

2-77 7107
Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской
Военно-Медицинской Академіи въ 1905—1906 учебномъ году.

№ 7.

МАТЕРІАЛЫ

къ вопросу

О ГЕМОЛИТИЧЕСКИХЪ СВОЙСТВАХЪ

ЭКССУДАТОВЪ И ТРАССУДАТОВЪ ЧЕЛОВѢКА

ВЪ СВЯЗИ СЪ ДРУГИМИ СВОЙСТВАМИ ИХЪ

(КОЛИЧЕСТВО БѢЛКА, УДЕЛЬНЫЙ ВѢСЪ, НУКЛЕОАЛЬБУМИНЪ, ОСМОТИЧЕСКОЕ
НАПРЯЖЕНІЕ, СВЕРТЫВАЕМОСТЬ, МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА).

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Э. А. Гранетремъ.

64448
Цензорами диссертации, по порученію конференціи, были: проф. М. В.
Яновскій, проф. А. П. Фавядкій и приватъ-доцентъ Г. Ю. Явейнъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія А. В. Орлова. Вас. Остр., Средній пр. № 6.

1905.

616-003
5-88

Серия докторских диссертаций, допущенных к защите в Императорской
Военно-Медицинской Академии в 1905—1906 учебном году.

БИБЛИОТЕКА

Харьковского Медицинского Института

№ 4404

Шифр 144

№ 7.

7-NOV 2012

МАТЕРИАЛЫ

КЪ ВОПРОСУ

ДЕРЕВЕНСКО 1936

О ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ СВОЙСТВАХ

ЭКСУДАТОВЪ И ТРАНССУДАТОВЪ ЧЕЛОВѢКА

ВЪ СВЯЗИ СЪ ДРУГИМИ СВОЙСТВАМИ ИХЪ

(КОЛИЧЕСТВО БѢЛКА, УДЕЛЬНЫЙ ВѢСЪ, НУКЛЕОАЛЬБУМИНЪ, ОСМОТИЧЕСКОЕ
НАПРЯЖЕНИЕ, СВЕРТЫВАЕМОСТЬ, МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА).

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

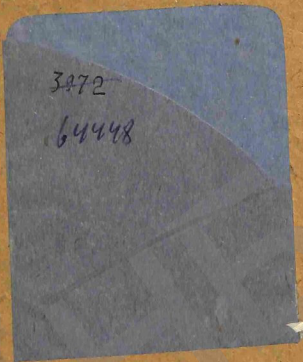
Э. А. Гранстремъ.

Цензорами диссертации, по поручению конференции, были: проф. М. В.
Яновскій, проф. А. Ц. Фазицкій и приватъ-доцентъ Г. Ю. Явейнъ.

Получен
1906 г.

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
Харьковского Медицинского Института
С. ПЕТЕРБУРГЪ.

Типография А. В. Орлова, Вас. Остр., Средній пр. № 6.
1905.



3472

64448

3472
1941

1950

Перечень 60

7-НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря Эдуарда Андреевича Гранстремъ подъ названіемъ: „Материалы къ вопросу о гемолитическихъ свойствахъ эксудатовъ и трансудатовъ человека въ связи съ другими свойствами ихъ (количество бѣлка, удѣльный вѣсъ, нуклеоальбуминъ, осмотическое напряженіе, свертываемость, микроскопическая картина)“, печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме (выводовъ) — въ Конференцію и 375 экземпляровъ — въ академическую бібліотеку). С.-Петербургъ, октября 17 дня 1905 г.

Ученый Секретарь, Ординарный профессоръ-академикъ А. Дьяковъ.

ГЛАВА I.

Введеніе: Соотношеніе бактерицидныхъ и гемолитическихъ свойствъ крови.

Въ концѣ восьмидесятихъ годовъ прошлаго столѣтія Fodor, Nissen, Nuttal и Buchner установили фактъ бактерицидности выпущенной изъ сосудовъ крови и другихъ жидкостей животнаго организма. Фактъ этотъ послужилъ исходнымъ пунктомъ цѣлага ряда работъ, стремившихся объяснить явленія приобрѣтеннаго и врожденнаго иммунитета этимъ бактерициднымъ свойствомъ животныхъ жидкостей. Работами Buchner'a и его учениковъ было установлено, что бактерицидными свойствами обладаетъ также освобожденная отъ клетокъ кровяная сыворотка.

Эти бактерицидныя свойства, по изслѣдованіямъ многихъ авторовъ (Nuttal, Buchner, Behring u. Nissen, Lubarsch, Fodor, Pansini и другіе), присущи сывороткамъ опредѣленныхъ животныхъ лишь по отношенію къ опредѣленнымъ, а не всѣмъ видамъ бактерій. Съ другой стороны было установлено, что при иммунизации животныхъ посредствомъ прививки имъ ослабленной, убитой или несмертельной дозъ вирулентной культуры опредѣленной бактерии часто удается увеличить бактерицидное свойство сыворотки, причемъ это увеличеніе бактерицидности всегда является строго специфичнымъ, т. е. наблюдается только по отношенію къ тому виду бактерій, который былъ употребленъ для иммунизации (Behring u. Nissen, R. Pfeiffer, Issaef, Wassermann, Charin, Bouehard и другіе).

Этими бактерицидными свойствами жидкостей организма Buchner и объяснялъ явленія иммунитета, и несомнѣнно.

что во многих случаях иммунитета, особенно приобретенного, бактерицидные свойства животных жидкостей играют важную роль.

Съ другой стороны были установлены факты, показавшие, что бактерицидность кровяной сыворотки животных по отношению къ определенному виду бактерий не всегда совпадает съ иммунитетомъ по отношению къ этимъ бактериямъ, и что иммунитетъ можетъ существовать независимо отъ отсутствія въ крови бактерицидности (Behring u. Nissen, Lubarsch, Sobernheim, Roux et Nocard, Мечниковъ и другіе).

При изученіи явленій иммунитета было установлено, что животный организмъ обладаетъ способностью реагировать извѣстнымъ, строго определеннымъ образомъ на введеніе въ него различныхъ клѣтокъ и бѣлковыхъ веществъ (токсиновъ). При этомъ кровяная сыворотка животныхъ приобретаетъ свойства разрушать взятія для иммунизации клѣтки и нейтрализовать или осаждать соотвѣтственные бѣлковые вещества. Эти специфическія свойства сыворотокъ крови приписываются определеннымъ веществамъ, и поэтому говорятъ о бактерицидныхъ веществахъ, гемолизинахъ, агглютиназахъ, антитоксинахъ и т. д., хотя всѣ эти вещества въ чистомъ видѣ не получены и поэтому химическія свойства ихъ еще не вполне установлены. Въ отношеніи разрушающихъ различныя клѣтки веществъ установлено, что разрушающее дѣйствіе это складается изъ дѣйствія двухъ веществъ—одного мало стойкаго и другого болѣе стойкаго. Дѣйствіе перваго—алексина, complement, цитазы—существующаго въ нормальныхъ сывороткахъ и не увеличивающагося при иммунизации, исчезаетъ послѣ нагреванія сыворотки до 55°—60° С. и послѣ стоянія ея, въ особенности на свѣту. Дѣйствіе втораго вещества—фиксаторъ, амбоцепторъ, substance sensibilisatrice, демонъ—прекращается лишь послѣ дѣйствія болѣе высокихъ температуръ.

Какъ показали изслѣдованія различныхъ авторовъ, въ особенности Pfeiffer'a и Friedberger'a, нормальная кровяная сыворотка содержитъ обычно нѣсколько различныхъ фиксаторовъ, дѣйствующихъ противъ различныхъ бактерий.

По ученію Ehrlich'a и его школы второе, болѣе стойкое вещество встрѣчается также во всѣхъ нормальныхъ кровяныхъ сывороткахъ и количество его лишь увеличивается специфически подъ влияніемъ иммунизации. По мнѣнію Bordet, Buchner'a теплостойкія вещества, фиксаторы, могутъ быть открыты не во всѣхъ нормальныхъ кровяныхъ сывороткахъ и появляются въ крови главнымъ образомъ лишь при иммунизации. О механизмѣ дѣйствія фиксатора и алексина, о множественности или единствѣ алексиновъ, о существованіи алексина въ плазмѣ живой крови мнѣнія Ehrlich'a, Bordet и Мечникова также расходятся.

Прочно установленнымъ можно считать тотъ основной фактъ, что дѣйствіе бактерицидныхъ веществъ, гемолизиновъ, агглютининовъ и т. д. возможно лишь по отношенію къ тѣмъ бактериямъ, краснымъ кровянымъ шарикамъ и т. д., которые могутъ связать съ собой соотвѣтственные „Antikörper“.

Точно также установленнымъ можетъ считаться фактъ полной аналогіи въ механизмѣ дѣйствія и въ выработкѣ организмомъ различныхъ „Antikörper“; изученіе этихъ веществъ, особенно бактериолизинновъ, гемолизинновъ и агглютининовъ взаимно дополняютъ другъ друга и уже принесло громадныя услуги развитію ученія объ иммунитѣтѣ.

Ученіе объ иммунитѣтѣ развивалось сначала, главнымъ образомъ, въ отношеніи иммунитета приобретеннаго, и лишь въ послѣдніе годы опять стало появляться больше работъ объ иммунитѣтѣ естественномъ и, между прочимъ, о свойствахъ кровяной сыворотки нормальныхъ, неиммунизированныхъ животныхъ.

По знаменитой теоріи „боковыхъ цѣпей“ Ehrlich'a различные „Antikörper“, существующіе въ нормальной крови, суть отдѣлившіеся отъ клѣтокъ при нормальной физиологической жизнедѣятельности послѣднихъ химическія группы, т. наз. боковыя цѣпи, репеторы, и поэтому, какъ бывшія нормальныя составныя части клѣтокъ, представляютъ собой отраженіе жизни и состава ихъ. Съ этой точки зрѣнія изученіе различныхъ „Antikörper“ крови нормальныхъ животныхъ должно помочь изученію интимныхъ процессовъ жизни

животного организма. При процессѣ иммунизации, по Ehrlich'у, увеличивается только нормальное образование и отделение отъ клетки извѣстныхъ боковыхъ цѣпей (P. Ehrlich: Schlussbetrachtungen zu Bd. VIII in H. Nothnagels „Spezielle Pathologie u. Therapie“).

Согласно съ вышесказаннымъ, существующія въ нормальныхъ (полученныхъ отъ неиммунизированныхъ животныхъ) кровяныхъ сывороткахъ бактерицидныя и гемолитическія вещества представляютъ собой одного и того же характера тѣла, направленные лишь противъ различныхъ клѣтокъ.

Поэтому я сначала вкратцѣ коснусь вопроса о существованіи бактерицидныхъ веществъ въ сывороткахъ неиммунизированныхъ животныхъ и объ измѣненіи ихъ при различныхъ условіяхъ и затѣмъ уже перейду къ изложенію вопроса о гемолитинахъ нормальныхъ, т. е., существующихъ въ крови неиммунизированныхъ животныхъ и людей.

Фактовъ, установленныхъ при иммунизации животныхъ къ растительнымъ или животнымъ клѣткамъ (бактеріи, красныя шарики крови) или бѣлковымъ веществамъ, я буду касаться лишь постольку, поскольку они могутъ объяснять вступящуюся при дальѣйшемъ изложеніи вопросы.

ГЛАВА II.

Бактерицидныя свойства кровяныхъ сыворотокъ нормальныхъ, неиммунизированныхъ животныхъ и людей; измѣненія бактерицидныхъ свойствъ крови подъ вліяніемъ различныхъ вредныхъ для животныхъ условій и въ теченіе инфекционныхъ и другихъ заболеванийъ.

Уже первые изслѣдователи (Fodor, Nuttall, Buchner и другіе), изучавшіе бактерицидныя свойства животныхъ жидкостей нашли, что жидкости эти разрушаютъ не всѣ бактеріи, а лишь опредѣленные виды ихъ, различныя для различныхъ животныхъ, и что кровь одного и того же животного обладаетъ неодинаковой бактерицидной силой по отношенію къ различнымъ бактеріямъ. Кромѣ того бактерицидныя свойства кровяной сыворотки значительно колеблются въ зависимости отъ индивидуальности, по свидѣтельству громаднаго большинства работавшихъ по этому вопросу авторовъ (Fodor, Stern, Behring u. Nissen, Lubarsch, Pansini, Kraus u. Clairmont и другіе).

Есть также указанія, правда отрывочныя и немногочисленныя, о томъ, что бактерицидныя свойства крови мѣняются въ зависимости отъ возраста. По изслѣдованіямъ многихъ авторовъ кровь поворожденныхъ дѣтей и животныхъ содержитъ значительно меньше бактерицидныхъ веществъ и агглютининовъ, чѣмъ кровь индивидуумовъ старшаго возраста (Behring u. Nissen, G. Müller, Moro, Karwacki, Halban, Landsteiner, Юевичъ).

Бактерицидныя свойства человѣческой крови также колеблются въ зависимости отъ возраста, индивидуальности и смотря по взятой для изслѣдованія бактеріи. Насколько можно судить по имѣющимся въ литературѣ немногочислен-

нимъ свѣдѣніямъ, наибольшей бактерицидностью человѣчская кровь обладаетъ по отношенію къ нѣкоторымъ сапрофитамъ (напр., *bac. subtilis*, *bac. proteus vulgaris*, *bac. prodigiosus*); менѣе, но все же значительно бактерицидна человѣчская кровь по отношенію къ тифознымъ бактеріямъ и холернымъ вибрионамъ, и слабой и непостоянной бактерицидностью кровь человѣка обладаетъ по отношенію къ *streptococcus pyog.*, *staphylococcus pyog.*, *bac. diptheriae*, *bac. anthracis*, *bac. pestis* (Pansini, Wright and Windsor, Stern, Trommsdorff, Löwenstein).

Упомянутые изслѣдователи изучали бактерицидныя свойства сыворотки нормальной крови, какъ таковой, не вдаваясь въ изслѣдованіе содержанія въ сывороткахъ отдѣльно фиксаторовъ и алексиновъ. Между тѣмъ, новѣйшія изслѣдованія показали, что фиксаторы и алексины, эти двѣ необходимыя составныя части бактерицидныхъ и гемолитическихъ веществъ, находятся не во всѣхъ сывороткахъ въ соответствующихъ другъ другу количествахъ.

Въ этомъ отношеніи интересны изслѣдованія Bail и Peterson'a о естественномъ иммунитѣ собакъ и куръ противъ сибирской язвы, показавшія, что въ крови естественно невосприимчивыхъ животныхъ могутъ содержаться специфические фиксаторы, не проявляющіе *in vitro* своего дѣйствія на соответственныя бактеріи вслѣдствіе отсутствія подходящихъ алексиновъ. Какъ показали изслѣдованія Савченко, Ф. Чистовича, Мечникова и Neufeld u. Kirmprau, прибавленіе специфическихъ инактивированныхъ сыворотокъ къ смѣси бактерій и лейкоцитовъ, т.-е. прибавленіе специфическихъ фиксаторовъ, дѣйствуетъ возбуждающимъ фагоцитозъ образомъ, и съ этой точки зрѣнія объяснима въ приведенномъ примѣрѣ возможность борьбы организма собакъ и куръ съ сибиреязвенными бактеріями несмотря на отсутствіе въ ихъ крови бактерицидности къ этимъ бактеріямъ.

Эти наблюденія проф. Савченко, Чистовича и Neufeld u. Kirmprau отчасти устраняютъ противорѣчія, существующія между гуморальной и клеточной теоріями иммунитета и обясняютъ эти двѣ теоріи.

Какъ видно изъ приведенныхъ изслѣдованій существо-

ваніе въ крови бактерицидныхъ свойствъ совпадаетъ далеко не всегда съ существованіемъ естественнаго иммунитета.

Изслѣдованія бактерицидныхъ свойствъ крови животныхъ и людей въ теченіе инфекции и подъ влияніемъ различныхъ вредныхъ условій также не вполне выяснили значеніе бактерицидныхъ свойствъ крови въ явленіяхъ невосприимчивости.

Какъ извѣстно, явленіе врожденнаго иммунитета не представляетъ собой чего-нибудь абсолютнаго, и въ большинствѣ случаевъ при извѣстныхъ условіяхъ опыта удается заразить и обычно невосприимчивое животное; эти условія опыта сводятся почти всегда къ ослабленію животныхъ различными способами до или послѣ зараженія. Въ отношеніи человѣка уже давно было извѣстно, что нѣкоторыя инфекціонныя болѣзни, какъ, напр., сыпной тифъ, распространяются особенно легко среди голодающаго населенія. Въ отношеніи животныхъ имѣются экспериментальныя работы объ уменьшеніи невосприимчивости къ инфекціоннымъ болѣзнямъ подъ влияніемъ голода (Salalis u. Morgurgo, Bakunina u. Boccardi), утомленія (Charrin et Roger), охлажденія (Pasteur et Joubert, Wagner, Lode, Fischl), отравленія алкоголемъ (Abbot, Laitinen, Златогоровъ, P. Müller, Wirgin) и т. д. Но механизмъ этого ослабленія организма и уменьшенія невосприимчивости подъ влияніемъ перечисленныхъ условій остается до сихъ поръ невыясненнымъ. Исходя изъ гуморальной теоріи иммунитета многіе авторы изслѣдовали влияніе перечисленныхъ вредныхъ условій на бактерицидныя свойства крови, но результаты этихъ изслѣдованій оказались отрицательными.

Оказалось, что бактерицидныя свойства крови животныхъ не уменьшаются ни при голоданіи (Rosatzin, Meltzer a. Norris), ни при охлажденіи животныхъ (Lode, Лондонъ).

Къ противоположнымъ результатамъ въ отношеніи голоданія пришли Boccardi и Bakunina и Лондонъ, но въ изслѣдованіяхъ этихъ авторовъ не исключены индивидуальныя колебанія бактерицидности.

Въ отношеніи различныхъ бактериоагглютининовъ изслѣдованія P. Müller'a, Friedberger'a и Wirgin'a показали.

что под влиянием алкоголя животные вырабатывают значительно меньше этих веществ, чем контрольные; в отношении голодания P. Müller получил различные результаты, в зависимости от различных применявшихся для иммунизации бактерий.

Из приведенных исследований ясно, что бактерицидные свойства крови не мѣняются или мѣняются лишь незначительно под влиянием различных вредных условий. Также непостоянны колебания бактерицидных свойств в течение инфекционных и других заболеваний.

Трудами Ehrlich'a, Bordet, Мечникова, Pfeiffer'a и других было установлено потребление, расхождение бактерицидных и гемолитических веществ *in vitro* при явлениях бактерицидности и гемолиза, и некоторые авторы пытались доказать значение бактерицидных веществ в явлениях невосприимчивости путем изучения их колебаний в течение инфекций.

Одни авторы (Flügge, Nissen, Bastin, Denys et Kaisin) наблюдали значительное уменьшение бактерицидных свойств при заражении или введении животным в кровь различных бактерий, другие (Szekely u. Szana, Wilde) наблюдали уменьшение бактерицидности крови лишь незадолго до смерти зараженных животных; напротив, Gatti, Острининъ, Congadi, Pierallini и Lubarsch (в своей новейшей работе) пришли къ заключению, что бактерицидные свойства крови не мѣняются ни при заражении, ни при введении животным в кровь различных бактерий.

Объяснение этому противоречию результатов различных авторов может быть, исследование Bastin'a и Radziewski'аго: как показали эти авторы, в течение инфекции происходит съ одной стороны постоянное уничтожение части бактерий и соответственное потребление, расхождение при этом бактерицидных веществ, съ другой стороны выработка организмом новых бактерицидных веществ и размножение микробов; от различного соотношения этих и индивидуальных условий, в особенности при различных инфекциях и у различных животных, зависит

исход инфекции и, вѣроятно, различные результаты исследований отдельных авторов.

Как бы то ни было, потребление бактерицидных веществ в течение инфекции осталось не вполне доказанным, и мнение о важной роли бактерицидных веществ, как факторов борьбы организма с инфекцией, основывается главным образом на вышеуказанном факте расхождения бактерицидных веществ *in vitro* при явлениях бактериолиза. Поэтому представляют интерес исследования Bulloch'a, Schütze u. Scheller'a, которые косвенным путем пытались рѣшить эти вопросы. Исследования этих авторов основываются на факте полной аналогии в действии различных „бактерицидных“ и „глобулицидных“ веществ крови.

Впрыскивая кроликам в вены или брюшную полость красные кровяные шарики козы и быка, Bulloch, Schütze u. Scheller наблюдали исчезновение гемолитических свойств в выпущенной из сосудов крови кроликов, причем это исчезновение касалось обоих составных частей гемолизина (фиксатора и алексина). Через некоторое время — различно в зависимости от индивидуальности и количества вприснутой крови — наступало возобновление в крови гемолитических свойств.

Опыты эти доказали потребление, расхождение гемолизинов в живом организме при введении в него чужой крови и в виду полной аналогии гемолизинов и бактерицидных веществ подтверждают мнение о важной роли и о расхождении бактерицидных веществ в борьбе организма с инфекцией.

В отношении колебаний бактерицидности крови у людей в течение болезни имѣются лишь немногочисленные и отрывочныя свѣдѣнія. По старым наблюдениям Stern'a бактерицидность свойства крови в течение инфекционных болезней (Ileo-typhus, Pneumonia group.) не изменяется.

По Löwenstein'у бактерицидные свойства крови в течение болезни не представляют каких-либо рѣзких и постоянных изменений.

Также и Trommsdorf находил бактерицидные свойства

крови у септических больных неизменными по сравнению с кровью здоровых людей. У тех и других наблюдались значительныя индивидуальныя колебания въ степени бактерицидныхъ свойствъ крови.

Idelsohn находилъ въ крови больныхъ прогрессивнымъ параличомъ отсутствіе или слабія бактерицидныя свойства по отношенію къ *staphylococcus pyogenes aureus*, тогда какъ кровь здоровыхъ людей и больныхъ другими болѣзнями всегда обладала, по наблюденіямъ этого автора, ясными бактерицидными свойствами. Наблюденія Idelsohn'a до сихъ поръ не подтверждены и, напротивъ, отчасти противорѣчатъ наблюденіямъ другихъ авторовъ (см. выше Pansini, Wright and Windsor, Trommsdorff).

Развитіе специфическихъ бактерицидныхъ веществъ въ крови въ теченіе инфекции у человѣка было найдено при возвратномъ тифѣ Габричевскимъ и при брюшномъ тифѣ Stern'омъ и Widal'емъ.

По Габричевскому „специфическія бактерицидныя вещества начинаютъ образоваться въ крови больныхъ возвратнымъ тифомъ только во время приступа, причѣмъ критическое паденіе температуры совпадаетъ съ критическимъ подъемомъ количественнаго содержанія въ крови этихъ веществъ“.

Эти наблюденія Габричевскаго были подтверждены Ивановымъ, Зейлигеромъ, Bardach'омъ, Левенталемъ, Руткевичемъ и Мелкихъ. Явленіе специфической бактерицидности при возвратномъ тифѣ оказалось настолько постояннымъ, что Левенталь и Руткевичъ предлагаютъ пользоваться этимъ явленіемъ для діагноза возвратнаго тифа во время атипексиса.

Исслѣдованія Stern'a и Widal'я при брюшномъ тифѣ показали, что специфическія бактерицидныя вещества (фиксаторы) появляются въ большомъ количествѣ на 2—3 недѣль заболѣванія, и что сыворотка тифозныхъ больныхъ при прибавленіи подходящихъ алексиновъ (сыворотка нормальныхъ кроликовъ) разрушаетъ тифозныя бациллы въ значительно большемъ разведеніи, чѣмъ сыворотка нетифозныхъ и здоровыхъ людей. Stern'у и Jürgens'у встрѣчались

больные, у которыхъ наступали рецидивы брюшнаго тифа несмотря на присутствіе въ ихъ крови большихъ количествъ специфическихъ бактерицидныхъ веществъ, и поэтому Stern не считаетъ возможнымъ объяснить наступающій послѣ брюшнаго тифа иммунитетъ этими бактерицидными свойствами крови.

ГЛАВА III.

Гемолитическія свойства и количество алексинновъ въ кровяныхъ сывороткахъ нормальныхъ людей и животныхъ и экспериментальныя исследования объ измѣненіяхъ гемолитическихъ свойствъ и количества алексинновъ въ крови подъ вліяніемъ различныхъ условий.

Клиническія наблюденія надъ гемолитическими свойствами и количественными свойствами и количествомъ алексинновъ въ крови при различныхъ заболѣваніяхъ. Гемолитическія свойства экссудатовъ и трансудатовъ человека.

Полная аналогія и тождественность законовъ для явленій бактерицидности и гемолиза были признаны уже давно первыми авторами, изучавшими эти явленія (Buchner, Dagernberg), но только съ 1898 г. ученіе о гемолизинахъ получило широкое и быстрое развитіе послѣ того, какъ Bordet и нѣсколько позже и независимо отъ него Landsteiner и v. Dungern показали, что возможно, подобно иммунизации къ бактеріямъ, иммунизировать животныхъ и къ краснымъ кровянымъ шарикамъ животныхъ другого вида. Съ тѣхъ поръ ученіе о гемолизинахъ развилось до значительной высоты, и законы и теорія дѣйствія гемолизинновъ послужили основаніемъ къ значительному развитію знаній объ иммунитетѣ къ бактеріямъ. Объясняется это замѣчательно быстрое развитіе ученія о гемолизинахъ тѣмъ, что явленіе гемолиза представляетъ собой, сравнительно съ явленіемъ бактерицидности, простую реакцію, въ которой реактивъ — взятые для реакціи красныя кровяныя шарики — количественно и качественно не измѣняется, и окончаніе которой рѣзко опредѣляется раствореніемъ гемоглобина. Между тѣмъ, изученіе явленія бактерицидности затрудняется возможной измѣнчивостью качества бактерій, возможнымъ измѣненіемъ количества ихъ (размноженіемъ) во время реакціи бактерицидности, и т. д.

