—Салтыковъ Б. По поводу проекта новаго аптекарскаго устава.—Мицкевичъ С. Еще о направленіяхъ среди русскихъ врачей.—Гликманъ С. О привлеченіи городскихъ управленій къ устройству доступныхъ загородныхъ дачъ.—Розановъ Н. Врачебно-санитарная организація г. Цорюха и ея дѣятельность за 1903 г.—Жбанковъ Д. О земскихъ расходахъ по смѣтамъ на 1903 годъ.

№-6.—Вигдорчикъ Н. Очерки неземской медицины.—Вислоухъ А. Къ вопросу о регламентаціи проституціи городскими самоуправленіями.—Мицкевичъ С. О правовомъ положеніи русскаго врача въ связи съ общимъ правовымъ положеніемъ русскаго обывателя.—Ростовцевъ Г. Кризисъ врачебно-санитарной организаціи въ Дмитровскомъ уѣздѣ Московской губ.—Игумновъ С. Добавленіе къ статьѣ «земскія врачи теперь и вѣжде».

Извѣстія Императорскаго Томскаго университета кн. 24-я.—Тиховъ П. И. Основы современной клинической хирургіи.—Райскій М. Къ вопросу о скоропостижной смерти при произвольн. разрывѣ сердца.—Вершининъ Н. В. Матеріалы Къ ученію о ядовит. нормал. част. мочи у человѣка.—Чугуновъ С. Анатомо-Антропологическія наблюденія вып. 1.

Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи 1904 г. Ноябрь № 3.—Бабкинъ Б. П. Къ вопросу объ отдѣлительной работѣ поджелудочной желѣзы.—Воячекъ В. Два случая піеміи ушного происхожденія.—Сникеръ П. М. Йодипинъ въ терапіи сифилиса.—Порошинъ М. Н. Обзоръ акушерской литературы за 1902 годъ.

Медицинскій Сборникъ Издав. Импер. Кавказскимъ медицинскимъ О-вомъ № 66.

Медицинское Обозрѣніе 1904 г. № 18.—Правосудъ. Новый способъ операціи при *symblepharon*.—Успенскій. Радикальный влагалищный способъ оперативнаго удаленія фибромъ Матки.—Шоръ. О приготовленіи анатомическихъ препаратовъ.—Шоръ О техникѣ обработки параффиновыхъ срѣзовъ.

№ 19-й.—Кирѣевъ, О реакціи крови при сыпномъ тифѣ.—Цыпкинъ. Случай рака передняго средостѣнія.—Гиппиусъ. Къ ученію о пастеризаціи молока.

№ 20-й.—Кушевъ. О поражении позвоночника при спинной сухоткѣ.—Черновъ. Непроходимость кишекъ у дѣтей.

№ 21-й.—Яроцинскій. О примѣненіи іодъ—кетгута въ хирургіи.—Рожанскій. Къ этиологіи каменной болѣзни.—Кудинцевъ. Къ казуистикѣ разрывовъ продольной черепной пазухи.—Сперанскій. Къ примѣненію при скарлатинѣ сыворотки Мозера.—Розановъ Къ эпидемиологіи холеры и чумы. 1902—1903 чумно-холерный годъ.

№ 22.—Соловьевъ. Къ 150-лѣттю акушерства въ москвѣ.—Выдринъ. Случай полного выворота матки послѣ родовъ.—Варнекъ. Случай полного выворота матки.—Плетневъ. О выпаденіи пульса.

№ 23-й.—Каблуковъ. Пятьдесятъ восемь эхинококкотомій въ печени.—Виршубскій. Обзоръ научной дѣятельности проф. Н. П. Павлова въ области физиологіи пищеваренія.

№ 24-й.—Троицкій. Большое сердце въ дѣтскомъ возрастѣ.—Варнекъ. О современныхъ способахъ т. н. радикальнаго хирургическаго лѣчснія рака матки.—Холодковский. Къ ученію о внѣматочной беременности.—Канель. 130 случаевъ дизентеріи, лѣченныхъ сывороткой.—Марциновскій. Восточныя язвы и ихъ этиологія.