Образованіе гемолизинновъ и явленія гемолиза были изу-

чены, главнымъ образомъ, на гемолизинахъ искусственныхъ, т. е. полученныхъ при иммунизации животныхъ къ краснымъ шарикамъ чуждаго вида. Только въ послѣдніе годы стали изучаться гемолитическія свойства нормальныхъ кровяныхъ сыворотокъ, т. е. полученныхъ отъ людей и отъ неиммунизированныхъ животныхъ.

Различныя теоріи о дѣйствіи, составѣ и происхожденіи гемолизинновъ, установленныя на основаніи изученія, главнымъ образомъ, гемолизинновъ искусственныхъ, были уже много разъ изложены съ достаточной полнотой¹⁾; поэтому я могу перейти къ изложенію фактовъ, полученныхъ при изученіи гемолизинновъ естественныхъ.

Подобно бактерициднымъ свойствамъ, кровяныя сыворотки нормальныхъ животныхъ обладаютъ гемолитическими свойствами только по отношенію къ краснымъ кровянымъ шарикамъ опредѣленныхъ животныхъ, причемъ красныя кровяныя шарики различныхъ видовъ животныхъ разрушаются данной сывороткой въ различной степени.

Въ видѣ примѣра дѣйствія сыворотки на различные эритроциты приведу данныя о гемолитическихъ свойствахъ нормальной собачьей сыворотки, относительно вліянія которой на различные эритроциты имѣются въ литературѣ довольно подробныя свѣдѣнія.

По Lüdke и отчасти m—lle Stern, сыворотка собаки слабо гемолитична къ эритроцитамъ быка, свиньи, голубя, крысы, кролика, мыши и морской свинки; сильнѣе она разрушаетъ эритроциты овцы и наибольшей гемолитической силой кро-

¹⁾ J. Bordet: Les sérums hémol., leurs antitoxines et les théories des sérums cytolytiques. Ann. Past. 1900.

Sur le mode d'action des sérums cytolytiques et sur l'unité de l'alexine dans un même sérum. Ibidem. 1901.

P. Ehrlich u. Morgenroth: Ueber Hämolytine. Berl. kl. W. 1899, 1900, 1901.

P. Ehrlich: Die Schutzstoffe des Blutes. D. m. W. 1901.

H. Sachs: Die Hämolytine u. ihre Bedeutung für die Immunitätslehre. Wiesbaden. 1902.

P. Römer: Die Ehrlichsche Seitenkettentheorie u. ihre Bedeutung für die Immunitätslehre. Wien. 1904.

Е. Лондогъ. Къ ученію о гемолизинахъ. Спб. Двсс. 1900.

ваяная сыворотка собаки обладает по отношению къ эритроцитамъ лошади и человѣка. Результаты наблюденій Лондона немного разнятся отъ только-что приведенныхъ; именно, сыворотка собаки разрушаетъ, по Лондону, съ довольно значительной и одинаковой силой эритроциты лошади, кролика и морской свинки. Въ остальномъ наблюденія Лондона подтверждаютъ наблюденія Lüdke.

Кровяная сыворотка человѣка, по Neisser'у и Doering'у, разрушаетъ изъ ряда животныхъ—голубя, морская свинка, коза, кроликъ—силыѣе всего эритроциты кролика и меньше всего эритроциты голубя. Морская свинка и коза занимаютъ въ этомъ отношеніи среднее положеніе.

Гемолитическія свойства нормальныхъ кровяныхъ сыворотокъ животныхъ колеблются, по свидѣтельству большинства авторовъ, въ довольно большихъ предѣлахъ въ зависимости отъ индивидуальности и отъ возраста.

По Lüdke, кровяная сыворотка большей части собакъ обладаетъ одинаковой или почти одинаковой гемолитической силой по отношенію къ краснымъ кровянымъ шарикамъ другихъ животныхъ, но автору этому попадались собаки, кровяная сыворотка которыхъ, при одинаковыхъ съ прочими условіяхъ опята, производила лишь слѣды гемоліза.

Также и Малковъ указываетъ, что кровяная сыворотка нѣкоторыхъ козъ гемолитична къ краснымъ кровянымъ шарикамъ нѣкоторыхъ другихъ животныхъ, сыворотка же другихъ козъ этихъ красныхъ кровяныхъ шариковъ не разрушаетъ.

По Зимницкому, кровяная сыворотка нѣкоторыхъ кроликовъ разрушаетъ красные кровяные шарики быка; въ огромномъ же большинствѣ случаевъ этого не наблюдается.

По наблюденіямъ Schütze и Scheller'a и m-lle Stern гемолитическія свойства кровяной сыворотки могутъ быть въ зависимости отъ индивидуальности въ 4 resp. 6—7 разъ сильнѣе этихъ свойствъ другой сыворотки того же вида животныхъ.

Только Лондонъ находитъ индивидуальныя колебанія гемолитическихъ свойствъ нормальныхъ сыворотокъ незна-

чительными. Цифровыхъ данныхъ въ этомъ отношеніи онъ къ сожалѣнію не приводитъ.

Гемолитическія свойства кровяной сыворотки человѣка изслѣдовались почти исключительно по отношенію къ кроличьей крови, и почти всѣ авторы находили ихъ у здоровыхъ людей довольно постоянными и индивидуальныя колебанія ихъ небольшими. (Neisser u. Doering, Гусевъ, Halpern, Hedinger).

Также по наблюденіямъ Pagniez кровяная сыворотка здоровыхъ людей обладаетъ большей частью постоянной гемолитической силой къ эритроцитамъ кролика, но изрѣдка автору этому приходилось встрѣчать здоровыхъ людей, кровяная сыворотка которыхъ обладала лишь слабыми гемолитическими свойствами.

Это противорѣчіе наблюденій надъ индивидуальными колебаніями гемолитическихъ свойствъ крови человѣка и животныхъ слѣдуетъ повидимому объяснить слѣдующимъ образомъ: какъ извѣстно, кровяная сыворотка опредѣленнаго вида животнаго разрушаетъ кровь различныхъ животныхъ не въ одинаковой степени; повидимому, сила гемолитическихъ свойствъ наиболѣе постоянна по отношенію къ тому виду эритроцитовъ, которые всего сильнѣе разрушаются данной сывороткой, и больше всего индивидуальныя колебанія въ силѣ гемолитическихъ свойствъ по отношенію къ тѣмъ видамъ эритроцитовъ, которые слабо разрушаются данной сывороткой. Наблюденія Stern, Малкова и Зимницкаго относятся именно къ такимъ сочетаніямъ сыворотокъ и эритроцитовъ, въ которыхъ гемолитическая сила сыворотки очень невелика. Человѣческая же кровь разрушаетъ изъ цѣлага ряда животныхъ сильнѣе всего красные кровяные шарики кролика.

Напомню, что и бактерицидныя свойства крови наиболѣе постоянны по отношенію къ тому виду бактерій, которыя всего сильнѣе убиваются данной кровью.

Эти индивидуальныя колебанія гемолитическихъ свойствъ нормальныхъ сыворотокъ зависятъ, главнымъ образомъ, отъ различнаго содержанія въ нормальныхъ сывороткахъ фиксаторовъ; количество же алексиновъ въ сывороткахъ здо-

ровых людей и животных повидому довольно постоянно (v. Dungern, Гусевъ, Зимницкій) и въ зависимости отъ индивидуальности колеблется лишь незначительно.

У различныхъ же видовъ животныхъ количество алексиновъ абсолютное и по сравнению съ количествомъ имѣющагося въ той же сывороткѣ фиксатора, довольно различно. Напр., кровяная сыворотка людей (Гусевъ), кроликовъ (Ehrlich u. Morgenroth) и собакъ (Лондонъ) содержитъ больше алексиновъ, чѣмъ гемолитическихъ фиксаторовъ.

Кровь курицы, напротивъ, содержитъ по P. Müller'у значительно меньшее количество алексина, чѣмъ фиксатора.

Подобно бактерициднымъ свойствамъ, гемолитическія свойства въ крови новорожденныхъ дѣтей и животнымъ выражены значительно слабѣе, чѣмъ въ крови индивидуумовъ старшаго возраста.

По изслѣдованіямъ Resinelli кровяная сыворотка новорожденныхъ дѣтей разрушаетъ замѣтно слабѣе чуждые кровяные шарики, чѣмъ кровяная сыворотка матери. Тоже наблюдали Halban и Landsteiner, показавшіе кромѣ того, что эта меньшая сравнительно съ материнской кровью гемолитическая сила крови новорожденныхъ зависитъ главнымъ образомъ отъ недостатка фиксаторовъ. По наблюденіямъ Marshall'a въ кровяной сывороткѣ новорожденныхъ дѣтей отсутствуютъ фиксаторы для эритроцитовъ морской свинки, содержащіеся всегда въ крови взрослыхъ. Меньшее содержаніе гемолизиновъ (фиксаторовъ) въ крови новорожденныхъ животныхъ (телятъ, поросятъ и морскихъ свинокъ) по сравненію съ кровью взрослыхъ особей было найдено Sachs'омъ. Количество алексиновъ въ крови новорожденныхъ животныхъ также по Sachs'у меньше, но не въ такой степени, какъ количество фиксаторовъ.

По наблюденіямъ Мого гемолитическія свойства развиваются и усиливаются уже въ теченіе перваго года жизни ребенка, сильнѣе у грудныхъ дѣтей, чѣмъ у вскормленныхъ искусственно.

Также въ отношеніи изогемоагглютининовъ Langer показалъ меньшее содержаніе ихъ въ крови новорожденныхъ дѣтей; по его наблюденіямъ появленіе и накопленіе этихъ

Ив. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харк. Мед. Института

веществъ въ крови дѣтей происходитъ уже въ первые мѣсяцы жизни.

По изслѣдованіямъ Halban'a изогемолитическія и изогемоагглютинативныя свойства крови новорожденныхъ не зависятъ отъ таковыхъ же свойствъ материнской крови; напротивъ, кровь матери и кровь новорожденныхъ относятся другъ къ другу, какъ крови совершенно различныхъ индивидуумовъ. Въ однихъ случаяхъ кровь матери агглютинируетъ или разрушаетъ кровяные шарики другихъ людей, а кровь ребенка этими свойствами не обладаетъ, въ другихъ случаяхъ бываетъ обратное.

При изслѣдованіи вліянія материнской сыворотки на кровяные шарики ребенка и сыворотки ребенка на кровяные шарики матери оказалось, что материнская сыворотка агглютинировала или разрушала кровяные шарики ребенка, если она вообще обладала этими свойствами по отношенію къ краснымъ кровянымъ шарикамъ людей. Также и кровяная сыворотка ребенка агглютинировала или разрушала кровяные шарики матери въ тѣхъ случаяхъ, когда она вообще обладала этими свойствами.

Объ измѣненіяхъ естественно-гемолитическихъ свойствъ кровяной сыворотки подъ вліяніемъ различныхъ условий спеціальныя работъ почти нѣтъ.

Вліяніе голоданія на естественно-гемолитическія свойства кровяной сыворотки изучалъ на кроликахъ и морскихъ свинкахъ Лондонъ. Онъ говоритъ, что въ крови голодающихъ свинокъ появляются дѣйствующіе на красные кровяные тѣльца кролика гемолизины, которые у контрольныхъ свинокъ не встрѣчаются. До начала голоданія Лондонъ не производилъ изслѣдованія крови взятыхъ для опыта животныхъ, поэтому въ его наблюденіяхъ не исключены индивидуальные различія. Напомнимъ, что вслѣдствіе значительности индивидуальныхъ колебаній гемолитическихъ свойствъ Lüdke также какъ и Schütze u. Scheller считаютъ необходимымъ изслѣдованіе кровяной сыворотки до начала опыта и соответственный подборъ для опытовъ животныхъ съ одинаковыми свойствами кровяной сыворотки.

Образованіе искусственногo гемолизина при иммунизации

БИБЛИОТЕКА
Харківського Медич. Інституту
№ 4701

чуждой кровью происходит, по Лондону, одинаково у голодающих и контрольных животных, но самый процесс „иммунизации“ голодающих животных переносят значительно тяжелее нормальных.

Изменения искусственного гемолизина под влиянием затруднения дыхания и пропускания светящегося газа через кровь Лондон не замечал.

Abbot и Bergey исследовали влияние алкоголя на развитие специфического фиксатора при иммунизации кроликов, чуждой кровью и наблюдали в крови иммунизированных животных уменьшение количества специфического фиксатора при ежедневном отравлении кроликов спиртом, равным по количеству 3,5—10 сс. абсолютного алкоголя. Самый процесс иммунизации чуждой кровью кролики, подвергавшиеся влиянию алкоголя, переносили тяжело.

Количество alexinovъ при тѣх же ежедневных дозах алкоголя Abbot и Bergey находили уменьшеннымъ.

Уменьшение количества alexinovъ въ кровяной сывороткѣ наблюдали Ehrlich и Morgenroth при фосфорномъ отравлении у кроликовъ, Carini и Benivegna при голодании.

Увеличение в крови количества alexinovъ находили Bulloch при впрыскивании кроликамъ *natrî supamin*, Sweet при введении имъ под кожу культуръ желтого стафилококка, *aleuronat'a* и *ol. therebinthinae*. Зимницкій при впрыскивании кроликамъ *ol. therebinthinae* изменений в количестве alexinovъ въ кровяной сывороткѣ не наблюдаетъ.

У куръ P. Müller'у удалось увеличить в сывороткѣ количество alexinovъ впрыскиваниемъ бульона, пептоновъ и *aleuronat'a*.

Уменьшение количества гемолитическихъ alexinovъ въ крови кроликовъ при нагноении наблюдали Метальниковъ и Зимницкій.

Quadrone описываетъ въ предварительномъ сообщеніи свои исследования о влиянии Рентгеновскихъ лучей на гемолитическія свойства крови кроликовъ и морскихъ свинокъ, у которыхъ онъ предварительно вызывалъ различными способами лейкоцитозъ. На основаніи своихъ первыхъ наблю-

деній Quadrone приходитъ къ заключенію, что Рентгеновскіе лучи усиливаютъ гемолитическія свойства крови.

Кромѣ того имѣются произведенныя на собакахъ исследования Глинъчикова о зависимости между количествомъ и качествомъ пищи и колебаніемъ гемолитической силы кровяной сыворотки. Исследования эти, доложенныя въ Общ. Р. Врачей въ Спб., вызвали много возраженій. По наблюденіямъ Глинъчикова гемолитическая способность кровяной сыворотки послѣ кормленія повышается, достигая maximum'a черезъ 6—8 час. послѣ приема пищи; по Глинъчикову существуетъ также прямая зависимость между количествомъ пищи и гемолитической силой кровяной сыворотки.

Клиническія наблюденія различныхъ авторовъ надъ гемолитическими свойствами кровяной сыворотки человѣка по отношенію къ эритроцитамъ кролика не дали до сихъ поръ согласныхъ результатовъ.

Neisser u. Doering и Kreibich находили нормальной силы гемолитическія свойства въ кровяныхъ сывороткахъ больныхъ съ самыми различными болѣзнями: болѣзней крупознымъ воспаленіемъ легкихъ, брышнымъ тифомъ, скарлатиной, туберкулезомъ, пиэміей, *remphigus*, розей, сифилисомъ, *purpur'ой*, эпидемическимъ цереброспинальнымъ менингитомъ, дизентеріей, пороками сердца давали сыворотки нормальной гемолитической силы; гемолитическія свойства сыворотки были также нормальны при диабетической комѣ, эмфиземѣ, сифилитической невралгіи, неврастениіи и при различныхъ формахъ нефритовъ безъ уреміи. Только при уреміи авторы эти находили измененія гемолитическихъ свойствъ, какъ будетъ подробно изложено ниже.

Halpern при исследованіи различныхъ болѣзней наблюдалъ повышеніе гемолитической силы только при брюшномъ тифѣ, пониженіе ея только при септицеміи; при свиномъ поллинефритѣ, при интерстициальномъ нефритѣ, эмфиземѣ легкихъ, туберкулезѣ легкихъ, остромъ суставномъ ревматизмѣ, крупозномъ воспаленіи легкихъ, маляріи, злокачественномъ малокровіи и Верльгофовой болѣзни гемолитическія свойства кровяной сыворотки были нормальной силы.

Также и Micheli находилъ гемолитическія свойства кро-

вяных сывороток неизмѣнными при различѣйшихъ болѣзняхъ; только при уремїи были измѣненїа, описанныя уже Neisser'омъ и Doering'омъ.

Къ противоположнымъ результатамъ пришли Camus, Pagniez, Гусевъ и Pergola.

Camus и Pagniez изслѣдовали гемолитическія свойства кровяной сыворотки при различныхъ болѣзняхъ и находили свойства эти очень различными въ зависимости отъ индивидуальности, а не отъ характера заболѣванїа. Авторы эти не указываютъ, при какихъ болѣзняхъ они изслѣдовали кровяную сыворотку.

По наблюденїямъ Pagniez гемолитическая сила кровяной сыворотки можетъ колебаться въ теченїе одной и той-же болѣзни, то въ смыслѣ повышенїа, то въ смыслѣ пониженїа. Наибольшей гемолитической силой обладала, въ наблюденїяхъ Pagniez, кровяная сыворотка одного эпилептика, наименьшей—сыворотка больного злокачественнымъ малокровїемъ. При инфекціонныхъ болѣзняхъ Pagniez находилъ гемолитическую силу кровяной сыворотки въ большинствѣ случаевъ нормальной, небольшое увеличенїе замѣчалось лишь при туберкулезѣ легкихъ, уремїи и неправильной сердечной дѣятельности.

Гусевъ, находившїй у здоровыхъ людей гемолитическія свойства почти постоянной силы, въ патологическихъ сывороткахъ наблюдалъ большїя колебанїа ихъ, но какой-либо законности колебанїи установить не удалось. Подобно Pagniez онъ наблюдалъ значительныя колебанїа гемолитической силы въ теченїе болѣзни у одного и того же больного. Наибольшей гемолитической способностью изъ его больныхъ обладала кровяная сыворотка больного амилоидомъ внутреннихъ органовъ; гемолитическая способность была равна 0 въ двухъ случаяхъ крупознаго воспаленїа легкихъ, накануне гесп. за 2 дня до кризиса. Въ другихъ случаяхъ крупознаго воспаленїа легкихъ гемолитическая способность была значительно выше нормы.

Pergola изслѣдовалъ гемолитическія свойства кровяной сыворотки у 5 сифилитиковъ въ различные періоды болѣзни и у 5 здоровыхъ людей. Гемолитическія свойства были

выражены сильнѣе въ крови сифилитиковъ, чѣмъ въ крови здоровыхъ людей.

Гемолитическія, по отношенїю къ кроличьимъ эритроцитамъ, свойства кровяной сыворотки человѣка констатировали также Launois и Pacc.

Polk, изслѣдовавшїй гемолитическія свойства кровяной сыворотки при различныхъ болѣзняхъ, находилъ уменьшенїе гемолитическихъ свойствъ только у больныхъ съ тяжелымъ малокровїемъ. Увеличенїе гемолитической силы наблюдалось при большей части инфекціонныхъ заболѣванїи и при диабетѣ.

Приведенныя изслѣдованїа касаются гемолитическихъ свойствъ кровяной сыворотки по отношенїю къ краснымъ кровянымъ шарикамъ кролика. Trommsdorf при изслѣдованїи гемолитическихъ свойствъ употреблялъ въ качествѣ реактива красныя кровяныя шарики морской свинки и наблюдалъ у различныхъ больныхъ и здоровыхъ довольно большїя колебанїа. Изъ 13 здоровыхъ людей кровяная сыворотка въ 1 случаѣ сильно разрушала эритроциты морской свинки, въ 6 случаяхъ обладала средней и въ 6 случаяхъ слабой гемолитической силой. У 12 септическихъ больныхъ гемолитическая сила сыворотки колебалась въ такихъ же предѣлахъ, какъ и у здоровыхъ.

Какъ видно изъ приведенныхъ изслѣдованїи гемолитическія свойства при громадномъ большинствѣ заболѣванїи не представляютъ ничего характернаго и поэтому, по мнѣнїю приведенныхъ авторовъ, не могутъ служить ни для діагноза, ни для прогноза; только при уремїи наблюдаются известныя измѣненїа въ гемолитическихъ свойствахъ кровяной сыворотки. Уже Neisser и Doering наблюдали въ одномъ случаѣ уремїи, что прибавленїе нагрѣтой до 56° сыворотки къ свѣжей мѣшало разрушенїю эритроцитовъ кролика; для достиженїа этого эффекта требовалось прибавить 1 к. с. инактивированной сыворотки къ 0,1 к. с. свѣжей. При нефритѣ безъ уремическихъ явленїи Neisser и Doering такого мѣшающаго гемолізу дѣйствїа сыворотки не наблюдали. Подобное дѣйствїе нагрѣтой сыворотки при уремїи описали

Laqueur (2 случая), Hedinger (3 случая), Wolze (1 случай), Senator (2 случая).

Въ случаѣ Neisser'a и Doering'a свѣжая кровяная сыворотка обладала нормальной гемолитической силой, и мѣшающее гемолиту—купирующее—дѣйствіе наблюдалось лишь по прибавленіи нагрѣтой сыворотки. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ Laqueur'a, Hedinger'a и Wolz'a кромѣ этого купирующаго дѣйствія нагрѣтой сыворотки наблюдалось и значительное уменьшеніе сравнительно съ нормою гемолитическаго дѣйствія свѣжей сыворотки. Подобное уменьшеніе гемолитической силы свѣжей сыворотки наблюдалъ при уремическихъ явленіяхъ и Micheli. Купирующее дѣйствіе нагрѣтой сыворотки было найдено, однако, далеко не во всѣхъ случаяхъ уреміи; Micheli встрѣчалъ случаи типичной уреміи при хроническомъ паренхиматозномъ и интерстиціалномъ нефритахъ, въ которыхъ, такъ же какъ въ одномъ случаѣ Senator'a, этого купирующаго дѣйствія нагрѣтой сыворотки не наблюдалось.

Наблюденія Neisser и Doering'a, Hedinger'a, Laqueur'a и Senator'a относятся къ антигемолитическому дѣйствію нагрѣтой сыворотки человѣка противъ той же свѣжей сыворотки. Какъ выяснили опыты Neisser и Doering'a антигемолитическое дѣйствіе это зависитъ отъ присутствія въ нагрѣтой сывороткѣ антиалексина, направленного противъ алексина той же сыворотки, т. е. въ такихъ случаяхъ имѣется въ сывороткѣ аутоантиалексинъ. Такое явленіе описано до сихъ поръ только при уреміи, при которой оно наблюдается въ большинствѣ случаевъ.

Гораздо чаще могутъ быть обнаружены въ кровяныхъ сывороткахъ человѣка и животныхъ антигемолитическія свойства, направленныя противъ сыворотокъ другого вида животныхъ. Первое относящееся сюда наблюденіе было описано Buchner'омъ, показавшимъ, что при смѣшиваніи кровяныхъ сыворотокъ собаки и кролика уничтожается способность ихъ разрушать красныя кровяныя шарики морской свинки.

Затѣмъ Müller изслѣдовалъ антигемолитическія свойства сыворотокъ различныхъ нормальныхъ животныхъ по

отношенію къ утиной кровяной сывороткѣ и нашелъ, что кровяныя сыворотки нормальныхъ куръ, голубей, морскихъ свинокъ, быковъ и лошадей обладаютъ способностью уничтожать гемолитическое дѣйствіе утиной сыворотки, направленное противъ красныхъ кровяныхъ шариковъ кролика и морской свинки. Кровяныя сыворотки кролика и морской свинки обладали этой способностью, какъ въ свѣжемъ, такъ и въ инактивированномъ видѣ, тогда какъ въ кровяныхъ сывороткахъ другихъ животныхъ антигемолитическія свойства могли быть обнаружены лишь послѣ нагрѣванія сыворотокъ до 56° С., въ свѣжихъ же сывороткахъ антигемолитическія свойства не могли проявляться вълѣдствіе самостоятельнаго гемолитическаго дѣйствія этихъ сыворотокъ на эритроциты кролика и морской свинки. Антигемолитическія свойства нормальныхъ сыворотокъ, направленныя противъ разрушающаго дѣйствія сыворотокъ другихъ животныхъ были найдены v. Dungern'омъ, Micheli, Marshall и Morgenroth, Бертенсономъ, Безръдка и другими. Marshall и Morgenroth, Micheli, Безръдка находили эти антигемолитическія свойства также въ сывороткахъ всѣхъ здоровыхъ и больныхъ людей, причемъ степень антигемолитическихъ свойствъ была очень непостоянна въ зависимости отъ индивидуальности.

По изслѣдованіямъ почти всѣхъ приведенныхъ авторовъ антигемолитическія свойства нормальныхъ сыворотокъ зависятъ отъ присутствія въ нихъ, т. наз., антиалексина, т. е. отъ ихъ способности связывать, такъ сказать нейтрализовать, алексинъ дѣйствующей гемолитически сыворотки. Антификсаторы также были найдены во многихъ нормальныхъ сывороткахъ, но количество ихъ въ нормальныхъ сывороткахъ значительно меньше количества антиалексина. Только Безръдка на основаніи своихъ изслѣдованій, вызвавшихъ, впрочемъ, серьезныя возраженія со стороны Marshall'a и Morgenroth'a, пришелъ къ заключенію, что антигемолитическія свойства нормальныхъ сыворотокъ зависятъ отъ присутствія въ нихъ антификсаторовъ, а не антиалексина.

Изъ приведенныхъ изслѣдованій очевидно, что гемоди-

тических свойства кровяных сывороток не представляют собой ничего характернаго для различных заболѣваній и подобно бактерициднымъ свойствамъ часто колеблутся въ довольно большихъ предѣлахъ, повидимому въ зависимости отъ индивидуальности.

Какъ было уже указано, обѣ составныя части гемолитина—фиксаторы и алексины — часто находятся въ кровяныхъ сывороткахъ не въ одинаковомъ количествѣ, и часто наблюдается преобладаніе тѣхъ или другихъ. Поэтому представляетъ интересъ изученіе отдѣльно фиксаторовъ и алексиновъ. Въ особенностн имѣетъ значеніе экспериментальное и клиническое изученіе алексиновъ въ виду неопровергнутаго еще мнѣнія Bordet, Buchner'a, Савченко, Wilde и другихъ о функциональномъ единствѣ алексиновъ. Въ противоположеніе мнѣнію Ehrlich'a и его школы, ученые эти полагаютъ, что алексины могутъ черезъ посредство соотвѣствующихъ фиксаторовъ разрушать самыя различныя кѣтки—бактеріи, красныя кровяныя шарики и т. д. Мнѣніе это основывается на опытахъ, установившихъ фактъ, что при подходящихъ фиксаторахъ алексины одной и той же сыворотки могутъ расходоваться сплона въ однихъ случаяхъ на разрушеніе бактерій, въ другихъ случаяхъ на разрушеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Изъ приведенныхъ уже изслѣдованій v. Dungern'a, Зимницкаго, Гусева вытекаетъ, что количество гемолитическихъ алексиновъ въ кровяныхъ сывороткахъ здоровыхъ людей и животныхъ довольно постоянно и колеблется лишь въ очень небольшихъ предѣлахъ. Объ измѣненіяхъ количества гемолитическихъ алексиновъ у животныхъ при различныхъ условіяхъ имѣются приведенныя уже выше наблюденія Ehrlich'a и Morgenroth'a, Метальникова, Зимницкаго, Bulloch'a, Sweet'a и Müller'a.

Клиническія наблюденія надъ количествомъ гемолитическихъ алексиновъ въ крови больныхъ очень немногочисленны. Наибольше полныя изслѣдованія въ этомъ отношеніи представилъ Гусевъ изъ лабораторіи проф. Савченко; изслѣдованія его были произведены по слѣдующему способу. Для опредѣленія количества алексиновъ Гусевъ пользовался въ

въ качествѣ фиксатора нагрѣтой кровяной сывороткой барана, иммунизированнаго красными кровяными шариками кролика; въ качествѣ реактива Гусевъ употреблялъ красныя кровяныя шарики кролика, отмытые на центрофугѣ отъ сыворотки физиологическимъ растворомъ хлористаго натра. Для точнаго опредѣленія количества алексиновъ фиксаторъ и кроличьи кровяныя шарики брались всегда въ избыткѣ. Какъ извѣстно для растворенія извѣстнаго количества красныхъ кровяныхъ шариковъ необходимо совершенно опредѣленное количество фиксатора и алексина; избытокъ фиксатора и алексина не усиливаетъ и не ослабляетъ гемолитической реакціи. Поэтому въ опытахъ Гусева степень гемолита не измѣнялась присутствіемъ избытка фиксатора и соответствовала количеству алексиновъ.

Опыты ставились такимъ образомъ, что къ опредѣленному количеству эмульсіи красныхъ кровяныхъ шариковъ кролика и фиксатора—нагрѣтой кровяной сыворотки барана—прибавлялось опредѣленное количество свѣжей человѣческой кровяной сыворотки. При такой постановкѣ опыта количество разрушенныхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, т. е. количество растворившагося гемоглобина соответствовало количеству алексиновъ въ изслѣдуемой сывороткѣ. Количество растворившагося гемоглобина опредѣлялось по спектрофотометру Glan'a.

Кровь больныхъ, бравшаяся всегда утромъ, насыщалась въ стерильныя стеклянныя пипетки, которая затѣмъ запаивались и сохранялись 24 часа въ ледяномъ шкафу. Черезъ 24 часа отдѣлившаяся отъ крови сыворотка отсѣивалась и употреблялась для изслѣдованія количества алексиновъ. По этому способу Гусевъ изслѣдовалъ количество алексиновъ въ кровяныхъ сывороткахъ 14 здоровыхъ людей, 11 больныхъ съ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ, 8—съ перемежающейся лихорадкой, 17—съ туберкулезомъ легкихъ и 16—съ различными острыми и хроническими заболѣваніями. Кромѣ количества алексиновъ Гусевъ изслѣдовалъ у многихъ больныхъ естественно-гемолитическія свойства ихъ сыворотокъ; результаты этихъ изслѣдованій

уже приведены выше при изложении клинических исследований естественно-гемолитических свойств крови.

Количество алексинов у здоровых людей является по исследованиям Гусева довольно постоянной величиной, в патологических же случаях колеблется в значительных пределах. Повышение количества алексинов сравнительно с нормой было найдено: 1) в разгаре различных инфекционных заболеваний (туберкулез, пневмония, малярия, снпной тиф и т. д.) и 2) в некоторых случаях хронических заболеваний (амилоидное перерождение внутренних органов, diabetes mellitus, neoplasma abdominis). При инфекционных заболеваниях с тяжелым течением или летальным исходом повышения количества алексинов Гусев не находил.

Определенные колебания количества алексинов в крови в течение инфекционных заболеваний были найдены Гусевым только при воспалении легких, крупозном и гриппозном. В разгаре этого заболевания количество алексинов, по Гусеву, повышается и достигает maximum'a к началу разрешения болезни; с наступлением разрешения количество алексинов падает и затѣм остается на той же высотѣ или же опять повышается. В случаях с летальным исходом увеличения количества алексинов Гусев не наблюдал.

Менѣ определенные результаты получены Гусевым при малярии, при которой в большей части случаев наблюдалось повышение количества алексинов во время аспе приступа.

При туберкулезѣ Гусев получил различные результаты: у больных истощенных, тяжелых, количество алексинов в кровяной сывороткѣ чаще было небольшим; у больных с удовлетворительным общим состоянием количество алексинов чаще было выше нормы.

Продолжением работы Гусева являются исследования дровъ Мелкихъ и Калягина также из лабораторіи проф. Савченко. Авторы эти исследовали по описанному Гусевым способу количество гемолитических алексинов при возвратном тифѣ и наблюдали повышение количества алек-

синовъ во время приступа возвратного тифа; с падением т^о количество алексинов падало и снова значительно повышалось с наступлением выздоровления. Естественно-гемолитическая способность сыворотки больных возвратным тифомъ большей частью колебалась параллельно с количеством алексинов, в других случаях этого параллелизма не было.

Количество гемолитических алексинов при различных формах туберкулеза исследовал также J. Kentzler. В качестве фиксатора Kentzler употреблял инaktivированную при 56° С. кровяную сыворотку кролика, иммунизированную къ краснымъ кровянымъ шарикамъ человѣка; реактивомъ служило определенное количество отмытыхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ самаго автора, взвѣшенныхъ в физиологическомъ растворѣ хлористаго натра ¹⁾. При исследовании по этому способу 12 здоровыхъ людей и 27 туберкулезныхъ в различныхъ стадіяхъ болезни Kentzler никакой разницы в отношении количества алексинов в крови тѣхъ и другихъ не нашел. В различные периоды болезни количество алексиновъ было также одинаковымъ.

Подобно кровяной сывороткѣ многие экссудаты и трансудаты человѣка обладаютъ способностью разрушать красные кровяные шарики различныхъ животныхъ и убивать различныя бактеріи. Бактерицидныя свойства в экссудатахъ и трансудатахъ были найдены уже Buchner'омъ, Stern, Kionka и Pansini. Гемолитическія свойства экссудатовъ и трансудатовъ человѣка по отношению къ кроличьей крови были констатированы Launois и Pacc.

Болѣе подробныя клиническія исследования в отношении гемолитическихъ свойствъ экссудатовъ и трансудатовъ представили Strauss и Wolff, Santini e Romani, Hedinger и Pagniez.

Все эти авторы определяли гемолитическія свойства серозныхъ жидкостей человѣка по ихъ способности разрушать красные кровяные шарики кролика.

¹⁾ Кровь больныхъ бралась за 12 часовъ до исследования.

Результаты этих исследований оказались не вполне согласными между собой.

По наблюдениям Santini e Romani (29 случаев) экссудаты обладают гемолитическими свойствами по отношению к красным кровяным шарикам кролика, в трансудатах же эти свойства отсутствуют¹⁾.

Strauss и Wolff находили гемолитические свойства более резко выраженными в экссудатах, чем в трансудатах, что они ставили в связь с большим содержанием в экссудатах белка. Наблюдения этих авторов над трансудатами производились почти исключительно на жидкости из отеков (Oedem-flüssigkeit) и над трансудатами брюшной полости при различных формах нефритов. Наблюдений над трансудатами при атрофическом циррозе печени и при пороках сердца Strauss и Wolff не производили. Из этих трансудатов отечная жидкость обладала значительно меньшей гемолитической силой, чем трансудаты брюшной полости при нефритах. Из экссудатов авторы эти исследовали лишь плевропневмонический экссудат, развившийся в течение крупозного воспаления легких (большой № 10), плевропневмонический экссудат при множественных лимфомах (№ 11) и 2 экссудата при опухоли mediastini. Наблюдений над обычными серозными плевропневмоническими экссудатами авторы эти не производили. Кроме того в их наблюдениях разница в отношении гемолитической силы между экссудатами и трансудатами при нефритах была не больше разницы между последними и отечной жидкостью.

Напротив, Hedinger находил более сильные гемолитические свойства чаще в трансудатах, чем в экссудатах, хотя резкой разницы в этом отношении между ними не было. Автору этому попадались плевропневмонические экссудаты туберкулезного происхождения, из которых одни обладали одинаковыми с кровяной сывороткой гемолити-

¹⁾ К сожалению в единственно доступном мне реферате этой работы в Folia haematologica, 1905 г., № 7 не указано, какие трансудаты исследовались этими авторами; между тем в различных происхождениях трансудатах гемолитические свойства различны.

ческими свойствами, тогда как в других свойства эти были выражены слабо. Совершенно отсутствовали гемолитические свойства в жидкости кисты яичника, в спинномозговой жидкости при двух туберкулезных менингитах и в отечной жидкости при нефрите, полученной из прокола ног.

Pagniez также не находил разницы в гемолитических свойствах экссудатов и трансудатов; при hydrothorax гемолитические свойства отсутствовали только в одной жидкости из трех; в двух случаях гнойного плеврита свойства эти были выражены слабо.

Как видно из приведенных исследований, мнения различных авторов относительно гемолитических свойств экссудатов и трансудатов расходятся; кроме того работа по этому вопросу Santini e Romani появилась лишь в 1905 г., когда большая часть моих исследований была уже сделана.

В виду противоречивости результатов исследований о гемолитических свойствах экссудатов и трансудатов, я с большим интересом отнесся к предложенной мне проф. М. В. Яновским тем.

ГЛАВА IV.

Методика наблюдений. Гемолитические свойства и количество алексиновъ въ эксудатахъ и трансудатахъ. Отношение гемолитическихъ свойствъ крови и эксудатовъ и трансудатовъ тѣхъ же больныхъ. Аутолизинъ, изолизинъ и антигемолизинъ въ кровяныхъ сывороткахъ и экс- и трансудатахъ. Выводы изъ приведенныхъ изслѣдованій относительно гемолитическихъ свойствъ эксудатовъ и трансудатовъ.

Наблюдения мои произведены надъ различнаго происхожденія эксудатами и трансудатами 46 больныхъ, большая часть которыхъ была наблюдаема мною въ клиникѣ диагностики и общей терапіи проф. М. В. Яновскаго. Трансудаты и эксудаты остальныхъ больныхъ были получены мною изъ госпитальной хирургической клиники проф. С. П. Федорова, изъ терапевтической клиники проф. А. П. Фавицкаго и изъ терапевтическаго отдѣленія больницы св. Маріи Магдалины. Завѣдующимъ этими отдѣленіями профессорамъ А. П. Фавицкому, С. П. Федорову, ихъ ассистентамъ Г. Г. Ликуди и В. А. Опелю, также и главному врачу больницы Мар. Магд. Н. И. Черняеву и старшему ординатору этой больницы Н. Я. Кетчеру я и выражаю здѣсь мою глубокую благодарность за оказанное содѣйствіе при полученіи мною матеріала для моей работы.

Трансудаты и эксудаты получались отъ больныхъ въ утренніе до обѣденные часы и сейчасъ же изслѣдовались.

Мутная жидкость центрифугировалась и изслѣдованія производились съ совершенно прозрачными жидкостями. Обладавшіе способностью свертываться, эксудаты предварительно дефибринировались стеклянной палочкой.

Для опредѣленія степени гемолитическихъ свойствъ предложено довольно много методовъ, которые въ сущности всѣ представляютъ собой видоизмѣненія двухъ главныхъ методовъ. Для гемолитическаго дѣйствія сыворотки при прочих равныхъ условіяхъ необходима извѣстная концентрація гемолитическихъ веществъ; при меньшей концентраціи гемолизина гемолитическое дѣйствіе не наступаетъ. Исходя изъ этого факта одни авторы (Ehrlich и его школа, Ловдонъ, Nolf и многіе другіе) опредѣляютъ, при какой наименьшей концентраціи сыворотки проявляется извѣстное дѣйствіе гемолизина; такимъ образомъ, тѣмъ больше разведеніе, при которомъ еще наступаетъ извѣстное дѣйствіе, тѣмъ сильнѣе гемолизинъ. Другіе авторы (Halpern, Гусевъ, Mioni) исходятъ изъ того факта, что сыворотка при опредѣленной концентраціи ея и опредѣленномъ количествѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ растворяетъ послѣднихъ тѣмъ больше, тѣмъ сильнѣе гемолитическія свойства ея. Поэтому авторы эти опредѣляютъ при извѣстной концентраціи изслѣдуемой сыворотки и извѣстномъ, всегда избыточномъ, количествѣ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ количество раствореннаго сывороткой гемоглобина. Количество раствореннаго гемоглобина Halpern опредѣляетъ аппаратомъ Gowers'a, Гусевъ—по спектрофотометру Glan'a, Mioni—аппаратомъ Fleisch'l'я resp. Fleisch-Miescher'a.

Въ моихъ наблюденіяхъ опредѣленіе гемолитической силы производилось помощью разведенія изслѣдуемой жидкости слѣдующимъ образомъ: въ рядъ пробирокъ наливалось по 5 к. с. во-первыхъ неразбавленной жидкости и затѣмъ разбавленной въ 2, 4, 8, 16 и 32 раза 0,9% растворомъ хлористаго натра. Во всѣ пробирки прибавлялось по 0,05 к. с. всегда только-что полученной кроличьей крови, пробирки тщательно взбалтывались и ставились на 1 часъ въ термостатъ при 37° С. (какъ показали контрольные опыты, при описанныхъ условіяхъ реакція гемолиза оканчивается въ теченіе часа; къ тому же заключенію приходитъ и Mioni). Въ теченіе этого часа пробирки взбалтывались приблизительно черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ постановки ихъ въ термостатъ. Часть жидкости всегда инактивировалась при 56°—57° С. въ

течение 35 м. и 5 к. с. нагрѣтой жидкости съ тѣмъ же количествомъ крови также ставилось на 1 часъ въ термостатъ. Черезъ часъ пробирки вынимались, взбалтывались и отмѣчалось при какомъ наибольшемъ разбавленіи жидкость разрушила всѣ прибавленные кроличьи кровяные шарики. Жидкость тѣхъ пробирокъ, въ которыхъ раствореніе было неполное, центрофугировалась и по шкалѣ Fleisch-Miescher'овскаго аппарата опредѣлялось въ % этого аппарата количество растворившагося гемоглобина.

Нѣкоторые авторы рекомендуютъ въ качествѣ реактива при явленіяхъ гемолиза употреблять не кровь, а красные кровяные шарики кролика, отмытые отъ сыворотки на центрофугѣ съ помощью физиологическаго раствора хлористаго натра. Употребленіе отмытыхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ кролика рекомендуется вслѣдствіе того, что кровяная сыворотка кролика содержитъ алексины, могущіе активировать фиксаторы человѣчьеи сыворотки. При условіяхъ, въ которыхъ производились мои наблюденія, кроличья кровь прибавлялась къ изслѣдуемой жидкости въ количествѣ 1 процента (на 5 к. с. жидкости—0,05 к. с. крови кролика); какъ показали спеціальныя контрольныя наблюденія, кроличья сыворотка при указанной слабой концентраціи ея не могла вліять на степень гемолиза. Отсутствіе вліянія кроличьихъ алексиновъ на степень гемолиза доказывалось въ каждомъ случаѣ также тѣмъ, что ни въ одномъ случаѣ не получалось гемолиза при прибавленіи кроличьей крови къ инактивированной нагрѣваемой жидкости.

Кромѣ опредѣленія естественно-гемолитическихъ свойствъ эксудатовъ и трансудатовъ, опредѣлялось также количество содержащихся въ этихъ жидкостяхъ алексиновъ путемъ разбавленія въ 2, 4, 8, 16 и 32 раза свѣжей серозной жидкости той же жидкостью, но инактивированной при 56°—57° С.; при такомъ разбавленіи количество фиксатора въ жидкости не измѣнялось, количество же алексиновъ уменьшалось въ арифметической прогрессіи. По изслѣдованіямъ Лондона, Гусева, Міони и другихъ избытокъ одной какой-либо составной части гемолитина (фиксатора или алексина) не усиливаетъ и не ослабляетъ гемолитическаго дѣйствія,

поэтому очевидно, что количество растворившагося гемоглобина при избыткѣ фиксатора соответствовало количеству алексиновъ.

Попутно съ естественно-гемолитическими свойствами и количествомъ алексиновъ въ эксудатахъ и трансудатахъ опредѣлялись: 1) удѣльный вѣсъ ихъ, 2) количество бѣлка 3) точка замерзанія ихъ 4) содержаніе въ нихъ нуклеоальбумина 5) свертываемость и 6) цитоскопическая картина ихъ ¹⁾.

Вѣ эти свѣдѣнія представлены въ таблицѣ № 1.

Эксудаты и трансудаты въ этой таблицѣ расположены по степени гемолитической ихъ силы такимъ образомъ, что въ первомъ отдѣлѣ приведены свѣдѣнія о серозныхъ жидкостяхъ, въ которыхъ гемолитическія свойства отсутствуютъ; во второмъ отдѣлѣ—тѣ жидкости, въ которыхъ гемолитическія свойства настолько слабы, что даже неразбавленные трансудаты и эксудаты не разрушаютъ всей кроличьей крови, прибавленной въ количествѣ 0,05 к. с. на 5 к. с. жидкости; въ третьемъ отдѣлѣ приведены серозныя жидкости, которыя при описанныхъ условіяхъ растворяютъ всю кровь при разбавленіи ихъ въ 2 раза физиологическимъ растворомъ хлористаго натра и которыя при разбавленіи въ 4 раза разрушаютъ уже не всю прибавленную кроличью кровь и т. д.

Поставленныя въ одинъ отдѣлъ серозныя жидкости расположены также въ порядкѣ усиленія ихъ гемолитическихъ свойствъ, какъ это было опредѣлено по аппарату Fleisch-Miescher'a.

¹⁾ Удѣльный вѣсъ опредѣлялся урмометромъ или пикнометромъ при соответственной т°. Количество бѣлка опредѣлялось по Бесбаху при разбавленіи эксудатовъ и трансудатовъ въ 10 разъ H₂O. Точка замерзанія опредѣлялась аппаратомъ Beckmann'a. Нуклеоальбуминъ опредѣлялся прибавленіемъ уксусной кислоты къ эксудатамъ и трансудатамъ, какъ то рекомендуетъ Runeberg.

Для опредѣленія свертываемости серозныхъ жидкостей, часть жидкости ставилась въ термостатъ, и затѣмъ черезъ часъ отмѣчалась степень свертыванія. Для опредѣленія микроскопической картины жидкости центрофугировались и осадокъ окрашивался краской May-Grünwald'a (назначенный растворъ эозиново-кислой метиленовой синьки въ метиловомъ алкохолѣ), рѣже гематоксилиномъ и эозиномъ.

При разбавлении эксудата в 4 раза после растворения кровяной крови.
 При разбавлении эксудата в 8 раз после растворения кровяной крови.

	Уд. в. в. в. в. в.	Коэф. б. в. в.	Точка за- мерзаниа.	Нуклео- альбуминъ.	Свертыва- ние.	Л е й к о ц и т ы.			
						Многояд.	Однояд.	Лимфо- циты.	Эозинофилы.
№ 12. Ч—в. Sepsis. Гной изъ праваго колѣнаго сустава	1020	38	—0,58	очень много	нѣтъ	82	8	10	нѣтъ
№ 13. К—ва. Sarcoma femoris съ наполненной серозной жидкостью полостью.	1021	47	—0,56	много	—	Жидкость прислана съ большой прихвѣсью крови.			
№ 14. В—в. Insuff. v. mitralis. Pleuritis haemorrhagica d.	1016	37	—0,57	немного	незначител.	90	3	6	1
№ 15. К—ва. Tuberculosis pulmonum. Pleuritis exsud. d. ser.	1021	38	—0,52½	много	незначител.	1	4	95	нѣтъ
№ 16. К—пе. Tuberculosis pulmonum. Pleuritis exsud. sin. ser.	1020	—	—	—	—	лимфоциты преобладаютъ			
№ 17. Т—в. Peotyphus. Pleuritis haemorrh. dextra.	1019	47	—0,51	—	нѣтъ	40	12	48	нѣтъ
№ 18. Ж—в. Cancer peritonei.	1021	38	—0,58	—	нѣтъ	—	—	—	—
№ 19. Н—в. Aneurisma aortae. Pleuritis exsud. d. ser. 30/ix 04 г.	1011	47	—0,56	—	нѣтъ	7	6	87	нѣтъ
25/x	1015	38	—0,56	довольно много	не сильное	10	5	85	нѣтъ
№ 20. Э—в. Pleuritis exsud. sin. ser. Tuberculosis pulmonum	1018	38	—0,55	много	незначител.	2	13	85	нѣтъ
№ 21. Т—в. Pneumonia chron. Pleuritis exsud. sin. ser. et Peritonitis tub.	1011	38	—	—	нѣтъ	лимфоциты преобладаютъ			
перитонеальный эксудатъ разбавл. в 8 разъ, растворилъ все. 1904 15/iv	1011	38	—	—	нѣтъ	лимфоциты преобладаютъ			
перитонеальный эксудатъ, разбавл. в 4 раза растворилъ все 22/iv	1015	38	—	—	нѣтъ	лимфоциты преобладаютъ			
перитонеальный эксудатъ, разбавлен- ный в 8 разъ, растворилъ не все. 1/v	1012	38	—0,57	—	незначител.	35	15	50	нѣтъ
Тотъ же больной. Плевритический эксудатъ, разбавленный в 2 раза, разрушаетъ весь разбавленный в 4 раза, не все 25/iv	1014	38	—0,54	—	нѣтъ	66	2	32	нѣтъ
№ 22. В—в. Pleuritis exsud. sin. ser.	1017	38	—0,53	—	сильное	2	4	93	1
№ 23. В—с. Intoxicatio chron. saturnina. Atrophia renum. Peritonitis chron. 1905 г. 12/ii	1012	38	—0,53	немного	нѣтъ	10	8	82	нѣтъ
5/iii	1013	38	—0,55	немного	нѣтъ	48	32	20	нѣтъ
№ 24. Ф—в. Pleuritis exsud. sin. ser.	1019	38	—0,52½	много	незначител.	4	4	92	нѣтъ
№ 25. В—в. Pleuritis exsud. sin. ser.	1018	38	—0,60	—	не сильное	6	8	86	нѣтъ

новъ и характеромъ или теченіемъ заболѣванія найти также не удалось.

Въ виду описанныхъ колебаній гемолитическихъ свойствъ въ эксудатахъ и трансудатахъ было интересно прослѣдить, не зависятъ-ли гемолитическія свойства этихъ серозныхъ жидкостей отъ гемолитическихъ свойствъ кровяной сыворотки больного и не идутъ-ли онѣ параллельно съ послѣдними. Съ этой цѣлью гемолитическія свойства кровяной сыворотки (полученной пункцией вены въ тоже утро, что и серозная жидкость) изслѣдовались одновременно съ эксудатомъ или трансудатомъ. Всего кровяная сыворотка изслѣдовалась у 9 больныхъ: одинъ больной (№ 14) съ *insufficiencia v. mitralis* и геморрагическимъ плевритомъ (больной находился въ періодъ сильного растройства компенсации), одинъ больной (№ 23) съ свинцовымъ отравленіемъ и хроническимъ перитонитомъ (2 изслѣдованія кровяной сыворотки: 12/II и 5/III 1905 г.), 5 больныхъ серознымъ плевритомъ (№№ 24, 37, 40, 42, 44), 1 больной съ *cirrhosis hepatis atrophica* (№ 7) и 1 больной артеросклерозомъ съ застойными цирротическими измѣненіями печени (№ 29).

Гемолитическая сила кровяной сыворотки этихъ больныхъ оказалась почти одинаковой и гораздо высшей, чѣмъ гемолитическая сила большинства эксудатовъ и трансудатовъ: именно, кровяная сыворотка семи изъ этихъ больныхъ вполне разрушала въ обычныхъ количественныхъ отношеніяхъ кроличью кровь еще при разбавленіи сыворотки въ 16 разъ физиологическимъ растворомъ хлористаго натра; сыворотка, разбавленная въ 32 раза, разрушала 80% — 120% по шкалѣ Fleischl-Miescher'овскаго аппарата (при разрушеніи всей кроличьей крови, прибавленной въ количествѣ 0,05 к. с. на 5 к. с. жидкости, количество раствореннаго гемоглобина было равно 150% — 160% по шкалѣ аппарата Fleischl-Miescher'a). Только у больного съ недостаточностью двусторонки и геморрагическимъ плевритомъ и у больного съ атрофическимъ циррозомъ печени гемолитическая сила кровяной сыворотки была немного ниже, чѣмъ у другихъ больныхъ.

Сравненіе гемолитическихъ свойствъ кровяной сыворотки

и эксудата или трансудата больныхъ показало, что гемолитическія свойства этихъ, происходящихъ отъ одного больного и полученныхъ одновременно, жидкостей не идутъ параллельно другъ другу и что при обычной гемолитической силѣ кровяной сыворотки гемолитическія свойства эксудата того же больного могутъ быть въ однихъ случаяхъ выражены слабо, въ другихъ сильно.

Кромѣ количества алексинновъ и гемолитическихъ свойствъ по отношенію къ крови кролика, эксудаты и трансудаты такъ же, какъ и кровяная сыворотка, изслѣдовались въ большинствѣ случаевъ и на содержаніе аутолизинновъ и аутолизинновъ, т.-е. на ихъ способность разрушать красные кровяные шарики другихъ людей и самаго больного.