Отчетъ о поѣздкѣ совершенной лѣтомъ 1898 года по порученію историко-филологическаго факультета Импер. Казанс. Универ. въ Уфимскую губер. Катанова Н. О.

Отчетъ по Императорскому С.-Петербургскому воспитательному дому за 1903 г.

Отчеты Санитарныхъ врачей С.-Петербургскаго губернскаго земства за 1903 г.

Отчетъ по больницѣ Пензенскаго губер. земства за 1903.

Отчетъ по психіатрическому отдѣленію больницы Пензенскаго губер. земства за 1903 г.

Отчетъ о дѣятельности Дѣтской больницы св. Ольги въ Москвѣ за 1903 годъ.

Отчетъ Императорскаго Московскаго университета и рѣчь къ 12 января 1905 г.

Девятый годовой отчетъ Московской городской санитарной станціи устроен. при Гигіен. Институтѣ Импер. Московс. Университета за 1900 годъ состав. проф. Бубновымъ.

Десятый годовой Отчетъ его-же, за 1901 г.

Отчетъ по С.-Петербургской городской больницы св. Пантелеймона для душевно-больныхъ за 1903 г.

Протоколы Общества Донскихъ врачей за 1903 г.

Протоколы засѣданій Ферганскаго медицинскаго общества за (1901—1904) X, XI, XII года.

Протоколы Омскаго медицинскаго общества 1903—1904 г. выпускъ III (№ № 7—11).

Протоколы и Труды Пятнадцатаго съѣзда Представителей и членовъ земскихъ учреждений Тверской губерніи по врачебно-санитарной части.

Протоколъ засѣданія Императорскаго Кавказскаго медицинскаго О-ва 1904 г. № 8, № 9.

Практическій Врачъ 1904 г. № 42,—Вікау І. О такъ назыв. «четвертой болѣзни» Болѣзнѣ Dukes'a.—Гуревичъ М. Ю. О леченіи приступа бронхіальной астмы.—Бакалейникъ П. Гидравлическій расширитель, модифицированный для извлеченія инородныхъ тѣлъ изъ пищевода.

№ 43-й.—Никольскій А. В. Къ вопросу о леченіи потовъ при чахоткѣ.—Полянскій Н. С. Леченіе наружной формы сибирской язвы подкожными впрыскиваніями іодной настойки.—Френкель А. М. Новый случай профессиональнаго разрыва склеры.

№ 44-й.—Поспѣловъ А. И. О распознаваніи кожныхъ болѣзней.—Бирштейнъ А. Д. Къ казуистикѣ хирургіи желудка.

№ 45-й.—Георгіевскій Б. А. Къ вопросу о скарлатинной эритемѣ при леченіи дифтеріи сывороткой.—Поспѣловъ А. И. О распознаваніи кожныхъ болѣзней. (окон).—Бирштейнъ А. Д. Къ казуистикѣ хирургіи желудка (прод).

№ 46-й.—Вишубскій А. М. Къ вопросу объ акроасфиксіи.—Георгіевскій Б. А. (окончаніе).—Бирштейнъ А. Д. (окончаніе).

№ 47-й.—Вельяминовъ Н. А. Истерія въ хирургіи.—Воскресенскій К. Д. Случай лабораторнаго брюшнаго тифа.—Дьячковъ Н. Н. Случай тяжелаго гуммознаго пораженія лица и гуммознаго дактилита.

№ 48-й.—Вельяминовъ Н. А. (окончаніе).—Неволинъ А. П. Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ глазницы.—Дьячковъ Н. Н. (окончаніе).

№ 49-й.—Кудинцевъ И. В. Къ вопросу о способахъ хирургическаго леченія гнойныхъ плевритовъ.—Шостакъ Я. Е. 3 случая зараженія сибирской язвой безъ мѣстной локализациі.—Марморштейнъ М. Нѣсколько словъ о дѣйствиі гризерина при туберкулезѣ и тифѣ.