Присутствіе аутолизинновъ въ кровяной сывороткѣ было до сихъ поръ съ достовѣрностью констатировано лишь у больныхъ съ пароксизмальной гемоглобинурией и то лишь при совершенно опредѣленной методикѣ (Kretz, Landsteiner u. Donath, Widal et Rostaine).

О присутствіи аутолизинновъ въ крови двухъ сифилитиковъ сообщаетъ также Pergola; но въ виду отсутствія въ краткомъ предварительномъ сообщеніи Pergola описанія методики его наблюденій, невозможно высказаться опредѣленно о его находкѣ аутолизинновъ въ крови сифилитиковъ.

Разрушеніе собственной крови больного его эксудатомъ было найдено до сихъ поръ только Bard'омъ въ геморрагическихъ эксудатахъ раковаго происхожденія. Аналогичное наблюденіе оубликовалъ лишь Milian, всѣ же остальные авторы, изслѣдовавшие гемолитическія свойства крови и другихъ жидкостей организма, отмѣчаютъ постоянное отсутствіе аутолизинновъ, что даже дало поводъ Ehrlich'у говорить о существованіи въ организмѣ своего рода „horror autotoxicus“.

У наблюдавшихся мною больныхъ аутолизинны были найдены только 1 разъ въ случаѣ № 21, у больного съ туберкулезнымъ перитонитомъ и туберкулезнымъ же двѣстороннымъ плевритомъ. Въ перитонитическомъ эксудатѣ этого больного аутолизинновъ найдено не было, плевритическія же эксудаты растворяли кровь самаго больного въ ко-

личествъ 60% по шкалѣ Fleischl-Miescher'овскаго аппарата при прибавленіи 0,05 к. с. его крови на 5 к. с. эксудата. Къ сожалѣнію проверка этого наблюденія не могла быть сдѣлана за неимѣніемъ для этого эксудата, и хотя въ другихъ случаяхъ проверка всегда подтверждала полученный первоначально результатъ, я ставлю все-таки присутствие аутолизина въ этомъ случаѣ подъ вопросомъ въ виду того, что до сихъ поръ найти аутолизинъ при обычной методикѣ не удавалось въ естественныхъ сывороткахъ, какъ не удавалось получить ихъ и при соответственной иммунизации.

Самостоятельное разрушеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ въ плеврѣтическомъ эксудатѣ было найдено еще въ случаѣ № 17, у большого брюшнымъ тифомъ. Въ этомъ случаѣ, при центрофугированіи геморрагическаго эксудата, прозрачная сыворотка эксудата была рѣзко окрашена гемоглобиномъ. Плеврѣтъ у этого больного существовалъ уже давно, изолизиновъ въ немъ найдено не было и поэтому въ данномъ случаѣ остался невъясненнымъ, были ли въ этомъ эксудатѣ аутолизинъ или же имѣлось некробіотическое разрушеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Изолизинъ былъ, напротивъ, найденъ въ кровяныхъ сывороткахъ многими авторами и могутъ быть получены экспериментально у нѣкоторыхъ животныхъ при соответственной иммунизации. Экспериментально изолизинъ былъ полученъ впервые Ehrlich'омъ и Morgenroth'омъ. Авторы эти впрыскивали козамъ въ брюшную полость большія количества крови другихъ козъ и черезъ нѣкоторое время наблюдали у нѣкоторыхъ иммунизированныхъ этимъ способомъ козъ появленіе въ кровяной сывороткѣ способности разрушать кровяные шарики другихъ козъ. При этомъ оказалося, что разрушительному дѣйствию такой сыворотки подвержены красные кровяные шарики далеко не всѣхъ козъ и что кровяная тѣльца различныхъ козъ разрушаются одной и той же сывороткой въ различной степени, напр., сыворотка одной иммунизированной козы разрушала кровяные шарики козъ *a* и *b*, но не *c* и *d* и т. д. Путемъ такого дифференцированія изолизиновъ и впрыскиванія козамъ различной козей

крови Ehrlich и Morgenroth получили всего 13 различныхъ изолизиновъ.

Изолизинъ у кроликовъ получилъ экспериментально Ascoli, Лондону же вызвать образованіе у кроликовъ изолизиновъ не удалось.

Ehrlich, Morgenroth и Ascoli установили, что изолизинъ такъ же, какъ и гемолизинъ, состоятъ изъ фиксатора и алексина.

Въ кровяныхъ сывороткахъ людей изолизинъ встрѣчается довольно часто. Первые авторы, изслѣдовавшіе эти свойства человѣческой крови, находили изолизинъ сравнительно часто при различныхъ заболѣваніяхъ и рѣдко въ крови здоровыхъ людей.

Ascoli находилъ часто изолизинъ въ крови больныхъ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ, туберкулезомъ, брюшнымъ тифомъ и маляріей. При крупозной пневмоніи Ascoli наблюдалъ также исчезновеніе изолизиновъ изъ крови черезъ нѣсколько недѣль послѣ выздоровленія. Напротивъ, у здоровыхъ людей и у больныхъ другими болѣзнями (chlorosis, anchylostoma duodenale, rheumatismus artic. ac., pleuritis exsudat., bronchitis, nephritis) наблюдалось отсутствіе или лишь слѣды изолизиновъ въ крови.

Schenk въ своей первой работѣ также пришелъ къ заключенію, что изолизинъ такъ же, какъ и изоагглютининъ, встрѣчается значительно чаще въ сывороткахъ перенесшихъ тяжелыя болѣзни людей, въ сывороткахъ же здоровыхъ составляютъ исключеніе.

Lo Monaco и Panichi наблюдали въ нѣсколькихъ случаяхъ маляріи рѣзко выраженныхъ изолитическихъ свойствъ кровяной сыворотки.

Pergola нашелъ изолизинъ въ крови двухъ сифилитиковъ изъ пяти, тогда какъ въ крови здоровыхъ людей онъ изолизиновъ не находилъ.

Позднѣйшіе авторы, однако, почти все отрицаютъ болѣе частое существованіе изолизиновъ въ крови больныхъ, чѣмъ въ крови здоровыхъ. Такъ Bezzola нашелъ изолизинъ только въ трехъ патологическихъ случаяхъ изъ тридцати.

Camus и Pagniez нашли изолизины въ крови шестнадцати изъ тридцати тяжело больныхъ.

Santini e Romani и Eisenberg наблюдали изолизины вообще лишь въ видѣ исключенія.

Landsteiner u. Leiner при изслѣдованіи приблизительно ста здоровыхъ и больныхъ дѣтей и нѣсколькихъ взрослыхъ никакой разницы въ содержаніи изолизиновъ въ крови здоровыхъ и больныхъ не наблюдали.

По наблюдениямъ Ascoli и Landsteiner'a u. Leiner'a кровяная сыворотка, обладающая изолитическими свойствами, относится неодинаково къ краснымъ кровянымъ шарикамъ различныхъ индивидуумовъ: кровь однихъ людей ее не разрушается, кровь другихъ разрушается, но не въ одинаковой для различныхъ кровяныхъ шариковъ степени.

Такимъ образомъ, слѣдуетъ признать, что изолитическія свойства крови не представляютъ собой ничего характернаго для заболѣваній, а являются скорѣе индивидуальными физиологическими особенностями крови различныхъ индивидуумовъ. Въ отношеніи изоагглютининовъ къ тому же выводу пришли Landsteiner, Capogrossi, Ascoli, Decastello u. Sturli, Eisenberg и въ своихъ новѣйшихъ работахъ Lo Monaco и Panichi.

Выше уже приведены наблюденія Halban'a, показавшія, что изолизины, подобно другимъ „Antikörper“, встрѣчаются рѣже и въ меньшемъ количествѣ въ крови новорожденныхъ, чѣмъ въ крови взрослыхъ.

Въ нѣкоторыхъ серозныхъ жидкостяхъ человѣка изолизины были констатированы Pagniez.

Изъ числа изслѣдованныхъ мною на присутствіе изолизиновъ пяти трансудатовъ и двадцатичетырехъ эксудатовъ изолизины были найдены въ четырехъ плевритическихъ эксудатахъ и въ двухъ трансудатахъ брюшной полости. Согласно съ наблюденіями Landsteiner'a u. Leiner'a, и Ascoli оказалось, что трансудаты и эксудаты могутъ разрушать кровь не всѣхъ людей и что кровяные шарки различныхъ людей разрушаются даннымъ эксудатомъ или трансудатомъ въ различной степени.

Какого-либо соотношенія между присутствіемъ изолизи-

новъ въ эксудатахъ или трансудатахъ и какой-либо формой или теченіемъ болѣзни найти не удалось; напротивъ, оказалось, что изолизины могутъ исчезать и появляться въ теченіе болѣзни у одного и того же человѣка. Такъ, въ случаѣ № 11 въ асцитическомъ трансудатѣ большого смѣшаннымъ циррозомъ печени при первомъ изслѣдованіи были найдены изолизины; при вторичномъ изслѣдованіи, произведенномъ черезъ 5 мѣсяцевъ, изолизины въ трансудатѣ отсутствовали. Изолитическія свойства оказывались во всѣхъ случаяхъ во-много разъ слабѣе, чѣмъ гемолитическія свойства того же эксудата или трансудата по отношенію къ краснымъ кровянымъ шарикамъ кролика.

Какъ уже упомянуто, какого-либо соотношенія между гемолитическими свойствами кровяной сыворотки и такими же свойствами эксудата или трансудата найдено не было. Изолитическія свойства кровяной сыворотки и эксудатовъ и трансудатовъ также могутъ быть совершенно различны у одного и того же больного.

Въ этомъ отношеніи произведено всего 7 изслѣдованій одновременно кровяной сыворотки и эксудата или трансудата того же больного. У трехъ больныхъ изолизины отсутствовали какъ въ кровяной сывороткѣ, такъ и въ серозной жидкости. У двухъ больныхъ изолизины были найдены въ кровяной сывороткѣ, въ серозной жидкости же отсутствовали; наконецъ, у двухъ послѣднихъ больныхъ изолизины были найдены и въ кровяной сывороткѣ и въ эксудатѣ, но у одного больного серозная жидкость содержала почти такое же количество изолизиновъ, какъ и кровяная сыворотка, тогда какъ у другого серозная жидкость содержала значительно меньшее количество ихъ, чѣмъ его же кровяная сыворотка.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эксудаты и трансудаты изслѣдовались на присутствіе антигемолизиновъ; послѣдніе были найдены только 1 разъ въ эксудатѣ больного № 8. Полученная послѣ центрофугированія почти прозрачная сыворотка этого гнойнаго эксудата, не обладавшаго самостоятельными гемолитическими свойствами, обладала способностью рѣзко ослаблять гемолитическое дѣйствіе дру-

гого экссудата при прибавлении 1 к. с. ея на 5 к. с. экссудата. Свойство мѣшать гемолизу не исчезло послѣ нагрѣванія этой сыворотки до 56—57° С.

При выработкѣ техники изслѣдованія гемолитическихъ свойствъ экссудатовъ и трансудатовъ были поставлены различные опыты о дѣйствии и составѣ естественныхъ гемолитическихъ, подтвердившіе въ общемъ извѣстные уже законы. Поэтому этихъ опытовъ я передавать не буду, а сообщу лишь одинъ рядъ опытовъ, давшихъ результаты, не воплоти согласные съ мнѣніемъ нѣкоторыхъ авторовъ. Опыты эти были поставлены для выясненія зависимости количества разрушенныхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ отъ различнаго количества ихъ, взятыхъ для реакціи, при постоянномъ количествѣ фиксатора и алексина. Опыты ставились такимъ образомъ, что любой экссудатъ или трансудатъ разбавлялся обычнымъ путемъ въ 2, 4, 8, 16 и 32 раза и, разбавленный такимъ образомъ, разливался въ 2 ряда пробирокъ по 5 к. с. жидкости въ каждой. Въ одинъ рядъ пробирокъ прибавлялось по 1 к. с. 5% эмульсии отмытыхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ кролика, въ другой рядъ пробирокъ прибавлялось по 1 к. с. 15% эмульсии отмытыхъ же красныхъ кровяныхъ шариковъ кролика. Такимъ образомъ, оба ряда пробирокъ отличались только тѣмъ, что въ одномъ изъ нихъ было при одинаковомъ разбавленіи въ 3 раза больше красныхъ кровяныхъ шариковъ, чѣмъ въ другомъ. Результатъ одного опыта представленъ въ слѣдующей табличкѣ:

№ разб.	Экссудатъ разбавленъ въ			
	2 р.	4 р.	8 р.	16 р.

При этомъ растворялось при 5% эмульсии все все все все 40% слѣды.

При этомъ растворялось при 15% эмульсии все все все все 110% 40%

Подобный результатъ зависимости количества разрушенныхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ отъ взятаго для реакціи количества ихъ при прочихъ равныхъ условіяхъ получался во всѣхъ поставленныхъ съ этой цѣлью опытахъ.

Результатъ этихъ опытовъ говоритъ за то, что въ крови красные шарики обладаютъ не всѣ одинаковой стойкостью по отношенію къ гемолитинамъ. Къ тому же выводу о различной стойкости къ гемолитинамъ красныхъ тѣлецъ одной и той же крови пришли и Шкляревичъ и Мioni Гусевъ, державшій мнѣнія, что степень гемолиза при прочихъ равныхъ условіяхъ не зависитъ отъ количества взятыхъ для реакціи красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, представилъ однако въ своей диссертациі табличку, говорящую противъ этого мнѣнія и за различную стойкость красныхъ тѣлецъ одной и той же крови по отношенію къ гемолитическому дѣйствию одной и той же сыворотки.

Въ качествѣ примѣра приведу слѣдующую табличку, взятую изъ диссертациі д-ра Гусева:

Опытъ № 12, стр. 24.

№№	К о л и ч е с т в о .			КАЛ.
	Alexin — сыворотки.	Крови.	Фиксатора.	
1	0,04 с. с.	по 1 сс. 10% эмульсии крови кролика.	по 0,10 сс. сыворотки барана.	1,14
2	0,08 "			1,74
3	0,12 "			2,07
4	0,14 "			2,32
5	0,16 "			2,34
6	0,18 "			2,31
7	0,20 "			2,35

Какъ видно изъ этой таблички, Гусевъ въ этомъ опытѣ употреблять всегда одинаковое, но избыточное количество крови кролика (полнаго растворенія не было*), при одинаковомъ же количествѣ фиксатора (всюду 0,1 ссм. инактивированной сыворотки барана, иммунизированнаго кроличьей

кровью). Согласно мнѣнію д-ра Гусева, что „абсолютное количество кровяных тѣлец не играет никакой роли въ процессѣ гемолиза“ при прочих равныхъ условіяхъ, т.-е. что определенное количество гемолизина растворяетъ всегда лишь определенное количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, независимо отъ различнаго количества послѣднихъ, слѣдовало бы ожидать, что количество раствореннаго гемоглобина (КА) будетъ увеличиваться строго пропорціонально количеству alexin-сыворотки при одинаковыхъ количествахъ фиксатора и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Поэтому слѣдовало ожидать, что если

0,04 ссм. alexin - сыворотки растворяютъ 1,14 гемоглобина
то 0,08 ссм. alexin - сыворотки растворятъ вдвое больше,
т.-е. 2,28 гемоглобина,
а 0,12 ссм. alexin - сыворотки растворятъ 3,42 гемоглобина.

Между тѣмъ, въ опытѣ Гусева разрушеніе гемоглобина было при 0,08 и 0,12 ссм. alexin - сыворотки значительно меньше, чѣмъ бы слѣдовало по теоретическому расчету. Объяснить этотъ фактъ возможно только, если признать, что кровяныя тѣльца известной крови обладаютъ неодинаковой стойкостью по отношенію къ одному и тому же количеству гемолизина; съ этой точки зрѣнія будетъ понятно, что первые 0,04 ссм. alexin - сыворотки растворили сравнительно много малостойкихъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, а 0,08 и 0,12 ссм. alexin - сыворотки разрушили сравнительно мало крови очевидно вследствие того, что на разрушеніе болѣе стойкихъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ израсходовалось больше гемолизина, чѣмъ на разрушеніе мало стойкихъ. Другія таблицы д-ра Гусева аналогичны здѣсь приведенной таблицѣ № 12

Такимъ образомъ, слѣдуетъ признать, что въ крови красные кровяные шарики обладаютъ неодинаковой стойкостью по отношенію къ гемолизину, подобно тому какъ красные шарики одной и той же крови обладаютъ неодинаковой стойкостью къ осмотическимъ и другимъ влияніямъ.

Въ виду неодинаковой стойкости кровяныхъ тѣлецъ одной и той же крови можно было бы думать, что кровяныя

тѣльца различныхъ индивидуумовъ одного и того же животного вида обладаютъ также различной стойкостью по отношенію къ одной и той же сывороткѣ, и что въ различныхъ наблюденіяхъ степень гемолиза зависитъ не только отъ различной гемолитической силы сыворотокъ, но также и отъ неодинаковой стойкости кровяныхъ тѣлецъ различныхъ животныхъ.

Исслѣдованія m-lle Stern (на животныхъ) и Шкляревича (на людяхъ) показали однако, что у здоровыхъ животныхъ одного вида кровяныя тѣльца обладаютъ приблизительно одинаковой стойкостью по отношенію къ гемолитическимъ влияніямъ.

Изъ приведенныхъ исслѣдованій очевидно, что ни гемолитическія и изолитическія свойства, ни количество алексиновъ въ экссудатахъ и трансудатахъ не представляютъ собой ничего характернаго ни для какого заболѣванія и не могутъ служить ни для діагностики, ни для прогноза. Съ известнымъ постоянствомъ наблюдалось лишь превышеніе количества алексиновъ надъ количествомъ фиксатора въ плевритическихъ экссудатахъ и отсутствіе или слабая степень гемолитическихъ свойствъ въ гнойныхъ экссудатахъ.

Кромѣ того всѣми авторами констатировано отсутствіе гемолитическихъ свойствъ въ спинномозговой жидкости и отсутствіе или слабая степень гемолитическихъ свойствъ въ отечной жидкости.

Изъ изложенныхъ клиническихъ исслѣдованій (таблица № 1) очевидно, что гемолитическія свойства экссудатовъ и трансудатовъ, вопреки мнѣнію Strauss'a и Wolf'a, не зависятъ отъ количества содержащагося въ серозной жидкости бѣлка. Въ качествѣ рѣзкаго примѣра независимости гемолитическихъ свойствъ отъ количества бѣлка можно привести больныхъ №№ 45 и 46, серозная жидкость которыхъ обладали одинаковыми и сильнѣйшими изъ встрѣчавшихся мнѣ жидкостей гемолитическими свойствами: трансудатъ изъ брюшной полости больного № 45 содержалъ 17‰ бѣлка, тогда какъ плевритической серозный экссудатъ больного № 46 содержалъ бѣлка 50‰, и несмотря на это

низма. Въ виду существованія алексиновъ въ подобныхъ трансудатахъ слѣдуетъ, напротивъ, признать болѣе вѣроятнымъ, что часть алексиновъ уже растворена въ плазмѣ крови и въ нѣкоторыхъ другихъ жидкостяхъ организма. Если алексины растворены уже въ плазмѣ живой крови или же часть ихъ выдѣляется изъ лейкоцитовъ въ вышущенной изъ организма крови, выясненію этого вопроса клиническія наблюденія, конечно, помочь не могутъ.

ГЛАВА V.

Количество бѣлка, удѣльный вѣсъ и содержаніе нуклеоальбумина въ эксудатахъ и трансудатахъ.

Въ виду общезвѣстности результатовъ изслѣдованій количества бѣлка и удѣльнаго вѣса серозныхъ жидкостей я лишь вкратцѣ изложу эти изслѣдованія.

Уже Reuss и Runeberg предлагали пользоваться опредѣленіемъ количества бѣлка въ серозныхъ жидкостяхъ для отличія трансудатовъ отъ эксудатовъ и для сужденія о характерѣ и теченіи болѣзни. По изслѣдованіямъ этихъ авторовъ удѣльный вѣсъ и количество бѣлка въ серозныхъ жидкостяхъ строго соответствуютъ другъ другу; поэтому авторы эти составили эмпирическія таблицы соответствующихъ другъ другу удѣльнаго вѣса и количества бѣлка серозныхъ жидкостей для того, чтобы можно было безъ сложнаго и отнимающаго много времени опредѣленія количества бѣлка судить о количествѣ его по удѣльному вѣсу серозныхъ жидкостей. Изслѣдованія другихъ авторовъ (F. Hoffmann, Citron, Neuenkirchen, Lunin, Bernheim, Ott, Sansoni e Fornasa) подтвердили, что въ общемъ наблюдается извѣстный параллелизмъ между количествомъ бѣлка и удѣльнымъ вѣсомъ серозныхъ жидкостей въ томъ смыслѣ, что при высшемъ удѣльномъ вѣсѣ наблюдается большей частью и большее количество бѣлка; однако, авторы эти указываютъ, что соответствіе этихъ двухъ свойствъ серозныхъ жидкостей далеко не всегда настолько полно, чтобы можно было по удѣльному вѣсу достаточно точно опредѣлять количество бѣлка, какъ то предлагаютъ Reuss и Runeberg. Такъ, Citron'у, Neuenkirchen'у и другимъ перѣдко

встрѣчались случаи, гдѣ при одинаковомъ удѣльномъ вѣсѣ количество бѣлка въ жидкостяхъ было различнымъ и, наоборотъ, при довольно большой разницѣ удѣльнаго вѣса жидкостей количество бѣлка было одно и тоже.

Также оказалось невозможнымъ точно установить въ отношеніи количества бѣлка и удѣльнаго вѣса границу между экссудатами и трансудатами отчасти вѣдѣствие существованія переходныхъ и смѣшанныхъ формъ серьезныхъ жидкостей.

По наблюденіямъ Reuss'a, Runeberg'a, отчасти Ott'a и Sansoni e Fornasa трансудаты изъ различныхъ полостей тѣла содержатъ въ среднемъ различное количество бѣлка: всего больше бѣлка содержатъ плевральные трансудаты, затѣмъ въ нисходящемъ порядкѣ въ отношеніи бѣлка идутъ трансудаты брюшной полости, подкожной клѣтчатки и мозговой полости.

Содержаніе бѣлка въ экссудатахъ, повидному, не зависитъ отъ мѣста образованія экссудата, а находится, повидному, въ связи съ интенсивностью воспалительнаго процесса и съ состояніемъ питанія больного.

Для отличія чистыхъ экссудатовъ отъ чистыхъ трансудатовъ Reussъ далъ для различныхъ полостей тѣла таблицы минимальныхъ чиселъ удѣльнаго вѣса и количества бѣлка для чистыхъ экссудатовъ и максимальныхъ чиселъ для чистыхъ трансудатовъ.

Также и Runebergъ пытался установить для асцитическихъ жидкостей максимальныя для различныхъ забѣлываній числа удѣльнаго вѣса и количества бѣлка.

По его наблюденіямъ воспалительные экссудаты содержатъ отъ 4—6% бѣлка, застойные трансудаты отъ 1—3%, и гидремические 0,1—0,3% и рѣдко больше 0,5%.

Однако, подобная граница для отличія чистыхъ экссудатовъ отъ чистыхъ же трансудатовъ оказалась не абсолютной и въ литературѣ описано уже довольно много наблюденій, составляющихъ исключенія изъ этого даннаго Reuss'омъ и Runeberg'омъ правила. Поэтому въ настоящее время почти всѣ авторы держатся того мнѣнія, что количество бѣлка и удѣльный вѣсъ серьезныхъ жидкостей имѣютъ

значеніе для отличія экссудатовъ отъ трансудатовъ лишь въ связи со всѣми другими симптомами, причемъ необходимо имѣть въ виду также состояніе питанія больного, состояніе кровообращенія и давность существованія экссудата или трансудата. По наблюденіямъ Reuss'a, Hoffmann'a и въ особенности Runeberg'a развивающіеся у кахектическихъ больныхъ воспалительные экссудаты содержатъ въ среднемъ значительно меньшее количество бѣлка и обладаютъ болѣе низкимъ удѣльнымъ вѣсомъ, чѣмъ экссудаты, развивающіеся у неистощенныхъ, въ остальномъ здоровыхъ людей. Также и по Wachsmuth'y, v. Jaksch'y и Lehmann'у гидремическое состояніе крови вліяетъ на содержаніе количества бѣлка въ серьезныхъ жидкостяхъ.

По Lehmann'у кромѣ того количество бѣлка въ трансудатахъ увеличивается, если жидкости эти застаиваются въ серьезныхъ полостяхъ и долго не всасываются или не удаляются искусственно. Runebergъ кромѣ этихъ двухъ факторовъ придаетъ еще значеніе повышенію давленія въ содержащей жидкости серозной полости, при каковомъ авторъ этотъ наблюдалъ увеличеніе количества бѣлка.

Въ теченіе болѣзни количество бѣлка у одного и того же человѣка и въ одной и той же жидкости также можетъ значительно колебаться.

Результаты приведенныхъ изслѣдованій можно поэтому фермулировать такимъ образомъ, что большія числа удѣльнаго вѣса и количества бѣлка присущи въ громадномъ большинствѣ случаевъ экссудатамъ, меньшія цифры трансудатамъ, и что для диагностики и отличія экссудатовъ отъ трансудатовъ необходимо принимать во вниманіе общее состояніе больного и другія свойства серьезныхъ жидкостей.

При соблюденіи этихъ условій опредѣленіе удѣльнаго вѣса и количества бѣлка, не имѣя абсолютнаго значенія, является очень важнымъ подспорьемъ для отличія экссудатовъ отъ трансудатовъ.

Опредѣленіе количества бѣлка въ экссудатахъ и трансудатахъ производится точнѣе всего вѣсовымъ способомъ или вычисленіемъ по количеству азота; но эти способы, въ особенности первый, для клиническихъ цѣлей мало при-

годы вследствие своей продолжительности. Очень удобно и точно, повидимому, определение количества бѣлка посредством рефрактометра, но распространение этого способа определения бѣлка задерживается высокой цѣной этого инструмента (Strauss, Reiss). Для клиническихъ цѣлей достаточно точнымъ является определение количества бѣлка в экскудатахъ и трансудатахъ съ помощью альбуминметра Essbach'a, въ особенности въ виду того, что установить для различныхъ заболѣваний или даже для отличія экскудатовъ и трансудатовъ точныя границы оказалось невозможнымъ и поэтому количество бѣлка не имѣетъ абсолютнаго значенія. Runeberg предлагаетъ определять количество бѣлка въ серозныхъ жидкостяхъ прибавленіемъ къ нимъ концентрированной азотной кислоты; при этомъ въ экскудатахъ образуются по Runeberg'у плотныя, тяжелыя хлопья, падающія на дно; въ застойныхъ трансудатахъ болѣе рыхлыя хлопья, сравнительно медленно падающія на дно пробирки; въ гидремическихъ трансудатахъ образуется лишь болѣе или менѣе сильная муть.

Для отличія по этому способу смѣшанныхъ формъ серозныхъ жидкостей нуженъ, по Runeberg'у, извѣстный навѣсъ.

Для отличія экскудатовъ и трансудатовъ Rivalta и Runeberg предложили пользоваться определеніемъ нуклеоальбумина; особенно важное значеніе имѣетъ эта реакція въ тѣхъ сравнительно рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ трансудаты обладаютъ высокимъ удѣльнымъ вѣсомъ и содержатъ большое количество бѣлка. Именно экскудаты содержать, по наблюденіямъ Paykull'a, Runeberg'a и Rivalta, какое-то бѣлковое вещество, выпадающее изъ раствора и дающее болѣе или менѣе сильную муть при прибавленіи на холоду уксусной кислоты. Въ трансудатахъ при прибавленіи уксусной кислоты муть не получается или же муть образуется въ очень незначительной степени. Moritz, Sahli, Umber и Staehelin подтверждаютъ наблюденія Runeberg'a и Rivalta о диагностическомъ значеніи этого вещества для отличія экскудатовъ отъ трансудатовъ, и нѣкоторые изъ этихъ авторовъ считаютъ определеніе нуклеоальбумина для этой цѣли даже болѣе важнымъ, чѣмъ определеніе удѣльнаго вѣса и

количества бѣлка. Paykull, Runeberg и Rivalta считаютъ это, выпадающее на холоду отъ прибавленія уксусной кислоты, вещество нуклеоальбуминомъ. Umber считаетъ это вещество ближе стоящимъ къ муцинамъ и предлагаетъ называть его „serosamucin“. По Staehelin'у вещество это стоитъ ближе къ глобулинамъ. Природа этого вещества, такимъ образомъ, точно еще не установлена.

Мукоидныя вещества въ трансудатахъ находятъ кромѣ того Hammarsten послѣ извѣстной обработки ихъ, въ свѣжихъ же трансудатахъ прибавленіе уксусной кислоты мутит или осадка не давало. По мнѣнію Hammarsten'a, получающіяся въ трансудатахъ послѣ извѣстной обработки мукоидныя вещества представляютъ собой вѣроятно продуктъ расщепленія какого-то бѣлковаго тѣла, существующаго въ трансудатахъ, а не существующаго въ нихъ въ готовомъ видѣ.

Методику определенія этого выпадающаго отъ прибавленія уксусной кислоты вещества авторы указываютъ не вполне одинаковую. Runeberg просто прибавляетъ по каплямъ крѣпкую уксусную кислоту къ изслѣдуемой серозной жидкости. Sahli производитъ эту реакцію такимъ образомъ, что въ сильно разведенный растворъ уксусной кислоты (2 капли ac. acet. glac. на 200 к. с. H₂O) опускаетъ каплю изслѣдуемой жидкости и по отсутствію или появленію болѣе или менѣе сильной мутит судитъ о содержаніи въ жидкости нуклеоальбумина. Umber предварительно разводитъ изслѣдуемую жидкость пополамъ водой и затѣмъ уже прибавляетъ по каплямъ уксусную кислоту; при этомъ, по Umber'у, муть получается болѣе ясной, чѣмъ въ неразбавленномъ экскудатѣ.

Въ моихъ наблюденіяхъ количество бѣлка определялось: 1) по Runeberg'у, прибавленіемъ по каплямъ концентрированной азотной кислоты всегда къ 5 к. с. прозрачнаго неразбавленнаго экс- или трансудата и 2) съ помощью альбуминметра Essbach'a по разбавленіи прозрачной серозной жидкости въ 10 разъ дистиллированной водой. Определеніе нуклеоальбумина производилось, какъ рекомендуетъ Runeberg, прибавленіемъ по каплямъ крѣпкой уксусной кислоты.

Относительно определения количества бѣлка по Rube-bergу слѣдуетъ сказать, что способъ этотъ слишкомъ субъективенъ и уже по этой причинѣ не можетъ быть достаточно точнымъ. Очень часто, даже въ концѣ моей работы, когда мною былъ уже приобретенъ известный навыкъ, оставалась неуверенность относительно правильности сужденія о количествѣ бѣлка по этому способу. Значительно болѣе точнымъ является, по моимъ наблюденіямъ, определение количества бѣлка по Эсбаху при соблюденіи извѣстныхъ условий (напр., при разбавленіи экс- или трансудатовъ въ извѣстное, всегда одно и тоже число разъ). Пригодность для клиническихъ цѣлей определѣнія бѣлка въ экс- и трансудатахъ по Эсбаху доказывается также тѣмъ, что результаты моихъ наблюденій вполне согласуются съ выводами другихъ авторовъ. Определѣние удѣльнаго вѣса производилось уrometerомъ, что для клиническихъ цѣлей считается достаточно точнымъ. Въ виду общезвѣстности факторовъ относительно удѣльнаго вѣса и количества бѣлка въ эксудатахъ и трансудатахъ, я наложу результаты моихъ наблюденій въ этомъ отношеніи очень коротко.

Какъ видно изъ таблицы № 1 границы между эксудатами и трансудатами въ отношеніи удѣльнаго вѣса и количества бѣлка провести нельзя, хотя въ громадномъ большинствѣ случаевъ эксудаты, конечно, обладаютъ высшимъ удѣльнымъ вѣсомъ и большимъ количествомъ бѣлка, чѣмъ трансудаты (см. большихъ №№ 23, 32, 35, 45). Согласно съ мнѣніемъ другихъ авторовъ и въ моихъ наблюденіяхъ встрѣчались случаи несоответствія удѣльнаго вѣса и количества бѣлка въ серозныхъ жидкостяхъ (больные №№ 9, 17, 19, 30, 45 и №№ 11, 19, 21, 23, 35).

Въ отношеніи нуклеоальбумина слѣдуетъ сказать, что въ моихъ наблюденіяхъ онъ наблюдался во всѣхъ эксудатахъ и постоянно отсутствовалъ въ трансудатахъ. Количества бѣлка и нуклеоальбумина шли не всегда пропорціонально другъ другу.

ГЛАВА VI.

Криоскопія эксудатовъ и трансудатовъ человѣка.

Изложенію свѣдѣній объ осмотическомъ напряженіи эксудатовъ и трансудатовъ необходимо предпослать краткій обзоръ клиническихъ наблюденій объ осмотическомъ напряженіи крови. Изслѣдованій о криоскопіи различныхъ выдѣленій человѣка касаться не буду, какъ не имѣющихъ отношенія къ моей темѣ.

Изслѣдованіями многихъ авторовъ (v. Korányi, Winter Kümmel и другіе) установлено, что точка замерзанія крови человѣка въ нормѣ равна—0,55 до —0,57° C. Hamburger и Schoute считаютъ—0,56 до —0,58° C. нормой точки замерзанія крови, взятой при извѣстныхъ, строго опредѣленныхъ условіяхъ (дѣта ¹⁾, покоя, время полученія крови).

Senator также указываетъ на то, что для полученія правильныхъ результатовъ отъ криоскопіи крови необходимъ извѣстный режимъ больныхъ передъ изслѣдованіемъ. Несоблюденіемъ этихъ условій Hamburger и объясняетъ отчасти противорѣчивые результаты клиническихъ наблюденій различныхъ авторовъ.

По наблюденіямъ v. Korányi, Kümmel'я, Senator'a, Landau и другихъ, при нефритахъ большей частью наблюдается пониженіе, иногда значительное, точки замерзанія крови. Landouzy и Bernard находили пониженіе точки замерзанія крови значительно въ интерстиціальнхъ нефритахъ; при паренхиматознхъ нефритахъ точка замерзанія крови была

¹⁾ Вліяніе пищи на осмотическое напряженіе крови изслѣдовалъ v. Korányi, Schoute и Nagelschmidt.

нормальна или лишь незначительно понижена. Strauss при нефритах вообще рѣдко находилъ пониженіе точки замерзанія крови и почти исключительно при интерстиціальной формѣ. Мнѣнія различныхъ авторовъ объ осмотическомъ напряженіи крови при уреміи также расходятся (Senator, v. Korányi, Lindemann, Landouzy и Bernard).

Важное практическое значеніе приобрѣло опредѣленіе осмотического напряженія крови при хирургическихъ заблѣваніяхъ почекъ для рѣшенія вопроса о возможности удаленія пораженной почки; именно, многочисленными изслѣдованіями (v. Korányi, Richter u. Roth, Kummel, Lindemann, Bernard и другіе) установлено, что при пораженіяхъ одной почки осмотическое напряженіе крови не повышается вслѣдствіе викарірующей работы здоровой почки, тогда какъ при пораженіи обоихъ почекъ осмотическое напряженіе крови повышается. Правило это имѣетъ въ хирургіи почекъ важное, хотя и не абсолютное значеніе, вслѣдствіе существованія исключеній изъ этого правила, довольно рѣдкихъ, впрочемъ, насколько можно судить по опубликованнымъ въ послѣдніе годы случаямъ.

Пониженіе точки замерзанія крови было найдено при расстройствахъ кровообращенія и болѣзняхъ легкихъ въ случаяхъ недостаточнаго дыханія (Korányi) и при сахарномъ диабетѣ (Bernard, Bousquet, Senator).

При анеміяхъ и лихорадочныхъ заблѣваніяхъ точка замерзанія крови была найдена въ общемъ немного выше нормы, если только не было осложненій, повышающихъ осмотическое напряженіе крови (v. Korányi).

Осмотическое напряженіе эксудатовъ и трансудатовъ изслѣдовалось уже многими авторами (Kétly u. Torday; Strauss u. Wolf; Rzentkowsky; Bernard; Strauss; Ferranini; Baylac; Juillard; Winter; Achard, Loeper et Laubry; Tauszk; Castaigne; Lesné et Ravaut; Achard et Loeper; Bodou; Zangemeister; Rothschild).

Почти всѣ названные авторы пришли къ выводу, что осмотическое напряженіе трансудатовъ и эксудатовъ не представляетъ собой ничего характернаго ни для какого заблѣванія и не можетъ служить ни для діагностики, ни для

сужденія о теченіи болѣзни. У различныхъ авторовъ такъ же, какъ и въ различныхъ наблюденіяхъ какого-либо автора точка замерзанія эксудатовъ и трансудатовъ колебалась въ большихъ предѣлахъ. Такъ, въ наблюденіяхъ различныхъ авторовъ точка замерзанія отечной жидкости при нефритахъ колебалась между—0,52 (Rzentkowsky) и—0,59 (Strauss). Точка замерзанія асцитическихъ жидкостей при нефритахъ колебалась между—0,53 (Strauss) и—0,64 (Rzentkowsky); точка замерзанія асцитическихъ жидкостей при атрофическомъ циррозѣ печени была между—0,55 и—0,75 (Ferranini); точка замерзанія асцитическихъ жидкостей при туберкулезѣ брюшины была между—0,52 (Rzentkowsky) и—0,62 (Bernard); точка замерзанія туберкулезныхъ плевритическихъ эксудатовъ была между—0,40 и—0,75 (Kétly и Torday); точка замерзанія гнойныхъ плевритическихъ эксудатовъ была между—0,68 (Zangemeister) и—0,90 (Rzentkowsky).

Точка замерзанія гноя (безъ различія его происхожденія) колебалась между—0,539 (Zangemeister, густой гной изъ затечнаго гнойника при спондилитѣ) и—0,90 (Rzentkowsky, гнойный плевритическій эксудат); въ среднемъ—0,70.

Точка замерзанія жидкостей hydrocele колебалась между—0,52 и—0,59 независимо отъ вида hydrocele; въ среднемъ точка замерзанія была равна—0,533 (Juillard).

Точка замерзанія эксудатовъ гризевого мѣшка при ущемленныхъ грыжахъ колебалась между—0,52 и—0,58 (Juillard).

Точка замерзанія различныхъ эксудатовъ суставныхъ полостей колебалась независимо отъ природы заблѣванія между—0,46 (Achard et Loeper) и—0,56 (Juillard); въ среднемъ была равна—0,508.

Также опубликовано довольно много наблюденій, гдѣ осмотическое напряженіе какой-нибудь жидкости значительно колебалось въ теченіе болѣзни безъ того, однако, чтобы можно было установить связь между теченіемъ болѣзни и измѣненіемъ точки замерзанія серозной жидкости. Такъ напр., Ferranini нашелъ у одного больного атрофическимъ циррозомъ печени точку замерзанія его асцитическаго

ческого трансудата равной—0,68; через мѣсяць, въ теченіе котораго состояніе больного замѣтнымъ образомъ не измѣнилось, точка замерзанія асцитической жидкости была равна—0,55.

Изъ приведенныхъ изслѣдованій очевидно, что осмотическое напряженіе серозныхъ жидкостей человѣка настолько непостоянно, что опредѣленіе его въ настоящее время не можетъ служить ни для діагностики, ни для сужденія о теченіи болѣзни. Попытки примѣнить для этихъ цѣлей опредѣленіе осмотического напряженія серозныхъ жидкостей были сдѣланы Castaigne'емъ, Rothschild'омъ и Kétyly u. Torday.

Castaigne изслѣдовалъ на 12 больныхъ осмотическое напряженіе крови и серозныхъ плевритическихъ эксудатовъ; разница между ними была очень незначительна. Тѣмъ же больнымъ Castaigne вырскивалъ подъ кожу растворъ метиленовой синьки и черезъ извѣстное время изслѣдовалъ, содержитъ ли плевритическій эксудатъ большого метиленовую синьку; при этомъ онъ наблюдалъ, что метиленовая синька проникала въ плевритическій эксудатъ только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ точка замерзанія эксудата была выше (plus élevée) точки замерзанія кровяной сыворотки больного. Castaigne поставилъ эти наблюденія въ связь съ периодомъ болѣзни. По его мнѣнію точка замерзанія эксудата отличается отъ точки замерзанія крови, и метиленовая синька проникаетъ въ плевральную полость лишь въ то время, пока плевра подъ вліяніемъ воспаления выдѣляетъ плевритическій эксудатъ. По прекращеніи воспаленія токъ жидкости, направленный въ плевральную полость, прекращается, прекращается прониканіе метиленовой синьки въ плевральную полость, и осмотическое напряженіе эксудата, согласно съ изслѣдованіями Hamburger'a, сравнивается съ осмотическимъ напряженіемъ крови. На основаніи приведенныхъ изслѣдованій Castaigne считалъ поэтому возможнымъ, по сравненію осмотического напряженія эксудата и крови и по прониканію метиленовой синьки въ плевральную жидкость, судить о томъ, существуетъ ли или уже прекратилось воспаленіе

плевры. Эти наблюденія Castaigne'я, однако, не подтвердились. Lesné et Ravaut получили при провѣркѣ этого способа противорѣчивые результаты и пришли къ выводу, что способъ этотъ непригоденъ для опредѣленія периода воспалительнаго процесса въ плеврѣ.

Rothschild и Kétyly u. Torday предлагаютъ судить по сравненію осмотического напряженія крови и плевритического эксудата о возможности скорого всасыванія эксудата. По ихъ наблюденіямъ можно ожидать скорого всасыванія серозныхъ жидкостей въ тѣхъ случаяхъ, когда осмотическое напряженіе серозной жидкости равно или меньше осмотического напряженія крови; въ тѣхъ же случаяхъ, когда осмотическое напряженіе серозныхъ жидкостей больше, чѣмъ въ крови, всасыванія серозныхъ жидкостей не происходитъ, и послѣ пункціи онѣ, напротивъ, снова накопляются. Для объясненія этихъ наблюденій авторы эти ссылаются на опыты Hamburger'a и Starling'a, изслѣдовавшихъ всасываніе серозными оболочками кровяной сыворотки и гипер- и гипотоническихъ растворовъ соли.

При введеніи въ плевральную полость гипертоническихъ растворовъ поваренной соли Starling наблюдалъ, что всасыванія этихъ растворовъ сначала не происходитъ, и что объемъ жидкости сначала даже увеличивается вслѣдствіе отнятія гипертоническимъ солевымъ растворомъ отъ окружающихъ тканей воды и вслѣдствіе стремленія этого раствора сравняться въ отношеніи осмотического напряженія съ кровью животнаго. Когда осмотическое напряженіе раствора соли становилось равнымъ осмотическому напряженію крови, то начиналось всасываніе. Въ наблюденіяхъ Hamburger'a нѣрѣдко этого увеличенія количества жидкости при введеніи гипертоническихъ растворовъ не наблюдалось, и всасываніе ихъ происходило отчасти уже до приобрьтенія растворомъ равнаго съ кровью осмотического напряженія. Гипо- и изотоническіе растворы въ наблюденіяхъ Hamburger'a и Starling'a всасывались быстрѣе гипертоническихъ, причемъ увеличенія количества жидкости не наблюдалось, и гипотоническіе растворы, конечно, приобрьтали равное съ кровью осмотическое напряженіе.

Всасывание растворов бѣлка и кровяной сыворотки происходит, по Hamburger'у, по тѣмъ же законамъ, какъ и всасывание солевыхъ растворовъ; разница заключается лишь въ томъ, что растворы бѣлка всасываются значительно медленнѣе солевыхъ растворовъ.

По аналогіи съ этими, описанными Hamburger'омъ и Starling'омъ явлениями, Rothschild, Kétly и Torday считаютъ, что при отсутствіи явлений воспаления плевры всасывание плевритическихъ экссудатовъ вообще происходитъ и возможно лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда осмотическое напряжение экссудата меньше или равно осмотическому напряженію крови. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда осмотическое напряжение въ экссудатѣ больше, чѣмъ въ крови, по Rothschild'у, обязательно происходитъ согласно съ опытами Starling'a накопленіе вновь экссудата послѣ пункции до тѣхъ поръ, пока осмотическое напряженіе крови и экссудата не сравняется.

Kétly и Torday полагаютъ, что по сравненію осмотическаго напряженія крови и серозной жидкости можно судить о вѣроятности всасыванія вообще серозныхъ жидкостей (трансудатовъ и экссудатовъ) лишь у тѣхъ больныхъ, у которыхъ нѣтъ пораженія почекъ, механическихъ препятствій для всасыванія и нѣтъ явленій, указывающихъ на продолжающееся воспаленіе серозной оболочки.

При своихъ изслѣдованіяхъ Rothschild и Kétly и Torday принимаютъ согласно съ другими авторами точку замерзанія крови равной $-0,56^{\circ}\text{C}$. въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ пораженій почекъ; определеніе точки замерзанія крови авторы эти производили лишь въ меньшинствѣ своихъ наблюденій. Повторныхъ изслѣдованій въ періодъ накопленія и всасыванія серозныхъ жидкостей авторы эти почти не производили и поэтому наблюденія ихъ слѣдуетъ признать мало доказательными.

Осмотическое напряженіе нормальной спинно-мозговой жидкости у животныхъ (Zanier) и людей (Widal, Sicard, et Ravaut) больше осмотическаго напряженія крови. Въ наблюденіяхъ Widal'я точка замерзанія спинно-мозговой жидкости колебалась между $-0,60^{\circ}$ и $-0,65^{\circ}$; въ 1 случаѣ (Hydrocephalus)

было $-0,56^{\circ}$; 1 разъ (порокъ сердца съ общими отеками) $-0,57^{\circ}$; 1 разъ (Paraplegia) $-0,59^{\circ}$; низшая цифра была $-0,75^{\circ}$.

При туберкулезномъ менингитѣ авторы эти нашли осмотическое напряженіе значительно уменьшеннымъ, большей частью точка замерзанія спинно-мозговой жидкости была между $-0,48^{\circ}$ и $-0,55^{\circ}$.

Уменьшеніе осмотическаго напряженія при менингитахъ находили также Fuchs и Rosenthal.

Напротивъ, Achard, Loeper и Laubry находили большія колебанія осмотическаго напряженія спинно-мозговой жидкости и также не могли подтвердить наблюденій Widal'я, Sicard'a и Ravaut объ уменьшеніи осмотическаго напряженія спинно-мозговой жидкости при туберкулезныхъ менингитахъ. Въ нормѣ точка замерзанія спинно-мозговой жидкости въ наблюденіяхъ Achard'a, Loeper'a и Laubry была большей частью между $-0,50^{\circ}$ и $-0,56^{\circ}$.

Согласно съ наблюденіями большинства авторовъ, въ особенности Bernard'a, Achard'a и Loeper'a, Juillard'a, Rzentkowsk'аго, Ferranini, точка замерзанія изслѣдованныхъ мною серозныхъ жидкостей была при различныхъ заболѣваніяхъ очень непостоянна, и между колебаніями ея и теченіемъ болѣзни безъявно было установити никакого отношенія.

При такъ называемыхъ первичныхъ или идиопатическихъ серозныхъ плевритахъ точка замерзанія экссудатовъ колебалась между $-0,525^{\circ}$ и $-0,60^{\circ}$; въ среднемъ было $-0,554^{\circ}$. Точка замерзанія вторичныхъ плевритическихъ экссудатовъ была между $-0,525^{\circ}$ и $-0,58^{\circ}$; въ среднемъ $-0,546^{\circ}$. Точка замерзанія экссудатовъ при карциноматозномъ пораженіи серозныхъ оболочекъ колебалась между $-0,54^{\circ}$ и $-0,58^{\circ}$; въ среднемъ было $-0,562^{\circ}$. Точка замерзанія нетуберкулезныхъ плевритическихъ экссудатовъ (насколько можно было судить по клиническимъ признакамъ, теченію болѣзни, цитодіагностикѣ) колебалась между $-0,51^{\circ}$ (геморрагической плевритической экссудатъ при Pleotyphus, больной № 17, таблица I) и $-0,57^{\circ}$ (больной № 14), въ среднемъ $-0,549^{\circ}$. Точка замерзанія трансудатовъ брюшной полости при циррозахъ печени колебалась между $-0,51^{\circ}$ и $-0,57^{\circ}$, въ среднемъ $-0,546^{\circ}$. Точка замерзанія трансудатовъ брюшной полости при общихъ раз-

стройствах кровообращения была равна $-0,55^{\circ}$ (больной № 29), $-0,54^{\circ}$ (больной № 32) и $-0,55^{\circ}$ (больной № 45). Точка замерзания гнойных экссудатов была равна $-0,59$ (больной № 2) и $-0,58^{\circ}$ (больной № 12). Точка замерзания экссудатов брюшной полости при туберкулезе peritonei была $-0,57^{\circ}$ (больной № 21), $-0,54^{\circ}$ (больная № 31) и $-0,56^{\circ}$ (больная № 34). Точка замерзания жидкостей hydrocele была $-0,57^{\circ}$ (больные №№ 6 и 9).

В исследованных мною случаях осмотическое напряжение серозных жидкостей больных не всегда было постоянно в течение болезни, а часто колебалось в смысле уменьшения или увеличения, причем никакой правильности и никакого соотношения изменений осмотического напряжения с течением болезни установить не удалось. Напр., у больной № 5 с cirrhosis hepatis atroph. точка замерзания асцитической жидкости $4/iv$ была равна $-0,55^{\circ}$; через месяц $7/vi$ $-0,51^{\circ}$; замѣтнаго ухудшения в состоянии этой больной за этот месяц не произошло. У больной № 11 с cirrhosis hepatis mixta точка замерзания асцитической жидкости была $20/x$ 1904 г. равна $-0,54^{\circ}$; $9/ii$ 1905 г., $-0,55^{\circ}$ и $22/ii$ 1905 г. $-0,56^{\circ}$; причем слѣдует отмѣтить, что с $20/x$ по $9/ii$ состояние больного замѣтно ухудшилось и истощение увеличилось. Также и у больных №№ 19, 21, 23, 37, 42 точка замерзания серозных жидкостей колебалась без видимых причин. У больного № 21 осмотическое напряжение серозных жидкостей из различных полостей тѣла было неодинаково, $25/iv$ 1904 г. точка замерзания плевритического экссудата была $-0,54^{\circ}$, а точка замерзания перитонитического экссудата была $1/v$ 1904 г. равна $-0,57^{\circ}$.

Из приведенных исследований видно, что осмотическое напряжение серозных жидкостей не представляет собой ничего характернаго для различных заболеваний и въ громадномъ большинствѣ случаевъ лишь незначительно отличается отъ осмотического напряжения крови. Только осмотическое напряжение гнойных жидкостей оказывается почти всегда значительно больше, чѣмъ осмотическое напряжение крови. Zangemeister сопоставляетъ это

увеличение осмотического напряжения въ гнойныхъ экссудатахъ съ наблюдающимся подъ влияниемъ жизнедеятельности многихъ бактерий повышениемъ молекулярной концентрации въ питательныхъ средахъ и объясняетъ повышение молекулярной концентрации въ гнойныхъ жидкостяхъ увеличениемъ количества молекулъ въ жидкости вслѣдствие распавшія бѣлка подъ влияниемъ бактерий.

Относительно возможности предсказания скорого всасыванія плевритическихъ экссудатовъ слѣдуетъ сказать, что приведенныя наблюденія даютъ слишкомъ мало данныхъ для того, чтобы можно было придти къ какому-либо заключенію объ этомъ вслѣдствие небольшого числа повторныхъ исследований плевритическихъ экссудатовъ въ періодѣ накопленія и всасыванія¹⁾.

Можно указать лишь на больныхъ №№ 19, 37, 39, 41, 43. У больного № 39 съ вторичнымъ правостороннимъ серознымъ плевритомъ экссудатъ всосался въ течение десятидневнаго пребыванія больного въ клиникѣ, хотя точка замерзанія его была найдена равной $-0,58^{\circ}$, т. е. немного повышенной.