№ 50-й.—Teissier. Теченіе инфекціонныхъ нефритовъ. О такъ—называемой остаточной альбуминуриі.—Членовъ Е. В. Борьба съ глухонѣмотой въ Россіи.—Шостакъ Я. Е. 3 случая зараженія (окончан).

№ 51-й.—Заусайловъ М. А. О протезахъ для нижнихъ конечностей.—Teissier. (продолженіе).—Членовъ Е. В. (окончаніе).

№ 52-й.—Teissier. (окончаніе).

Русскій Врачъ 1904 г. № 47-й.—Турнеръ Г. И. Врожденный вывихъ коленныхъ суставовъ.—Гирголовъ С. С. Эмпіема грудной полости и ея оператив.

ное лѣченіе.—Коренчевскій В. Г. Къ вопросу о кровавомъ поносѣ въ Манчжуріи (окон)

№ 48-й.—Калантаріанцъ С. И. Перевязка бедренной артеріи въ Hunter'овомъ каналѣ.—Орловъ В. Н. Случай повторнаго кесарскаго сѣченія при безусловномъ суженіи таза.—Гирголовъ С. С. (Продолженіе).—Островскій С. Э. Къ казуистикѣ гнилокротія въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ.—Зѣвакинъ Н. А. Случай обратнаго расположенія внутренностей.

№ 49-й.—Страженко Н. Д. Къ физиологіи кишечника.—Волфъ Н. А. Повторныя вѣматочныя беременности.—Леплинскій И. М. и Эліошвили И. С. Холера въ г. Баку.—Гирголавъ С. С. Эмпіема грудной полости и ея оперативное лѣченіе.—Фоссъ Е. Е. Къ ученію о тетаніи.

50-й.—Leopold'a Casper'a Къ лѣченію опухолей мочевого пузыря.—Русскій Е. Д. О гипертрофическомъ міосальпингитѣ.—Штернъ Н. Е. Къ казуистикѣ оперативнаго лѣченія суженій привратника.

№ 51-й.—Максимовъ В. В. Объ операциі полного оскотленія у мушинъ по поводу рака.—Котовщиковъ А. М. Случай неопредѣленнаго зараженія.

№ 52-й.—Рейхъ М. И. Объ изслѣдованіи освѣщенія въ учебныхъ помѣщеніяхъ и о фотометрѣ Wingen'a.

1905 г. № 1-й.—Меликовъ П. Г. и Писаржевскій Л. В. Перборать натрія или надборноокислый натрій.—Кишенскій Д. П. Противобактеріальныя свойства надборноокислаго натрія и нѣкоторыя наблюденія надъ его примѣненіемъ съ терапевтическими цѣлями.—Омельченко О. З. Объемомѣритель (волюминометръ) для антропометріи при патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ.—Шайкевичъ М. О. О болѣзненной неподвижности (akinesia algera).—Васютинскій А. Г. Рентгенотерапія при трахомѣ.

Русскій Журналъ Кожныхъ и Венерическихъ болѣзней 1904 г. Октябрь.—Эрлихъ Л. И. Происхожденіе плазматическихъ клѣтокъ.—Соболевъ Л. А. По поводу случая болѣзни Мейсана.—Дьячковъ Н. Н. Къ казуистикѣ вѣполовыхъ мягкихъ шанкровъ (окон).—Буржаловъ Т. С. Случай абсцесса придатка.

Ноябрь.—Мирополюскій И. А. Случай гуммознаго пораженія пещеристыхъ тѣлъ члена. (Cav. gu).—Суковъ Н. Новый ртутный препаратъ—Гермофениль.—Ротманъ Е. Гидростатическій методъ въ мочеполовой терапіи.—Бойковъ В. Н.—лучи ихъ происхожденіе, физическія и физиологическія свойства.

Русскій Медицинскій Вѣстникъ 1904 г. № 21-й.—Ларинъ І. А. Народная медицина Астраханской губ.—Цѣновскій А. А. Дерматологическая секція IX Пироговскаго съѣзда.