У больного № 19 плевритической экссудатъ съ точкой замерзанія $-0,56^{\circ}$ не вполне всосался въ течение мѣсяца, несмотря на отсутствие лихорадки и какихъ-либо другихъ явленій, при чемъ потребовалось два прокола съ высасываніемъ жидкости (всего при двухъ пункціяхъ выпущено было 1650 к. с. серозной жидкости).

У больного № 37 съ Pleuritis exsud. sin. ser. также потребовалось два прокола съ аспираціей жидкости, несмотря на то, что точка замерзанія жидкости была въ первый разъ $-0,54^{\circ}$ и во второй разъ $-0,57^{\circ}$; по мнѣнію Rothschild'a, Kéty u. Torday въ этомъ случаѣ слѣдовало ожидать безпрятнаго всасыванія экссудата, между тѣмъ всасываніе экссудата остановилось на извѣстномъ уровнѣ и потребовалась вторичная пункція съ аспираціей жидкости.

Затѣмъ слѣдуетъ еще указать на больныхъ №№ 42 и 43,

¹⁾ Впрочемъ Rothschild, Kéty u. Torday въ своихъ работахъ почти не производили такихъ повторныхъ исследований.

у которых осмотическое напряжение экссудатов повысилось в периодъ всасыванія ихъ.

Также и у другихъ больныхъ не замѣчалось никакого соотношенія между осмотическимъ напряженіемъ и скоростью всасыванія плевроитического экссудата.

Затѣмъ слѣдуетъ указать еще на больныхъ №№ 6 и 9 съ hydrocele. Точка замерзанія обѣихъ жидкостей была равна— $0,57^{\circ}$, т.-е. была изотонична съ кровью, оба больныхъ были во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ здоровые люди, какихъ-либо воспалительныхъ явленій не замѣчалось, и несмотря на это эти изотоничныя съ кровью серозныя жидкости существовали у больныхъ долгое время, не обнаруживая ни малѣйшей склонности къ всасыванію.

Предположеніе Rothschild'a, Kétly u. Torday о зависимости всасыванія экссудата отъ его осмотического напряженія имѣетъ еще тотъ недостатокъ, что не принимаетъ во вниманіе жизнѣдѣтельности клѣтокъ плевры. Между тѣмъ на важное значеніе жизнѣдѣтельности клѣтокъ плевры въ процессахъ накопленія и всасыванія экссудата указываетъ уже то обстоятельство, что экссудаты нерѣдко обладаютъ различнымъ, иногда значительно большимъ чѣмъ кровь осмотическимъ напряженіемъ, несмотря на стремленіе организма уравнивать осмотическое напряженіе своихъ жидкостей¹⁾.

Какъ извѣстно, и здоровый организмъ обладаетъ способностью выдѣлять жидкости различнаго съ кровью осмотического напряженія, что, конечно, можетъ быть объяснено лишь жизнѣдѣтельностью клѣтокъ; такъ, напр., установлено, что чистые желудочный сокъ и слюна обладаютъ значительно меньшимъ, чѣмъ кровь осмотическимъ напряженіемъ; точка замерзанія полученнаго натошакъ желудочнаго сока человѣка въ нормѣ колеблется по Strauss'у и Roth'у между— $0,32^{\circ}$ и— $0,48^{\circ}$, по Pfeiffer'у и Sommer'у между— $0,37^{\circ}$ и— $0,55^{\circ}$, въ среднемъ— $0,45^{\circ}$. Точка замерзанія слюны у собаки колеблется въ нормѣ между— $0,109^{\circ}$ и— $0,266^{\circ}$.

¹⁾ О стремленіи организма къ поддержанію осмотическаго равновѣсія въ различныхъ частяхъ тѣла см. у Hamburger'a, т. II. и Коерре.

Такимъ образомъ, слѣдуетъ признать, что до сихъ поръ изслѣдованіе осмотическаго напряженія экссудатовъ и трансудатовъ практическихъ результатовъ не принесло, несмотря на большое теоретическое значеніе этихъ изслѣдованій.

ГЛАВА VII.

Свертываемость экссудатов и трансудатов.

Как показали изслѣдованія различныхъ авторовъ, способностью свертываться внѣ организма обладают не всѣ серозныя жидкости и не въ одинаковой степени; фибриногенъ въ большемъ или меньшемъ количествѣ содержится во всѣхъ серозныхъ жидкостяхъ, и свертыванія въ нѣкоторыхъ изъ нихъ не происходитъ вслѣдствіе отсутствія въ нихъ фибринъ-фермента (Labbé).

Наиболѣе точно производится опредѣленіе степени свертываемости и количества фибрина вѣсовымъ способомъ, путемъ завѣшиванія высушеннаго свертка (Méhu, Gautier, Letulle), но для клиническихъ цѣлей, по Labbé, Ravaut и Barjon et Cade, достаточно слѣдить лишь за степенью свертываемости по быстротѣ и величинѣ образованія свертка.

По наблюденіямъ Méhu и Ravaut, очень значительной свертываемостью обладаютъ первичные туберкулезные плевритическіе экссудаты; только въ первые 8—10 дней своего существованія свертываемость ихъ незначительна. Вторичные туберкулезные плевритическіе экссудаты обладаютъ, по тѣмъ же авторамъ, лишь позначительной свертываемостью.

Остроинфекціонные плевритическіе серозные экссудаты обладаютъ большей частью довольно значительной свертываемостью, которая понемногу исчезаетъ лишь при переходѣ серозныхъ экссудатовъ въ гнойные, такъ что гнойные плевритическіе экссудаты почти или совсѣмъ не свертываются.

При hydrothorax почечнаго происхожденія способность

свертываться почти отсутствуетъ, особенно въ старыхъ трансудатахъ.

Большей, хотя также незначительной, свертываемостью обладаютъ трансудаты сердечнаго происхожденія (Ravaut, Méhu).

Способность свертываться отсутствуетъ въ раковыхъ плевритическихъ экссудатахъ (Barjon et Cade), при haemothorax и haemarthrosis (Sacquerée, Tuffier et Milian), и въ трансудатахъ брюшной полости (Lenoble). При haemothorax Tuffier и Milian наблюдали появленіе и увеличеніе свертываемости жидкости по мѣрѣ всасыванія крови и по мѣрѣ замѣщенія крови серознымъ экссудатомъ.

По наблюденіямъ Ravaut, между различными серозными жидкостями нѣтъ рѣзкой разницы въ отношеніи свертыванія. Часто плевритическіе застоинные трансудаты свертываются въ такой же степени, какъ и первичные серозные плевритическіе экссудаты и часто трансудаты почечныхъ больныхъ обладаютъ такой же слабой свертываемостью, какъ и вторичные туберкулезные плевритическіе экссудаты.

Кромѣ того Ravaut наблюдалъ, что при богатыхъ фибриномъ экссудатахъ плевриты обладаютъ значительно большею склонностью къ выздоровленію, чѣмъ плевриты съ бѣдными фибриномъ экссудатами. Бѣдные фибриномъ плевритическіе экссудаты, по Ravaut, почти всегда содержатъ очень небольшое количество красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, причемъ послѣдніе большей частью сильно изменены и находятся въ различныхъ стадіяхъ разрушенія. Между тѣмъ богатые фибриномъ экссудаты содержатъ большое количество неизмѣненныхъ, живыхъ лейкоцитовъ, и этимъ Ravaut и объясняетъ большую склонность къ выздоровленію богатыхъ фибриномъ плевритическихъ экссудатовъ. Поэтому Ravaut придаетъ свертываемости серозныхъ экссудатовъ лишь прогностическое значеніе и полагаетъ, что свертываемость ихъ зависитъ не отъ характера заболѣванія, а лишь отъ степени воспалительнаго процесса.

Въ моихъ наблюденіяхъ не было такой разницы въ свертываемости между первичными и вторичными серозными плевритическими экссудатами, какъ то наблюдалъ Ravaut.

Изъ пяти вторичныхъ туберкулезныхъ плевритическихъ экссудатовъ (больные №№ 15, 20, 21, 39, 41) свертываніе было сильное въ двухъ, несильное въ двухъ и отсутствовало въ одномъ экссудатѣ. Изъ шести первичныхъ туберкулезныхъ экссудатовъ свертываніе было сильное въ экссудатахъ больныхъ №№ 22, 37 и 40 и незначительное въ экссудатахъ больныхъ №№ 24, 25 и 38. Затѣмъ въ двухъ случаяхъ первичныхъ серозныхъ плевритовъ у больныхъ №№ 42 и 43 экссудаты въ началѣ болѣзни свертывались въ незначительной степени, а въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни свертываемость экссудатовъ значительно усилилась. При нетуберкулезныхъ острыхъ серозныхъ плевритахъ свертываемость была сильна въ случаяхъ №№ 1, 30 и 33; въ случаѣ же № 46 (плевральная эозинофилія) экссудатъ не свертывался. У больного № 1 плевритической экссудатъ, перейдя въ гнойный, потерялъ способность свертываться. Гнойные экссудаты плевры (№ 2) и коленного сустава (№ 12) также не свертывались. У больного № 19 (arteriosclerosis) хронически развивавшійся плевритическій экссудатъ при первой пункции не свертывался, при второй пункции свернулся въ незначительной степени, и въ тоже время количество бѣлка въ немъ оказалось увеличеннымъ.

Туберкулезные экссудаты брюшной полости (больные №№ 21, 31 и 34) не свертывались или свертывались въ незначительной степени.

Карциноматозные экссудаты не обладали способностью свертываться; выше уже упомянуто, что тоже явленіе наблюдали Barjon et Cade.

Транссудаты брюшной полости при циррозѣ печени (№№ 5, 7, 11) и при расстройствахъ кровообращенія (№№ 29, 32, 45) не обладали способностью свертываться.

Результаты приведенныхъ изслѣдованій можно формулировать такимъ образомъ, что значительной свертываемостью большей частью обладаютъ остро-развивающіеся серозные плевритическіе экссудаты, туберкулезные и нетуберкулезные. Разница между первичными и вторичными плевритическими туберкулезными экссудатами очень незначительна и заключается лишь въ томъ, что первичные

туберкулезные плевритическіе экссудаты чаще, чѣмъ вторичные, обладаютъ способностью свертываться въ сильной степени. Гнойные и раковые экссудаты почти или совершенно не свертываются. Транссудаты въ громадномъ большинствѣ случаевъ совершенно не свертываются, въ рѣдкихъ случаяхъ свертываніе наблюдается въ незначительной степени (напр., больной № 8).

ГЛАВА VIII.

Цитодиагностика.

Микроскопическое исследование серозных жидкостей приобрело большое практическое значение лишь сравнительно недавно, после того как Widal и его ученики в 1900 году опубликовали свои исследования о значении микроскопического исследования серозных плевритических экссудатов для суждения о характере заболевания. Widal'ем же предложено было для этого нового диагностического метода название „цитодиагностики“.

Исследования прежних авторов (Ehrlich, Quincke, Gravit, Korczynski, Wernicki и Winiarski) имьют в отношении метода цитодиагностики, главным образом, лишь историческое значение.

После упомянутых исследований Widal'я и его учеников появилась за последние 5 лет масса работ, посвященных проверке, дальнейшему развитию и критической оценке метода цитодиагностики; Widal'ем и другими были сделаны попытки применить этот метод также и для диагностики заболеваний других серозных полостей.

При изложении исследований по цитодиагностикѣ мнѣ, вследствие обширности накопившейся за последние 5 лет по этому вопросу литературы, придется сообщить больше или меньше подробно лишь более интересныя и важныя работы, при чем сначала приведу вкратцѣ исследования о морфологическом составѣ жидкостей, содержащихся въ нормальных серозных полостяхъ.

Въ нормальных полостяхъ плевры и брюшины быка

серозная жидкость, по Sabrazès et Muratet, содержитъ лейкоциты, красныя кровяныя тѣльца и эндотелии. Лейкоциты составляютъ приблизительно три четверти всѣхъ форменныхъ элементовъ; какъ и въ крови громадное большинство лейкоцитовъ — полинуклеары; кромѣ послѣднихъ и лимфоцитовъ попадаются еще эозинофилы. Эндотелиальныя кѣтки встрѣчаются одиночными и въ видѣ пластовъ.

Nobécourt et Bigard находили у морскихъ свинокъ въ полостяхъ брюшины, плевры и перикардія въ нормальной серозной жидкости эндотелиальныя кѣтки, одноядерныя лейкоциты, лимфоциты и эозинофилы; послѣднихъ было въ различныхъ наблюденияхъ отъ 1%—60% всѣхъ лейкоцитовъ. Полости суставовъ были вообще очень бѣдны форменными элементами.

Въ наблюденияхъ Sabrazès et Muratet, Nobécourt et Bigard микроскопическая картина серозныхъ жидкостей значительно мѣнялась въ зависимости отъ индивидуальности.

Для клиннки методъ цитодиагностики даѣтъ наиболѣе цѣнныя указанія въ отношеніи полости плевры и спинномозговой полости.

Цитодиагностика плевритическихъ экссудатовъ. Widal et Ravaut предложили методъ цитодиагностики лишь для серозныхъ плевритическихъ экссудатовъ. Цитоскопія гнояныхъ экссудатовъ большого значенія не имѣетъ. На основаніи микроскопической картины экссудатовъ Widal et Ravaut дѣлятъ плевритическіе экссудаты на 3 группы: 1) первичные, такъ наз. идиопатическіе плевриты, и вторичные плевриты, т.-е. развивающіеся у несомнѣнно туберкулезныхъ больныхъ, 2) плевритическіе трансудаты, развивающіеся у сердечныхъ и почечныхъ больныхъ „механические“, по выраженію Widal'я et Ravaut, и 3) острионфекціонные плевриты.

Первичные серознофибринозные плевритическіе экссудаты, указывающіе въ громадномъ большинствѣ случаевъ на существованіе у этихъ больныхъ туберкулеза¹⁾, харак-

¹⁾ Литературу по вопросу о связи первичныхъ серозныхъ плевритовъ съ туберкулезомъ см. у Ravaut, Grober'a и Стаевича.

теризуются, по наблюдениям Widal'a et Ravaut, очень значительным преобладанием лимфоцитов над другими видами лейкоцитов и довольно значительной примесью красных кровяных шариков.

Полинуклеары (въ количествѣ не больше 10%) Widal et Ravaut находили въ нѣкоторыхъ случаяхъ лишь въ первые дни существованія этихъ плевритическихъ экссудатовъ, черезъ нѣсколько дней полинуклеары исчезали. Эндотелиальная кѣтка въ первичныхъ плевритическихъ экссудатахъ также вполне или почти отсутствуютъ. При вторичныхъ серозныхъ плевритахъ экссудатъ содержитъ вообще небольшое количество форменныхъ элементовъ, среди которыхъ большей частью также преобладаютъ лимфоциты; полинуклеары встрѣчаются при вторичныхъ серозныхъ плевритахъ чаще, чѣмъ при первичныхъ, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ даже преобладать надъ лимфоцитами; эндотелиальная кѣтка отсутствуютъ; красные кровяные шарики находятся въ общемъ въ значительно меньшемъ количествѣ, чѣмъ при первичныхъ плевритахъ. Большая часть лейкоцитовъ, по Ravaut, значительно измѣнена: лейкоциты неправильной формы, съ вакуолами, съ измѣненными ядрами. Во вторую группу Widal и его ученики относятъ появляющиеся у сердечныхъ и почечныхъ больныхъ плевритическіе трансудаты. Эту группу характеризуютъ одиночныя и расположенныя въ видѣ кучекъ и пластовъ эндотелиальная кѣтка. Въ свѣжихъ плевритическихъ выпотахъ наблюдается большее количество эндотелиальныхъ кѣтокъ, чѣмъ въ старыхъ. Съ теченіемъ времени количество эндотелиальныхъ кѣтокъ уменьшается и появляется значительное количество лимфоцитовъ. Многоядерные лейкоциты, по Ravaut, появляются въ выпотахъ лишь въ случаяхъ существованія въ легкихъ инфарктовъ или воспалительныхъ приливовъ, при чемъ количество этихъ лейкоцитовъ обычно соответствуетъ степени воспалительныхъ приливовъ въ легкихъ.

Третью группу составляютъ остроинфекціонные плевритическіе экссудаты, характеризующіеся преобладаніемъ въ нихъ полинуклеаровъ и содержащіе лишь небольшое количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Устанавливая это раздѣленіе серозныхъ плевритическихъ экссудатовъ на группы, Widal et Ravaut полагаютъ, что приведенныя 3 типичныя микроскопическія картины экссудатовъ характеризуютъ собой лишь различныя степени воспаления плевры. По ихъ мнѣнію, лимфоциты, не представляя собой ничего специфическаго для туберкулеза, характерны для хроническаго или подостраго воспаления, полинуклеары— для болѣе сильнаго, остраго воспаления плевры.

Послѣдующія наблюденія различныхъ авторовъ лишь незначительно измѣнили эти выводы Widal'a et Ravaut. Основнымъ вопросомъ, подлежавшимъ проверкѣ, былъ для всѣхъ авторовъ, конечно, вопросъ о томъ, насколько характерно преобладаніе лимфоцитовъ для туберкулезныхъ плевритовъ.

Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ отмѣтить изслѣдованія Barjon et Cade, Wolff'a, Kétly u. Torday, Czerno-Schwarz'a u. Bronstein, Стасевича, Preislich u. Flesch, Samele, Besançon et Labbé.

Barjon et Cade въ общемъ подтвердили изслѣдованія Widal'a и его учениковъ и считаютъ рѣзкій лимфоцитозъ характернымъ для туберкулезныхъ плевритовъ. Лишь въ первые дни болѣзни туберкулезные плевритическіе экссудаты, по этимъ авторамъ, не подходятъ подъ описаніе Widal'a et Ravaut. Именно Barjon et Cade постоянно находили въ первые дни болѣзни въ серозныхъ туберкулезныхъ экссудатахъ довольно большое количество полинуклеаровъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ многоядерные лейкоциты въ первые дни даже преобладали надъ лимфоцитами; затѣмъ многоядерные лейкоциты быстро уменьшались въ числѣ, исчезали, и въ экссудатахъ съ 3-й недѣли болѣзни уже всегда существовали характерный для туберкулеза рѣзкій лимфоцитозъ. Въ противоположность Widal'ю, Barjon et Cade въ первые дни болѣзни находили часто эндотелиальныя кѣтки. Затѣмъ Barjon et Cade подтверждаютъ наблюденія школы Widal'a объ инфекціонныхъ плевритахъ и о серозныхъ жидкостяхъ, появляющихся у сердечныхъ и почечныхъ больныхъ. То обстоятельство, что Widal et Ravaut находили рѣзкое преобладаніе лимфоцитовъ даже въ первые дни существованія плеврита, Barjon и Cade объясняютъ тѣмъ, что

Widal et Ravaut исследовали экссудаты уже послѣ их дефибрирования; по наблюдениям Barjon et Cade, многоядерные лейкоциты и эндотелиальные клетки при дефибрировании задерживаются въ довольно большомъ количествѣ въ фибринозномъ сверткѣ и дефибрирование измѣняетъ, такимъ образомъ, процентный составъ лейкоцитовъ въ пользу лимфоцитовъ. Слѣдуетъ отмѣтить, что Ravaut при повторныхъ опытахъ не наблюдаетъ измѣненія процентнаго состава лейкоцитовъ при дефибрировании.

Также по наблюдениямъ Wolff'a свертываніе экссудатовъ не измѣняетъ процентнаго состава лейкоцитовъ. Рѣзкій лимфоцитозъ въ серозныхъ экссудатахъ авторъ этотъ считаетъ характернымъ для туберкулеза, и лишь въ первые дни болѣзни онъ встрѣчаетъ въ туберкулезныхъ плевритическихъ экссудатахъ довольно большое количество полинуклеаровъ. Остроинфекционные экссудаты, по Wolff'у, характеризуются полинуклеарами и кромѣ нихъ содержатъ небольшое количество эндотелия. Затѣмъ Wolffъ подробно разбираетъ технику микроскопическаго исследования серозныхъ жидкостей и указываетъ на часто встрѣчающіяся затрудненія при отличіи лимфоцитовъ отъ измѣненныхъ многоядерныхъ лейкоцитовъ.

Въ противоположность мнѣнію Widal'а о зависимости лимфоцитоза отъ степени воспалительнаго процесса, Wolffъ думаетъ, что эмиграція лимфоцитовъ при туберкулезныхъ плевритахъ обуславливается какимъ-то специфическимъ для туберкулезныхъ процессовъ токсиномъ.

Kéty u. Torday считаютъ цитодиагностику важнымъ способомъ для распознаванія туберкулезнаго характера плевритическихъ экссудатовъ; въ особенности въ острыхъ случаяхъ лимфоцитозъ, по ихъ мнѣнію, характеренъ для туберкулеза; при хроническихъ же плевритахъ результаты цитодиагностики менѣе надежны въ виду того, что лимфоциты могутъ встрѣчаться почти при всѣхъ формахъ хроническихъ серозныхъ плевритовъ. Такимъ образомъ, Kéty u. Torday подобно Widal'ю не считаютъ лимфоцитоза специфическимъ признакомъ туберкулезныхъ экссудатовъ.

Czerno-Schwarz и Bronstein придаютъ цитодиагностикѣ меньшее значеніе. По ихъ наблюдениямъ (8 случаевъ) лим-

фоцитозъ чаще всего встрѣчается въ туберкулезныхъ плевритическихъ экссудатахъ, но имъ попадались также случаи нетуберкулезныхъ экссудатовъ, въ которыхъ былъ ясный лимфоцитозъ.

Также и Стасевичъ наблюдаетъ въ рѣдкихъ случаяхъ нетуберкулезныхъ серозныхъ плевритовъ ясный лимфоцитозъ; наоборотъ, иногда въ туберкулезныхъ плевритическихъ экссудатахъ преобладали другія клетки: въ одномъ—эндотелиальные клетки и въ двухъ—полинуклеары. На основаніи исследования 54 серозныхъ плевритическихъ экссудатовъ Стасевичъ приходитъ подобно Widal'ю къ выводу, что туберкулезные плевритическіе экссудаты характеризуются лимфоцитозомъ, постояннымъ присутствіемъ довольно большого количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и незначительнымъ количествомъ эндотелиальныхъ клетокъ. Указанной школой Widal'я разницы между первичными и вторичными туберкулезными плевритами Стасевичъ не наблюдаетъ.

Для острыхъ первичныхъ нетуберкулезныхъ серозныхъ плевритическихъ экссудатовъ Стасевичъ считаетъ характернымъ присутствіе въ жидкости большого количества эндотелия и полинуклеаровъ.

Плевриты почечнаго и сердечнаго происхожденія характеризуются, по Стасевичу, бѣдностью экссудата форменными элементами и преобладаніемъ среди нихъ эндотелия.

Какъ и всѣ другіе авторы, Preisich, Flesch и Samele не придаютъ абсолютнаго диагностическаго значенія цитодиагностикѣ серозныхъ плевритическихъ экссудатовъ. Preisich и Flesch считаютъ, что лимфоцитозъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ характеренъ для туберкулеза; только въ первые дни болѣзни они находили многоядерные лейкоциты.

По мнѣнію Samele (50 случаевъ), рѣзкій лимфоцитозъ указываетъ на хроническое или подострое воспаленіе плевры и въ случаяхъ свѣжихъ плевритовъ указываетъ на туберкулезное происхожденіе ихъ; въ случаяхъ же продолжительнаго существованія экссудатовъ лимфоцитозъ, по мнѣнію этого автора, имѣетъ меньшее диагностическое значеніе.

чение. Преобладание многоядерных лейкоцитов Samele встречал при остроинфекционных воспалениях плевры и в рядких случаях туберкулезных плевритов. При застойных серозных жидкостях наблюдалось значительное количество эндотелия; присутствие вместе с последними лимфоцитов, по Samele, указывает на существование настоящего воспалительного процесса.

Как видно из приведенных исследований, цитодиагностика серозных плевритических экссудатов, не имея абсолютного диагностического значения, может дать ценные указания относительно происхождения плевритических экссудатов. В этом отношении согласны все занимавшиеся этим вопросом авторы. В общем французские авторы, между которыми следует еще назвать Descos, Besançon и Labbé, придают цитодиагностику серозных плевритов большее значение, чем авторы других национальностей.

Остается еще рассмотреть в отношении микроскопической картины остроинфекционные гнойные и не гнойные плевритические экссудаты, экссудаты при карциноме плевры, так называемую плевральную эозинофилию и hémothorax.

Остроинфекционные плевриты вызываются, как известно, чаще всего Fränkel'евскими диплококками, стрептококками и стафилококками; затѣмъ къ этой же группѣ причисляются такъ называемые ревматические плевриты и плевриты, развивающиеся у тифозныхъ больныхъ. Какъ уже упоминалось выше, остроинфекционные плевриты характеризуются преобладаниемъ многоядерныхъ лейкоцитовъ. Вызываемые пневмококками плевриты чаще всего наблюдаются при воспалении легкихъ и сравнительно часто остаются серозными во все время своего существования и не переходятъ въ гнойные.

Стрепто- и стафилококковые плевриты почти всегда быстро переходятъ въ гнойные. По наблюдениямъ А. Descos, Preisich и Fleisch въ пнеймококковыхъ плевритическихъ экссудатахъ, гнойныхъ и серозныхъ, большинство клетокъ составляютъ многоядерные лейкоциты, при чемъ въ первые дни болѣзни кромѣ последнихъ встрѣчается и довольно

значительное количество эндотелиальныхъ клетокъ. Отъ стрепто- и стафилококковыхъ плевритовъ пневмококковые, по наблюдениямъ этихъ авторовъ, отличаются лишь тѣмъ, что при пневмококковыхъ плевритахъ довольно часто наблюдается перерождение и распадение лейкоцитовъ. Въ одномъ случаѣ пневмококкового плеврита Preisich и Fleisch встрѣтили преобладание лимфоцитовъ, изъ чего слѣдуетъ, что правило преобладания полинуклеаровъ при остроинфекционныхъ плевритахъ не имеетъ абсолютнаго значенія.

Развивающиеся у тифозныхъ больныхъ плевритические экссудаты исследовал Ravaut. Изъ одиннадцати плевритическихъ экссудатовъ Ravaut только въ трехъ нашелъ тифозную палочку; остальные экссудаты оказались стерильными. Часть этихъ плевритическихъ экссудатовъ были серозные, другіе геморрагические; склонностью къ переходу въ гнойные экссудаты тифозные плевриты, по Ravaut, не обладаютъ. Въ тифозныхъ плевритическихъ экссудатахъ Ravaut наблюдалъ полинуклеары, лимфоциты и эндотелиальные клетки; въ геморрагическихъ экссудатахъ чаще преобладали многоядерные лейкоциты, въ серозныхъ было довольно большое количество лимфоцитовъ.

Микроскопическая картина ревматическихъ плевритовъ непостоянна по наблюдениямъ Castaigne и Rathery. Изъ шести развившихся при суставномъ ревматизмѣ плевритовъ среди полинуклеаровъ, лимфоцитовъ, эндотелия и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ однихъ случаяхъ преобладали эндотелиальные клетки, въ другихъ наблюдались почти исключительно многоядерные лейкоциты.

Плевритические экссудаты при саркомѣ и ракѣ плевры и при лейкемии. При раковыхъ и саркоматозныхъ плевритахъ въ экссудатѣ большей частью существуютъ характерныя для рака и саркомы клетки (Schwalbe, Ravaut, Barjon et Cade, Labbé); въ некоторыхъ же случаяхъ эти экссудаты представляютъ совершенно нехарактерную микроскопическую картину и содержатъ лишь известное количество полинуклеаровъ, лимфоцитовъ и эндотелия (Milian, Widal et Ravaut).

При лейкемии некоторые авторы находили въ плеврити-

ческих и асцитических экссудатах характерную для лейкоцитарной крови микроскопическую картину.

Плевральная эозинофилия. Совершенно особую микроскопическую картину представляет так называемая плевральная эозинофилия, значение которой еще не выяснено; в очень редких случаях и при различных заболеваниях находят в плевритических экссудатах большой процент эозинофилов (от 6% до 54%), кровь при этом содержит нормальное количество их. Ravaut приводит в своей диссертации 4 случая, Varjon и Cade 3 случая плевральной эозинофилии.

Haemorrhax. В одном случае травматического hemothorax'a Tuffier et Milian нашли, что жидкость вначале содержала приблизительно одинаковое количество многоядерных лейкоцитов и лимфоцитов; количество полинуклеаров быстро уменьшалось и с 23-го дня болезни существовал уже редкий лимфоцитоз.

Цитодиагностика спинномозговой жидкости.

Цитодиагностика и отчасти бактериологическое исследование спинномозговой жидкости дают для диагностики заболеваний нервной системы наиболее ценные указания; остальные свойства спинномозговой жидкости — удельный вес, точка замерзания, количество белка, вид, — не имеют или имеют лишь небольшое диагностическое значение.

Удельный вес нормальной спинномозговой жидкости равен 1003—1004 (Achard et Loeper); при различных заболеваниях удельный вес колеблется между 1004 и 1012 (Widal et Sicard), и определение его по общему признанию никаких диагностических указаний не дает.

Осмотическое напряжение спинномозговой жидкости, как было указано выше, в норме больше осмотического напряжения крови; уменьшение осмотического напряжения встречается чаще всего, но не постоянно при туберкулезном менингите.

Белка в норме спинномозговая жидкость содержит

меньше 1‰; повышение количества белка до 4‰ наблюдается при различных менингитах (Labbé, Widal) и в некоторых случаях прогрессирующего паралича (Schlesinger).

Вид спинномозговой жидкости имеет иногда некоторое диагностическое значение. В норме прозрачная и светлая как вода, спинномозговая жидкость часто мутна при острых менингитах (туберкулезных, пневмо- и стрептококковых и т. д.) и часто окрашена кровью при межреберных и мозговых кровоизлияниях, при переломах черепа и позвоночника и т. д. Диагностическое значение имеет лишь присутствие крови, отсутствие ее еще не указывает на отсутствие названных заболеваний и повреждений.

Бактериологическое исследование имеет весьма важное диагностическое значение для отличия вызванных стрепто- и пневмококками менингитов от туберкулезных.

Наибольшее и широкое значение имеет предложенная школой Widal'a цитодиагностика. В норме спинномозговая жидкость содержит очень мало форменных элементов, из которых почти все лимфоциты. По исследованиям Sicard'a, нормальная спинномозговая жидкость может содержать такое количество лимфоцитов, что при определенном исследовании осадка встряхивается по 3—4 лимфоцита на поле зрения микроскопа при увеличении в 300—400 раз.

Увеличение количества лимфоцитов наблюдается при очень многих заболеваниях и абсолютного диагностического значения не имеет. Widal и его ученики уже в первой своей работе о цитодиагностике спинномозговой жидкости пришли к заключению, что увеличение количества лимфоцитов в спинномозговой жидкости указывает лишь на хроническое или подострое раздражение или воспаление спинномозговых оболочек; острое раздражение или воспаление их вызывается по Widal'ю, Sicard'у et Ravaut воспаление в спинномозговой жидкости многоядерных лейкоцитов.

После этих исследований Widal'я появилась по цитодиагностике спинномозговой жидкости масса работ, которая до известной степени уже выяснила значение цитодиагностики при заболеваниях нервной системы.

В виду отсутствия собственных исследований, я лишь

вкратцѣ изложу результаты цитодиагностики при заболѣваніяхъ нервной системы.

При туберкулезныхъ менингитахъ Widal, Sicard et Ravaut находили въ громадномъ большинствѣ случаевъ ясный лимфоцитозъ. Затѣмъ лимфоцитозъ спинномозговой жидкости при туберкулезныхъ менингитахъ находили Griffon (2 случая), Achard et Loeper (1 случай), Méry (6 случаевъ), Guinon et Simon (14 случаевъ), Bendix (6 случаевъ). Другіе авторы однако лимфоцитоза въ рѣдкихъ случаяхъ туберкулезного менингита не находили. Впрочемъ, уже Widal сообщилъ одинъ случай туберкулезного менингита, въ которомъ спинномозговая жидкость кромѣ лимфоцитовъ содержала около 32% многоядерныхъ лейкоцитовъ. Затѣмъ Lewkowicz наблюдалъ, что лимфоциты въ спинномозговой жидкости уступали мѣсто многоядернымъ лейкоцитамъ въ случаяхъ, когда туберкулезная пораженія мозговыхъ оболочекъ претерпѣвали казеозное перерожденіе; Marcou-Mutzner нашелъ въ 1 случаѣ туберкулезного менингита гнойный экссудатъ, въ которомъ были почти исключительно многоядерные лейкоциты. Méry сообщилъ 2 случая, въ которыхъ на основаніи цитодиагностики былъ неправильно распознанъ туберкулезный менингитъ.

Preisich u. Flesch изслѣдовали 8 случаевъ туберкулезного менингита. Малые лимфоциты они нашли только въ 1 случаѣ, да и въ этомъ случаѣ ихъ былъ небольшой процентъ. Многоядерныхъ лейкоцитовъ было большинство въ 2 случаяхъ, и въ 1 случаѣ ихъ было приблизительно столько же, какъ и одноядерныхъ кѣткокъ, въ другихъ случаяхъ въ экссудатѣ находились различныя кѣткы, между прочимъ часто встрѣчались большія одноядерныя кѣткы, похожія на большіихъ лимфоцитовъ или на эндотелиальныя кѣткы. При гнойныхъ менингитахъ Preisich u. Flesch находили преобладаніе многоядерныхъ лейкоцитовъ. Въ виду отрицательныхъ результатовъ этихъ своихъ изслѣдованій Preisich u. Flesch приходятъ въ заключенію, что бактериологическое изслѣдованіе даетъ гораздо болѣе цѣнныя указанія для дифференціальной диагностики между туберкулезными и остроинфекционными менингитами, чѣмъ цитодиагностика.

При остроинфекционныхъ, нетуберкулезныхъ менингитахъ въ спинно-мозговой жидкости, по наблюденіямъ громаднаго большинства авторовъ, существуетъ значительное преобладаніе многоядерныхъ лейкоцитовъ (Widal, Sicard et Ravaut, Griffon, Labbé et Castaigne, Sicard et Brécy, Bernard, Preisich u. Flesch и другіе). Это преобладаніе многоядерныхъ лейкоцитовъ въ кончающихся смертельно случаяхъ существуетъ большей частью до конца; въ случаяхъ же выздоровленія многоядерные лейкоциты часто черезъ нѣсколько дней замѣняются лимфоцитами, которые и существуютъ въ спинно-мозговой жидкости до окончательнаго выздоровленія. Sicard et Brécy и Labbé et Castaigne наблюдали появленіе одноядерныхъ лейкоцитовъ въ случаяхъ выздоровленія на 5-й и 6-ой дни болѣзни. Goggia наблюдалъ 1 случай вызваннаго диплококками meningitis cerebrospinalis ac., въ которомъ въ теченіи всей болѣзни въ спинно-мозговой жидкости былъ рѣзкій лимфоцитозъ.

При заболѣваніяхъ нервной системы лимфоцитозъ спинномозговой жидкости былъ найденъ Widal'емъ, Sicard'омъ, Ravaut при tabes dorsalis, при paralysis progressiva alienorum, meningomyelitis. Противъ, при гемиллегиахъ, у алкоголиковъ, у истеричекъ, при периферическихъ невритахъ измѣненій въ спинно-мозговой жидкости авторы эти не наблюдали. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при прогрессивномъ параличѣ Widal, Sicard et Ravaut находили также большія одноядерныя кѣткы. Лимфоцитозъ былъ также найденъ при множественномъ склерозѣ (Carrère, 3 случая). Babinsky и Nageotte находили постоянно лимфоцитозъ при сифилитическихъ и парасифилитическихъ пораженіяхъ центральной нервной системы (tabes dorsalis, paralysis progr., paraplegia, atrophia musculorum progressiva), въ этихъ случаяхъ лимфоцитозъ наблюдался уже въ началѣ болѣзни; въ 7 случаяхъ опухолей мозга лимфоцитозъ отсутствовалъ.

Meyer et Siemerling также, какъ многіе другіе авторы, подтверждаютъ существованіе лимфоцитоза почти во всѣхъ случаяхъ tabes dorsalis, paralysis progr., туберкулезныхъ менингитовъ, сифилитическихъ пораженій центральной нервной системы; при delirium tremens, epilepsy, hysteria, при

душевных больных без ясных органических изменений авторы эти находили спинно-мозговую жидкость нормальной. Вместе с французскими авторами они приходят к заключению, что цитодиагностика спинно-мозговой жидкости дает возможность отличать многие органические поражения центральной нервной системы от функциональных.

Большинство указанных авторов встречало, однако, редкие случаи *tabes dorsalis* и *paralysis progressiva*, с нормальной спинно-мозговой жидкостью (Mejer, Siemerling, Niedner).

Fuchs и Rosenthal сопоставили собственные и собранные в литературѣ изслѣдованія спинно-мозговой жидкости при нервныхъ болѣзняхъ, за исключеніемъ туберкулезныхъ и острыхъ менингитовъ. Изъ 403 случаевъ заболѣваній нервной системы на почвѣ *lues'a* (*paralysis progressiva*, *tabes dorsalis*, *lues cerebrosppinalis*) лимфоцитозъ въ спинно-мозговой жидкости существовалъ въ 94% и отсутствовалъ въ 6% всѣхъ случаевъ. При различныхъ другихъ заболѣваніяхъ изъ 272 случаевъ лимфоцитозъ существовалъ въ 6% и отсутствовалъ въ 94% всѣхъ случаевъ.

Такимъ образомъ, лимфоцитозъ спинно-мозговой жидкости является важнымъ признакомъ для отличія нѣкоторыхъ органическихъ заболѣваній центральной нервной системы отъ функциональных заболѣваній ея.

Цитодиагностика выпотовъ полости перикардія.

Попытки применить цитодиагностику къ выпотамъ полости перикардія до сихъ поръ не дали сколько-нибудь цѣнныхъ результатовъ, отчасти вслѣдствіе небольшого количества, отчасти вслѣдствіе противорѣчивости опубликованныхъ до сихъ поръ наблюдений. Лимфоцитозъ былъ найденъ въ 2 случаяхъ при туберкулезномъ перикардитѣ (Rendu, Descos). Въ 1 случаѣ вызваннаго стрептококками перикардита экссудатъ содержалъ почти исключительно эндотелии (Preisich u. Flesch). Большое количество эндотелия и

лимфоцитовъ было найдено при перикардитѣ у одного почечнаго больного (Dopter et Tanton) и въ одномъ случаѣ свѣжаго вызваннаго Fränkel'евскими диплококками перикардита (Preisich u. Flesch). Въ случаѣ гидроперикардіи послѣдніе авторы нашли почти исключительно эндотелиальныя клѣтки.

Какъ видно лимфоцитозъ и преобладаніе эндотелия наблюдались также и при остро-инфекціонныхъ перикардитахъ и эти наблюденія, конечно, заставляютъ сомнѣваться въ значеніи цитодиагностики при заболѣваніяхъ перикардіи. Къ тому же заключенію приводитъ и случай туберкулезныхъ выпотовъ обѣихъ плевральныхъ полостей и перикардія, описанный Barjon et Cade. Плевритическій экссудатъ содержалъ въ этомъ случаѣ всего 6% многоядерныхъ лейкоцитовъ, тогда какъ въ выпотѣ перикардіи многоядерныхъ лейкоцитовъ было 97%, несмотря на отсутствие обостреній или осложненій.

Цитодиагностика выпотовъ брюшной полости.

Цитоскопія экссудатовъ и трансудатовъ брюшной полости имѣетъ также значительно меньшее діагностическое значеніе, чѣмъ цитодиагностика плевритическихъ серозныхъ жидкостей и спинно-мозговой жидкости (Widal et Ravaut, Kétly u. Torday, Lotti, Barjon et Cade, Preisich u. Flesch).

Установлено лишь, что острые заразные перитониты характеризуются преобладаніемъ въ экссудатѣ многоядерныхъ лейкоцитовъ. При туберкулезныхъ перитонитахъ наблюдается въ однихъ случаяхъ преобладаніе лимфоцитовъ (Dopter et Tanton, Achard et Loeper), въ другихъ—преобладаніе многоядерныхъ лейкоцитовъ (Widal et Ravaut), иногда преобладаютъ эндотелиальныя клѣтки (Preisich u. Flesch). При застойныхъ трансудатахъ брюшной полости результаты цитодиагностики также не постоянны: въ однихъ случаяхъ (Achard et Loeper) находили эндотелиальныя клѣтки, въ другихъ (Widal et Ravaut, Dopter et Tanton, Preisich

и. Fleisch) находили преобладание многоядерных лейкоцитов, въ третьих—одноядерные лейкоциты и лимфоциты (Achard et Laubry). При опухоляхъ, развивающихся въ брюшной полости, иногда находятъ соответственные, характерныя для опухолей клѣтки, въ другихъ случаяхъ находятъ лишь пласты эндотелія (Labbé).

Цитодиагностика серозныхъ жидкостей полостей суставовъ и hydrocele.

Цитодиагностическія изслѣдованія суставныхъ полостей повидимому подтверждають мнѣніе Widal'я, что микроскопическая картина экссудатовъ и трансудатовъ зависитъ не отъ характера заболѣванія, а лишь отъ остроты и степени воспалительнаго процесса.

Такъ, при обычныхъ гонорройныхъ и острыхъ ревматическихъ воспаленияхъ суставовъ преобладаютъ многоядерные лейкоциты (Juillard, Achard et Loeper, Widal et Ravaut, Dopter et Tanton); лимфоцитозъ наблюдается лишь въ случаяхъ торпиднаго теченія гонорройнаго артрита и при отсутствіи лихорадки (Dopter et Tanton, Juillard). При хроническомъ суставномъ ревматизмѣ также наблюдается лимфоцитозъ.

Туберкулезное воспаление суставовъ характеризуется чаще всего яснымъ лимфоцитозомъ и небольшимъ количествомъ эндотелія (Juillard, Descos, Dopter et Tanton); лишь въ старыхъ туберкулезныхъ артритахъ встрѣчаютъ иногда преобладание многоядерныхъ лейкоцитовъ (Dopter et Tanton). Подъ вліяніемъ предшествовавшей пункции Juillard наблюдалъ въ суставной жидкости увеличеніе количества лимфоцитовъ и появленіе многоядерныхъ лейкоцитовъ.

При асептическихъ суставныхъ водянкахъ въ жидкости, по Juillard'у, находится только эндотелій. Подъ вліяніемъ мѣстнаго паружнаго раздраженія какими-нибудь лечебными средствами въ водяночной жидкости появляется, по наблюденіямъ этого автора, большое количество лимфоцитовъ; послѣ пункции въ жидкости появляется большое количество

многоядерныхъ лейкоцитовъ. Увеличеніе количества многоядерныхъ лейкоцитовъ и лимфоцитовъ Juillard наблюдать также послѣ пункции травматическихъ суставныхъ кровоподтековъ.

При табетическихъ артропатияхъ Dufour и Achard et Loeper находили преобладаніе лимфоцитовъ.

При идиопатической hydrocele всѣ авторы находили почти исключительно эндотелиальныя клѣтки, иногда встрѣчались также лимфоциты въ небольшомъ количествѣ (Widal et Ravaut, Dopter et Tanton, Juillard, Marchetti). Barjon et Cade находили постоянно при идиопатической hydrocele кромѣ эндотелія также и сперматозоиды; Marchetti однако въ 30 случаяхъ ни разу сперматозоидовъ не нашель.

При гонорройномъ орхитѣ въ серозной жидкости находятъ ясное преобладаніе многоядерныхъ лейкоцитовъ (Widal et Ravaut, Juillard).

Лимфоцитозъ наблюдался при туберкулезной hydrocele и при хроническомъ воспаленіи серозной оболочки яичка.

Многоядерные лейкоциты находили при идиопатической hydrocele послѣ пункции (Juillard) и впрыскиванія іода (Dopter et Tanton).

Разборъ собственныхъ наблюденій.

Цитодиагностика была предложена Widal'емъ, главнымъ образомъ, для отличія серозныхъ плевритическихъ экссудатовъ туберкулезнаго и нетуберкулезнаго происхожденія, и въ этомъ заключается наиболѣе важное значеніе ея. Поэтому сначала слѣдуетъ рассмотретьъ результаты цитодиагностики въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ объективное изслѣдованіе больныхъ и дальнѣйшее теченіе болѣзни съ несомнѣнностью указывало на существованіе у больныхъ туберкулеза легкихъ (бактеріологическое изслѣдованіе экссудатовъ мною не производилось вслѣдствіе отсутствія времени, ухивившаго на изслѣдованіе другихъ свойствъ экссудатовъ и трансудатовъ). Изъ изслѣдованныхъ мною 22 больныхъ съ серозными плевритическими экссудатами явленія

туберкулеза легких были констатированы у семи больных (таблица I, №№ 10, 15, 16, 20, 21, 39 и 41); по принятой Widal'ем классификации серозных плевритов, у этих больных были вторичные туберкулезные плевриты. Затѣм трое больных (№№ 24, 38, 42) имѣли т. наз. первичные туберкулезные плевриты: у больных №№ 24 и 38 во время изслѣдованія плевритическихъ экссудатовъ не было найдено туберкулезныхъ измѣненій въ легкихъ, послѣднія обнаружались только приблизительно черезъ два мѣсяца послѣ изслѣдованія плевритическихъ экссудатовъ, и тогда же въ мокротѣ были найдены туберкулезныя бациллы. У больного № 42 течение болѣзни съ очень большой вѣроятностью указывало на существованіе туберкулеза легкихъ, хотя ясныхъ объективныхъ измѣненій въ легкихъ и туберкулезныхъ бациллъ въ мокротѣ найдено не было.

Во вторую группу относятся больные съ серозными плевритическими экссудатами, у которыхъ существованіе туберкулеза осталось не доказаннымъ, хотя и было вѣроятнымъ на основаніи результатовъ цитодіагностики и общепризнаннаго факта, что первичные серозные плевритическіе экссудаты являются въ большинствѣ случаевъ слѣдствіемъ скрытаго туберкулеза легкихъ (больные №№ 22, 25, 27, 28, 37, 40, 43).

Въ третью группу относятся больные, у которыхъ несомнѣнно или съ большой вѣроятностью серозные плевриты зависѣли не отъ туберкулеза легкихъ (больные №№ 1, 14, 17, 19, 30, 33, 36, 46).

Какъ видно изъ таблицы I и изъ исторій болѣзней, у всѣхъ больныхъ первой группы съ первичными и вторичными туберкулезными плевритами въ экссудатѣ былъ рѣзкій лимфоцитозъ. Количество лимфоцитовъ было отъ 84% (больной № 10) до 95% (больной № 41) всѣхъ лейкоцитовъ; количество многоядерныхъ лейкоцитовъ было отъ 1% (больные №№ 15 и 28) до 8% (больной № 42). Въ среднемъ количество лимфоцитовъ было равно 90,9%.

Повторныя изслѣдованія плевритическаго экссудата были произведены у двухъ больныхъ этой группы (№№ 21 и 42). У больного № 42 первое изслѣдованіе было слѣдено въ пе-

ріодѣ накопленія, второе—въ періодѣ всасыванія экссудата черезъ 2 недѣли послѣ перваго изслѣдованія; въ обоихъ изслѣдованіяхъ процентное соотношеніе лейкоцитовъ было одно и тоже. У больного № 21 плевритическій экссудатъ оставался *status quo*, не обнаруживая наклонности къ всасыванію ни послѣ первой, ни послѣ второй пункции, которая была произведена черезъ 9 дней послѣ первой. Макроскопически экссудатъ за это время не измѣнился. При первомъ изслѣдованіи экссудата лимфоциты составили громадное большинство всѣхъ лейкоцитовъ, многоядерныхъ лейкоцитовъ почти не было; при второмъ изслѣдованіи процентное соотношеніе различныхъ формъ лейкоцитовъ оказалось значительно измѣненнымъ: многоядерныхъ лейкоцитовъ было 66%, лимфоцитовъ всего 32% и 2% одноядерныхъ лейкоцитовъ. Это повышеніе количества многоядерныхъ лейкоцитовъ при второй пункции слѣдуетъ, повидимому, объяснить по аналогіи съ наблюденіями Juillard'a объ измѣненіи микроскопической картины экссудатовъ и трансудатовъ суставовъ и серозной оболочки яйца подъ вліяніемъ пункции. Какъ уже изложено выше, Juillard наблюдаетъ, что пункция суставовъ или *hydrocele* дѣйствуетъ въ качествѣ сильнаго раздражителя на серозную оболочку: послѣ пункции въ серозной жидкости въ нѣкоторыхъ случаяхъ появлялись лимфоциты и эндотелиальные клетки, но чаще всего появлялось значительное количество многоядерныхъ лейкоцитовъ. Этимъ раздражающимъ дѣйствіемъ пункции, повидимому, и слѣдуетъ объяснить увеличеніе въ экссудатѣ больного № 21 послѣ пункции количества многоядерныхъ лейкоцитовъ. Въ меньшей степени то же явленіе наблюдалось послѣ пункции и въ перитонитическомъ экссудатѣ этого больного: при первой пункции 15/iv 1904 г. въ перитонитическомъ экссудатѣ лимфоциты сильно преобладали надъ другими формами лейкоцитовъ; при второй пункции 22/iv 1904 г. отмѣчено, что лимфоциты немного преобладаютъ надъ многоядерными лейкоцитами; при третьей пункции 1/v отмѣчено, что перитонитическій экссудатъ содержитъ 50% лимфоцитовъ, 15% одноядерныхъ и 35% многоядерныхъ лейкоцитовъ. Макроскопически экссудатъ пред-

ставляя собой при всѣхъ трехъ пункціяхъ приблизительно одинаковаго вида серозно-кровянистую жидкость.

Widal et Ravaut объясняютъ появленіе въ туберкулезныхъ плевритическихъ эксудатахъ большаго количества многоядерныхъ лейкоцитовъ присоединеніемъ вторичной инфекции какими-нибудь бактеріями, проникшими въ плевральную полость. Въ данномъ случаѣ присоединеніе вторичной инфекции можно съ извѣстной вѣроятностью исключить вслѣдствіе того, 1) что въ общемъ состояніи больного не произошло ни послѣ первой, ни послѣ второй пункціи никакихъ измѣненій, которыя бы говорили за присоединеніе вторичной инфекции къ туберкулезу плевры (не было усиленія лихорадки и болей, не было наклонности къ переходу эксудата изъ серозно-кровянистаго въ гнойный¹⁾, не было увеличенія количества эксудата послѣ первой пункціи); 2) при микроскопическомъ изслѣдованіи окрашеннаго плевритическаго эксудата никакихъ бактерій найдено не было; 3) увеличеніе количества многоядерныхъ лейкоцитовъ наблюдалось также и въ перитоническомъ эксудатѣ и поэтому пришлось бы допустить присоединеніе вторичной инфекции и къ туберкулезу peritonei, что мало вѣроятно въ виду отсутствія ухудшенія въ состояніи больного. Такимъ образомъ, наиболѣе вѣроятнымъ слѣдуетъ, повидимому, признать въ данномъ случаѣ измѣненіе процентнаго состава лейкоцитовъ вслѣдствіе раздражающаго дѣйствія первой пункціи. Каково бы ни было объясненіе этого факта, наблюденіе это подтверждаетъ мнѣніе Widal'я и другихъ авторовъ объ отсутствіи за цитодиагностикой абсолютнаго діагностическаго значенія.

Количество эндотелія было согласно съ наблюденіями Widal'я какъ при первичныхъ, такъ и при вторичныхъ туберкулезныхъ плевритахъ очень невелико, въ нѣкоторыхъ случаяхъ эндотелій совершенно отсутствовалъ. Примѣсь красныхъ кровяныхъ шариковъ къ эксудатамъ была очень различна, причемъ рѣдкой разницы въ этомъ отношеніи

¹⁾ По изслѣдованіямъ Арреі плевритическіе эксудаты при схѣмныхъ инфекціяхъ всегда бываютъ гнойными.