№ 22-й.—Прейсъ Н. П. Сифилисъ легкихъ.

№ 23-й.—Щербакъ А. С. Алкоголизмъ, его причины и послѣдствія.—Вознесенскій М. О боязни больницъ среди народонаселенія.

Сибирскія Врачебныя Вѣдомости № № 14-й, 15-й, 16-й, 17-й, 18-й, 19-й, 20, 21, 22, 23, 24.

1905 г. № 1.

Современная Клиника 1904 г. № 11—ноябрь.—Schmidt H. Основы рентгенотерапии.—Senator H. Пейсидолейкемия и болѣзнь Banti.

№ 12, Декабрь—Mikulicz I. Современное состояніе хирургіи желудка и кишѣкъ и ея значеніе для терапевта.—Olchhausen. Кесарское сѣченіе съ современной точки зрѣнія.

Современная Медицина и Гигіена № 9 сен. 1904 г.—Аванасъевъ М. И. и Ваксъ П. Б. Малярія, ея происхожденіе, симптоматологія, распознаваніе и леченіе.—Щеминскій А. А. Школьная гигиена.—Forel. А. Гипнотизмъ и леченіе внушеніемъ.—Vuxbaum В. Руководство по гидротерапіи.—Joseph M. Учебникъ кожныхъ болѣзней.

Октябрь № 10-й.—Аванасъевъ М. Н. и Ваксъ П. Б. (продолженіе).—Щеминскій А. А. (окончтіе).—Forel. (Продолженіе).—Vuxbaum В. Продолженіе.—Дюмонъ Руководство по общей и мѣстной анестезіи. Joseph M. (окончаніе).

Ноябрь № 11—Аванасіевъ и Ваксъ, (окончаніе). Они-же инфлуэнца, различные виды ея и осложненія. Патологія и терапия.—Щеминскій (окончаніе).—Forel. (продол.).—Vuxbaum. (продол.).—Дюмонъ (продолженіе).

Современная Терапія 1904 г. № 10-й.—Vidal. Объ отнятіи хлора при Брайтовой болѣзни.—Никольскій. Къ терапіи нѣкоторыхъ симптомовъ при бугорчаткѣ легкыхъ.

№ 11-й.—Vidal. Объ отнятіи хлора при Брайтовой болѣзни.—Никольскій. Къ терапіи нѣкоторыхъ симптомовъ при бугорчаткѣ легкыхъ,

№ 12-й.—Vidal. (окончаніе).—Никольскій. Къ вопросу о лѣченіи фибринозной пневмоніи.

Труды Акушерско-гинекологическаго О-ва состоящаго при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ. 1903 г.

Труды О-ва Дѣтскихъ врачей въ С.-Петербургѣ за 17 и 18 годы (1902) (1903)

Труды Общества научной медицины и гигиены при Императорскомъ Харьковскомъ Университетѣ за 1900—1901 годъ. ла 1902—1903 годъ.

Труды Казанскаго Военно-Санитарнаго О-ва за 1903 годъ вып. 11.

Ученныя записки Казанскаго Ветеринарнаго Института 1904 г- Декаб. вып. 5—6.—Ludtin' Объ экспертизѣ при помощи отмѣтокъ.—Lekegan. и Mesnil.—Трипаномы и болѣзни ими вызываемыя.—Боль К. Г. Отчетъ о вскрытіяхъ произведенныхъ въ Казан. Ветерин. Инстит.—Сапожникова Л. Миксофибро-хондро-остео-саркома на нижней челюсти у коровы.

Университетскія Извѣстія 1904 г. № 11 ноябрь Кіевъ,—Шимановскій А. Ф. О сущности трахомы. Вступительная лекція.

Хирургія 1904 г. ноябрь № 95.—Синицынъ Ѳ. И. О гемоглобинуриі.—Самохоцкій С. О. Случай рѣдкой травмы.—Никоновъ С. А. Случай ущемленія подвздошной кишки тяжею послѣ оваріотоміи.—Холодковскій А. М. Два случая большихъ оваріальныхъ кистъ.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

◆ Въ 1905 году «Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова» выходитъ 8 разъ въ годъ, т. е. ежемѣсячно за исключеніемъ января и 3-хъ лѣтнихъ мѣсяцевъ. Члены Пироговскаго Общества получаютъ «журналъ» бесплатно. Членскій взносъ на 1905 годъ оставленъ въ прежнемъ размѣрѣ—5 рублей. Первая, февральская, книжка только что нами получена. Содержаніе ея слѣдующее: I. Статистическія данныя о врачебныхъ сѣздахъ. Д. Н. Жбанкова. II. Къ вопросу о нормѣ труда рабочаго персонала разныхъ категорій въ земскихъ лѣчебницахъ. В. А. Обухова. III. Журналы засѣданій Правленія Пироговскаго Общества и Коммиссій по распространенію гигиеническихъ знаній. IV. Изъ текущей жизни Пироговскаго Общества (о созывѣ холернаго сѣзда; отзывы по вопросу о необходимыхъ измѣненіяхъ въ общихъ условіяхъ народной жизни, вызываемыхъ потребностями народнаго здоровья и нуждами врачебно-санитарнаго дѣла; о приѣмѣ пожертвованій въ пользу семей рабочихъ, пострадавшихъ отъ послѣдствій массовыхъ забастовокъ; о задержкахъ въ разрѣшеніи для народныхъ чтеній популярныхъ брошюръ по медицинѣ и гигиенѣ и т. д.) V. Хроника К. И. III. VI. Библиографическій листокъ періодической литературы по общественно-медицинскимъ вопросамъ. К. III. VII. Списокъ изданій, поступившихъ въ бібліотеку Пироговскаго Общества. VII. Списокъ членовъ Общества по 5 февраля. Приложеніе. Отзывы по вопросу о частной врачебной практикѣ г.г. профессоровъ и преподавателей-медиковъ (собранны Правленіемъ Пироговскаго Общества по порученію IX сѣзда).

◆ Правленіе Общество русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проситъ напечатать слѣдующее заявленіе:

X-й Пироговскій сѣздъ созывается 4—11 января 1906 года въ Москвѣ. Членскій взносъ на этотъ сѣздъ назначенъ въ 10 руб.: медицинскія общества и учрежденія, сдѣлавшія взносъ за 1906 г., могутъ командировать отъ себя одного члена на сѣздъ. Никакихъ льготъ по проѣзду по желѣзнымъ дорогамъ не предполагается.—Списки завѣдующихъ и секретарей секцій и программные вопросы

были опубликованы своевременно весной въ медицинскихъ газетахъ и разосланы во всѣ университеты, медицинскія общества, губернскія, земскія и городскія управы. Завѣдующіе 12 секцій уже обратились съ своими приглашеніями къ профессорамъ и многимъ врачамъ принять участіе въ работахъ съѣзда; таковыя обращенія будутъ посланы и отъ остальныхъ завѣдующихъ.

Въ виду неоднократныхъ постановленій съѣздовъ о своевременномъ печатаніи и разсылкѣ рефератовъ и положеній докладовъ, Правленіе убѣдительно проситъ всѣхъ лицъ, предполагающихъ сдѣлать сообщеніе на съѣздъ, прислать авто-рефераты или положенія этихъ докладовъ возможно своевременно и никакъ не позже 1-го ноября настоящаго года; заглавіе докладовъ необходимо получить еще раньше, къ 15-ту октября. Желательно также знать заблаговременно о числѣ членовъ, чтобы рефераты и другія изданія къ съѣзду могли быть напечатаны въ достаточномъ количествѣ, поэтому Правленіе проситъ всѣхъ желающихъ участвовать въ съѣздѣ заранее заявить объ этомъ и, если возможно, то и выслать членскіе взносы.

Предсѣдатель Правленія Г. Габричевскій.

Секретарь Правленія П. Куркинъ.