между первичными и вторичными туберкулезными плевритами не было; первичные плевриты чаще содержали большее количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, чѣмъ вторичные, хотя было довольно много и противоположныхъ наблюденій. Также наблюдалъ и Стасевичъ, какъ изложено выше.

Затѣмъ слѣдуетъ рассмотретьъ группу плевритическихъ эксудатовъ несомнѣнно или съ большою вѣроятностью нетуберкулезнаго происхожденія. Вторую группу сомнительныхъ въ отношеніи туберкулеза плевритическихъ эксудатовъ рассмотримъ послѣ третьей, какъ не имѣющей значенія для отбѣнки цитодиагностическаго метода.

Изъ относящихся къ третьей группѣ больныхъ отсутствіе туберкулеза легкихъ было доказано вскрытіемъ у двухъ больныхъ (№№ 14 и 19); у больнаго № 1 отсутствіе туберкулеза легкихъ было доказано при операціи эмпіемы, произведенной вслѣдствіе перехода серознаго плевритическаго эксудата въ гнойный. У остальныхъ больныхъ (№№ 30, 33, 36, 46) отсутствіе туберкулеза было очень вѣроятно, судя по клиническому теченію болѣзни. Больные №№ 33, 36 и 46 имѣли только серозный плевритъ, безъ какихъ либо другихъ измѣненій внутреннихъ органовъ. У больнаго № 33 плевритическій эксудатъ содержалъ 86% многоядерныхъ лейкоцитовъ, 8% одноядерныхъ лейкоцитовъ и 6% лимфоцитовъ. Плевритическій эксудатъ больнаго № 36 содержалъ при первомъ изслѣдованіи въ періодъ накопленія эксудата 60% многоядерныхъ лейкоцитовъ, 12% одноядерныхъ и 28% лимфоцитовъ, при вторичномъ изслѣдованіи, произведенномъ въ началѣ всасыванія эксудата многоядерныхъ лейкоцитовъ было 68%, одноядерныхъ 7% и лимфоцитовъ 25%. У больнаго № 46 плевритическій эксудатъ содержалъ 14% нейтрофиловъ, 18% одноядерныхъ лейкоцитовъ, 40% лимфоцитовъ и 28% пѣчныхъ эозинофиловъ; кромѣ пѣчныхъ эозинофиловъ было приблизительно такое же количество эозинофиловъ въ различныхъ стадіяхъ разрушенія. Причина плевральнаго эозинофіліи осталась въ данномъ случаѣ невыясненной: какихъ-либо бактерій въ эксудатѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи найдено не было, повышенія количества эозинофиловъ въ крови и

лиць глисть въ испражненіяхъ найдено не было. У больного № 30 кромѣ плеврита была, повидимому, pneumonia catarrhalis d.; плевритическій экссудатъ содержалъ на 8-й день болѣзни 22% многоядерныхъ и 12% одноядерныхъ лейкоцитовъ, лимфоцитовъ было 66%. У этихъ больныхъ серозный плевритическій экссудатъ не перешелъ въ гнойный и быстро всосался у больныхъ №№ 33, 36 и 46. Плевритическій серозный экссудатъ больного № 1, перешедшій въслѣдствіи въ гнойный, содержалъ 62% многоядерныхъ лейкоцитовъ, 24% одноядерныхъ и 14% лимфоцитовъ.

Геморрагическій экссудатъ больного № 17 съ брюшнымъ тифомъ содержалъ 40% многоядерныхъ лейкоцитовъ, 12% одноядерныхъ и 48% лимфоцитовъ. Остается еще разсмотрѣть геморрагическій экссудатъ у сердечнаго больного № 14 и серозный плевритическій экссудатъ у сердечно-почечнаго больного № 19. Геморрагическій экссудатъ больного № 14, перешедшій въслѣдствіи въ гнойный, содержитъ многоядерныхъ лейкоцитовъ 90%, одноядерныхъ 3%, лимфоцитовъ 6%, эозинофиловъ 1%.

Изъ этой третьей группы плевритовъ наибольшее значеніе для оцѣнки цитодиагностическаго метода имѣетъ результатъ изслѣдованія плевритическаго экссудата больного № 19 съ диагнозомъ arteriosclerosis, pleuritis exsud. d. serosa. На вскрытіи этого больного, произведенномъ черезъ 3 мѣсяца была найдена arteriosclerosis, nephritis chron. interst. и заращеніе полости правой плевры. Больной поступилъ съ явленіями недостаточности сердца (одышка, отеки) и съ подвижнымъ выпотомъ въ полости правой плевры, который сначала былъ сочтенъ за трансудатъ въ виду нормальной т°, низкаго удѣльнаго вѣса (1,011) сравнительно небольшого количества бѣлка (25% по Эсбаху) и отсутствія какихъ-либо субъективныхъ ощущеній въ правой сторонѣ грудной кѣтки. Только появившійся во время всасыванія жидкости пумы трещи плевры и существованіе въ жидкости нуклеоальбумина выяснили, что въ данномъ случаѣ имѣется смѣшанная форма hydrothorax'a и торпидно, подостро развивающагося плеврита. Подъ микроскопомъ жидкость содержала при обоихъ изслѣдованіяхъ 83%—87% лимфоцитовъ, 5%—

6% одноядерныхъ лейкоцитовъ и 7%—10% многоядерныхъ; эндотелія въ экссудатѣ было немного. Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ торпидно развивающагося плеврита существовать рѣзкій лимфоцитозъ.

Наблюденіе это подтверждаетъ мнѣніе Widala о зависимости морфологической картины серозной жидкости отъ степени воспалительнаго процесса, а не отъ характера заращенія.

Отнесенные во вторую группу сомнительные въ отношеніи туберкулеза плевритическіе экссудаты всѣ представляли рѣзкій лимфоцитозъ.

Совершенно особую группу серозныхъ плевритовъ представляютъ раковые плевриты; въ моихъ наблюденіяхъ никакой разницы между экссудатами при пораженіи карциномой плевры и брюшины не было, поэтому перитонеальные и плевральные карциноматозные экссудаты будутъ описаны вмѣстѣ. Въ эту группу относятся перитонитическій экссудатъ больной № 18, 2 плевральныхъ экссудата изъ правой и лѣвой полостей плевры у больного № 26 и перитонитическій и плевральный экссудатъ у больного № 44. Изъ этихъ пяти экссудатовъ только экссудатъ больной № 18 былъ геморрагическій, остальные экссудаты были серозные; при микроскопическомъ изслѣдованіи во всѣхъ этихъ карциноматозныхъ экссудатахъ наблюдалось большое количество характерныхъ раковыхъ кѣтокъ. Плоскія кѣтки эти, расположенныя отчасти одиночно, отчасти кучками и часто цѣльными пластами, характеризовались своей величиной, часто содержали большое количество вакуолей и неправильныя сильно измѣненныя ядра и этими свойствами рѣзко отличались отъ эндотелиальныхъ кѣтокъ. Какъ изложено въ литературной части, подобныя кѣтки часто, но не всегда наблюдались при карциноматозныхъ пораженіяхъ серозныхъ оболочекъ (при саркомахъ pleurae et peritonei также наблюдаются соответственныя кѣтки), поэтому диагностическое значеніе имѣетъ лишь присутствіе ихъ въ экссудатѣ, отсутствіе ихъ еще не говоритъ противъ карциномы pleurae или peritonei.

Гнойныхъ плевритическихъ экссудатовъ мною изслѣдо-

вано всего два. Плевритический экссудат больного № 1 никаких особенностей не представлял, плевритический гнойный экссудат больного № 2, вскоре умершего от туберкулеза легких, содержал кроме пьлых большое количество многоядерных лейкоцитов в различных стадиях разрушения.

Изъ разбора результатов цитодиагностики десяти туберкулезных серозных плевритов и семи нетуберкулезных можно сделать следующее заключение: как уже было установлено школой Widal'я и подтверждено многими авторами, туберкулезные плевритические экссудаты характеризуются въ громадномъ большинствѣ случаевъ рѣзкимъ преобладаніемъ лимфоцитовъ надъ другими видами бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и небольшимъ количествомъ или отсутствіемъ эндотелія. Нетуберкулезные серозные плевриты характеризуются преобладаніемъ въ экссудатѣ многоядерныхъ лейкоцитовъ. Лимфоцитозъ плевритического экссудата не является специфичнымъ для туберкулезного процесса признакомъ, а служитъ лишь выраженіемъ незначительной остроты воспалительнаго процесса. Согласно съ сказаннымъ туберкулезные серозные плевритические экссудаты могутъ въ рѣдкихъ случаяхъ при обостреніи воспалительнаго процесса представлять преобладаніе многоядерныхъ лейкоцитовъ, съ другой стороны при хроническихъ, торпидно развивающихся нетуберкулезныхъ плевритахъ въ экссудатѣ можетъ наблюдаться лимфоцитозъ. Поэтому лимфоцитозъ плевритического экссудата имѣетъ диагностическое для туберкулеза значеніе больше при остро развивающихся, чѣмъ при хроническихъ серозныхъ плевритахъ. Преобладаніе въ такихъ случаяхъ многоядерныхъ лейкоцитовъ съ большою вѣроятностью указываетъ на отсутствие туберкулеза.

Перитонеальные экссудаты и трансудаты дали въ общемъ гораздо менѣе опредѣленные въ отношеніи цитодиагностики результаты. Только при карциномѣ peritonei наблюдались, какъ уже указано, характерныя раковыя кѣтки.

При туберкулезѣ peritonei экссудаты больныхъ №№ 31 и 34 и при первомъ изслѣдованіи больного № 21 содержали

большой процентъ лимфоцитовъ (75%—90%). При послѣдующихъ изслѣдованіяхъ перитонического экссудата больного № 21 въ экссудатѣ появилось большое количество многоядерныхъ лейкоцитовъ (35%) и процентъ лимфоцитовъ упалъ до 50%.

Въ трансудатахъ при cirrhosis hepatis atrophica (больные №№ 5, 7) и mixta (№ 11) количество форменныхъ элементовъ, конечно, было очень невелико; среди нихъ значительно преобладали лимфоциты (78%—94%); количество эндотелія было очень невелико.

При асцитическихъ трансудатахъ сердечнаго происхожденія (больные №№ 29, 32 и 45) количество форменныхъ элементовъ было замѣтно больше, чѣмъ въ трансудатахъ при циррозѣ печени; трансудаты больныхъ №№ 32 и 45 были слегка мутны въслѣдствіе примѣсы красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; въ эти трансудаты содержали сравнительно много эндотелиальныхъ кѣтокъ, въ особенности трансудатъ больного № 29. Процентный составъ лейкоцитовъ у этихъ больныхъ былъ иной, чѣмъ при циррозѣ печени: количество многоядерныхъ лейкоцитовъ у больныхъ №№ 29, 32 и 45 было больше, чѣмъ въ цирротическихъ трансудатахъ.

Два застойные трансудаты при карциномѣ печени содержали очень небольшое количество форменныхъ элементовъ и составъ ихъ былъ: у больного № 8—многоядерныхъ лейкоцитовъ 82%, одноядерныхъ лейкоцитовъ 6% и лимфоцитовъ 12%; у больного № 35 многоядерныхъ лейкоцитовъ было 38%, одноядерныхъ 14% и лимфоцитовъ 48%.

Остается больной № 23 съ неизвѣстнаго происхожденія хроническимъ экссудативнымъ перитонитомъ, интерстиціальнымъ нефритомъ и явлениями свинцоваго отравленія. При первой пункции была получена совершенно прозрачная серозная жидкость, содержащая 10% многоядерныхъ лейкоцитовъ, 8% одноядерныхъ, 82% лимфоцитовъ и небольшое количество эндотелія. При второй пункции была получена слегка мутная жидкость, содержащая 48% многоядерныхъ лейкоцитовъ, 32% одноядерныхъ, 20% лимфоцитовъ и не-

большое количество красных кровяных тѣлецъ и эндотелія.

Какъ изложено выше, большая часть авторовъ склоняется къ тому мнѣнію, что цитодиагностика эксудатовъ и трансудатовъ брюшной полости имѣетъ гораздо меньшее значеніе и не даетъ такихъ постоянныхъ результатовъ, какъ цитодиагностика серозныхъ жидкостей спинно-мозговой полости и полости плевры; приведенныхъ въ этой работѣ наблюдений недостаточно, конечно, для того, чтобы можно было определенно высказаться о значеніи цитодиагностики серозныхъ жидкостей брюшной полости; можно лишь указать на то, что лимфоцитозъ жидкостей брюшной полости, повидимому, не имѣетъ значенія для отличія туберкулезныхъ перитонитическихъ эксудатовъ отъ нетуберкулезныхъ серозныхъ жидкостей; на это указываютъ изслѣдованіе трансудатовъ при циррозахъ печени, первое изслѣдованіе эксудата при хроническомъ эксудативномъ нетуберкулезномъ перитонитѣ и изслѣдованіе туберкулезныхъ перитонитическихъ эксудатовъ: во всѣхъ этихъ различныхъ серозныхъ жидкостяхъ наблюдался рѣзкій лимфоцитозъ. Диагностическое значеніе имѣетъ присутствіе въ перитонитическихъ эксудатахъ раковыхъ кѣлѣтокъ.

Изслѣдованій другихъ серозныхъ жидкостей (спинномозговой, hydrocele) произведено слишкомъ мало, поэтому отмѣчу лишь, что въ обычныхъ жидкостяхъ hydrocele было небольшое количество эндотелія, сперматозоидовъ найдено не было.

Нормальная спинномозговая жидкость больного (№ 4) съ туберкулезнымъ спондилитомъ шейныхъ позвонковъ и заглоточнымъ нарывомъ содержала лишь очень небольшое количество лимфоцитовъ. Жидкость больной (№ 3) съ hydrocephalus internus была получена съ большой примѣсью крови, примѣшавшейся къ жидкости во время операціи и поэтому микроскопическое изслѣдованіе ея, какъ неизмѣющее значенія, не приведено въ таблицѣ.

Изъ приведенныхъ изслѣдованій различныхъ свойствъ эксудатовъ и трансудатовъ человѣка можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Гемолитическія свойства эксудатовъ и трансудатовъ, опредѣляемая по отношенію къ крови кролика, колеблется въ широкихъ размѣрахъ въ зависимости, очевидно, отъ индивидуальности; свойства эти не представляютъ собой ничего характернаго ни для эксудатовъ или трансудатовъ, ни для какого-либо заболѣванія и поэтому опредѣленіе этихъ свойствъ не можетъ служить ни для диагностики заболѣванія, ни для прогноза.

Гемолитическія свойства серозныхъ жидкостей не всегда оказываются постоянными въ теченіи заболѣванія у того же больного, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ колеблется незначительно безъ того, чтобы можно было найти связь между этими колебаніями гемолитическихъ свойствъ и теченіемъ болѣзни.

2) Гемолитины отсутствуютъ въ нормальной спинномозговой жидкости и слабы или отсутствуютъ въ гнойныхъ жидкостяхъ.

3) Эксудаты и трансудаты въ отношеніи степени гемолитическихъ свойствъ не идутъ параллельно съ кровью, которая въ большинствѣ случаевъ содержитъ постоянное количество гемолитиновъ; между тѣмъ, количество гемолитиновъ въ эксудатахъ и трансудатахъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ при одинаковомъ количествѣ гемолитиновъ въ крови больныхъ; въ однихъ случаяхъ количество гемолитиновъ въ серозныхъ жидкостяхъ почти равно количеству ихъ въ крови, въ другихъ—оказывается значительно меньшимъ.

4) Количество гемолитических алексиновъ въ экссудатахъ и трансудатахъ также непостоянно; какого-либо соотношения между количествомъ гемолитическихъ алексиновъ въ серозныхъ жидкостяхъ и характеромъ или течениемъ заболѣванія, повидимому, не существуетъ. Количество алексиновъ преобладаетъ надъ количествомъ фиксатора, повидимому, чаще въ экссудатахъ, чѣмъ трансудатахъ.

5) Изолитическія свойства крови и серозныхъ жидкостей представляютъ собой индивидуальныя особенности нѣкоторыхъ людей. Въ крови изолитины существуютъ въ большемъ количествѣ и чаще, чѣмъ въ экссудатахъ и трансудатахъ; изолитическія свойства крови и экссудатовъ и трансудатовъ не идутъ параллельно другъ другу; въ течение болѣзни изолитины не всегда существуютъ постоянно въ экссудатѣ или трансудатѣ, они могутъ исчезать изъ той серозной жидкости, въ которой были раньше.

6) Изолитическія свойства крови и серозныхъ жидкостей обнаруживаются часто лишь по отношению къ крови опредѣленныхъ людей, тогда какъ кровь другихъ людей кровью или серозной жидкостью данного больного не разрушается. Поэтому для обнаруженія изолитиновъ въ крови или серозной жидкости необходимо въ качествѣ реактива брать кровь различныхъ людей.

7) Гемолитическія и изолитическія свойства серозныхъ жидкостей всегда зависятъ отъ присутствія въ этихъ жидкостяхъ фиксатора и алексина; свойства эти не идутъ параллельно, не зависятъ отъ осмотического напряженія, количества бѣлка, свертываемости или количества лейкоцитовъ въ серозныхъ жидкостяхъ.

8) Опредѣленіе количества бѣлка и удѣльнаго вѣса серозныхъ жидкостей не имѣетъ абсолютнаго значенія для отличія экссудатовъ и трансудатовъ, вслѣдствіе отсутствія рѣзкой границы между экссудатами и трансудатами въ отношеніи количества бѣлка и удѣльнаго вѣса и вслѣдствіе существованія смѣшанныхъ и переходныхъ формъ серозныхъ жидкостей. Въ такихъ случаяхъ для отличія экссудатовъ отъ трансудатовъ имѣетъ значеніе предложенная Rivalta и Runeberg'омъ реакція нуклеоальбумина.

9) Осмотическое напряженіе серозныхъ жидкостей въ громадномъ большинствѣ случаевъ стоитъ близко къ осмотическому напряженію крови и не представляетъ собой ничего характернаго ни для характера, ни для періода болѣзни; поэтому опредѣленіе осмотического напряженія серозныхъ жидкостей лишено діагностическаго и прогностическаго значенія.

10) Свертываніе существуетъ значительно чаще и въ большей степени въ воспалительныхъ серозныхъ жидкостяхъ; въ трансудатахъ свертываніе отсутствуетъ или очень незначительно. Однако, вслѣдствіе существованія сравнительно нѣрѣдкихъ исключеній изъ правила значительной свертываемости экссудатовъ, значительное свертываніе серозной жидкости говоритъ за воспалительный характеръ ея, тогда какъ отсутствіе свертыванія еще не указываетъ на трансудативный характеръ жидкости. Свертываніе серозныхъ жидкостей имѣетъ лишь небольшое прогностическое значеніе. Гнойныя жидкости почти или совсѣмъ не свертываются.

11) Наиболее цѣнные результаты получаются отъ цитодіагностики серозныхъ жидкостей полости плевры (и спинномозговой полости по наблюденіямъ другихъ авторовъ). Цитодіагностика жидкостей брюшной полости (и перикардія, по другимъ авторамъ) большого значенія не имѣетъ.

12) Преобладаніе лимфоцитовъ въ серозныхъ плевритическихъ экссудатахъ характерно для туберкулезныхъ плевритовъ, при которыхъ лимфоцитозъ наблюдается въ громадномъ большинствѣ случаевъ. Лимфоцитозъ, однако, не является специфичнымъ для туберкулеза признакомъ, а есть лишь признакъ хроническаго или подостраго воспаленія плевры и какъ таковой наблюдается чаще всего при туберкулезѣ. Въ рѣдкихъ случаяхъ туберкулезнаго плеврита въ экссудатѣ можетъ наблюдаться преобладаніе многоядерныхъ лейкоцитовъ, тогда какъ лимфоцитозъ можетъ наблюдаться въ рѣдкихъ случаяхъ и при хронически, торпидно развивающихся нетуберкулезныхъ плевритахъ.

13) Рѣзкой разницы между первичными и вторичными туберкулезными плевритами въ отношеніи микроскопиче-

ской картины осадка не существует, хотя первичные плевритические экссудаты чаще, чѣм вторичные, содержат значительное количество форменных элементов (красных кровяных шариковъ, лейкоцитовъ). Количество эндотелия въ экссудатѣ при обѣих формах плевритовъ невелико.

14) Острые нетуберкулезные плевритические экссудаты характеризуются въ большинствѣ случаевъ преобладаніемъ многоядерныхъ лейкоцитовъ надъ другими видами лейкоцитовъ.

15) Карциноматозные плевритические и перитонеальные экссудаты большей частью содержатъ характерныя раковыя клѣтки.

16) Микроскопическая картина серозныхъ асцитическихъ жидкостей при другихъ заболѣваніяхъ брюшины большого діагностическаго значенія не имѣетъ въ виду того, что одинаковая микроскопическая картина можетъ встрѣчаться при различныхъ заболѣваніяхъ, напр., лимфоцитозъ наблюдается при туберкулезныхъ и хроническихъ нетуберкулезныхъ перитонитахъ и въ трансудатахъ при циррозѣ печени.

Для діагностики и прогноза экссудатовъ и трансудатовъ были предложены и отчасти имѣютъ важное значеніе нѣкоторые другіе методы изслѣдованія серозныхъ жидкостей. Наибольше важное значеніе среди этихъ методовъ изслѣдованія имѣетъ бактериологическое изслѣдованіе серозныхъ жидкостей, которое производится посредствомъ микроскопическаго изслѣдованія, инокоціи, культуръ и прививокъ животнымъ. При этомъ въ практическомъ отношеніи приходится различать туберкулезные и нетуберкулезные экссудаты. При нетуберкулезныхъ экссудатахъ микроскопическое изслѣдованіе даетъ положительныя результаты главнымъ образомъ при изслѣдованіи гнойныхъ экссудатовъ, тогда какъ серозные нетуберкулезные экссудаты содержатъ большей частью лишь незначительное число бактерий, которое не мо-

жетъ быть опредѣлено путемъ микроскопическаго изслѣдованія; иногда же, особенно въ поздніе періоды своего существованія, экссудаты эти оказываются стерильными, что отчасти объясняютъ бактерицидными свойствами серозныхъ жидкостей. Лучшіе результаты получаются отъ посѣвовъ экссудатовъ на различныя питательныя среды, хотя и при этомъ способѣ изслѣдованія небольшая часть нетуберкулезныхъ серозныхъ плевритическихъ экссудатовъ оказывается стерильными; объясняется это отчасти бактерицидностью серозныхъ жидкостей, отчасти ослабленіемъ бактерий и потерей ими вирулентности, вслѣдствіе чего бактерии не растутъ на искусственныхъ питательныхъ средахъ (Ravaut). Но въ большей части нетуберкулезныхъ серозныхъ плевритическихъ экссудатовъ удается посредствомъ культуръ обнаружить болѣзнетворныя бактерии, и поэтому большинство авторовъ согласно въ томъ отношеніи, что стерильные серозные плевритические экссудаты всегда возбуждаютъ подозрѣніе относительно туберкулезнаго происхожденія ихъ. Прививки экссудатовъ животнымъ примѣняются почти исключительно для открытія въ экссудатахъ туберкулезныхъ бактерий вслѣдствіе небольшого содержанія этихъ бактерий въ туберкулезныхъ экссудатахъ. Различные авторы получали съ методомъ прививки экссудатовъ животнымъ неодинаковыя результаты: одни лишь рѣдко могли установить съ помощью этого метода туберкулезный характеръ плевритическихъ экссудатовъ, другіе же находили туберкулезныя бактерии въ $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ первичныхъ и еще чаще при вторичныхъ туберкулезныхъ плевритическихъ экссудатахъ (Grober, Ravaut, Appel и другіе). Неблагопріятные результаты другихъ авторовъ Grober и Ravautъ объясняютъ недостатками методики. Методъ посѣвовъ и обычное микроскопическое изслѣдованіе туберкулезныхъ экссудатовъ даютъ большей частью отрицательныя результаты. Лучшіе результаты даетъ, повидимому, предложенная Jousset и видоизмѣненная Зебровскимъ инокоція, т.-е. отыскиваніе туберкулезныхъ бактерий въ фибринозномъ сверткѣ и въ осадкѣ плевритическихъ экссудатовъ.

Къ бактериологическому изслѣдованію тѣсно примыкаетъ

ислѣдованіе больныхъ плевритиковъ посредствомъ выпрыскиванія туберкулина Koch'a и посредствомъ предложенной Courmont серодиагностики туберкулезныхъ бациллъ. Выпрыскиванія съ діагностическими цѣлями больнымъ туберкулина Koch'a въ настоящее время вообще сравнительно мало примѣняются вслѣдствіе того, что онѣ признаны не безразличными для здоровья больныхъ. Въ частности у плевритиковъ выпрыскиванія эти не примѣняются вслѣдствіе небольшого діагностическаго значенія ихъ: по мнѣнію Ravaut, положительный результатъ такого выпрыскиванія показалъ бы лишь существованіе вообще туберкулеза у ислѣдуемаго больного, но не доказалъ бы туберкулезнаго характера плеврита, такъ какъ туберкулезомъ могли бы быть поражены не плевра или легкія, а лимфатическія железы, кости или другіе органы больного.

Серодиагностика туберкулезныхъ плевритическихъ экссудатовъ была предложена P. Courmont, который въ туберкулезныхъ серозныхъ экссудатахъ такъ же какъ и въ крови туберкулезныхъ больныхъ находилъ почти постоянно вещества, агглютинирующія туберкулезныя бациллы.

О значеніи серодиагностической реакціи крови при туберкулезѣ большинство авторовъ пришло къ заключенію, что реакція агглютинаціи туберкулезныхъ бациллъ имѣетъ нѣкоторое значеніе для діагноза туберкулеза, хотя и встрѣчается въ крови туберкулезныхъ больныхъ далеко не такъ постоянно, какъ реакція Widal'а у брюшнотифозныхъ (Marini, Jousset et Paraskevopoulos и другіе).

Наблюденія Courmont относительно существованія специфическихъ агглютинирующихъ веществъ въ серозныхъ туберкулезныхъ плевритическихъ экссудатахъ подтвердили также Widal et Ravaut.

Подобно Courmont авторы эти нашли въ большей части туберкулезныхъ плевритическихъ экссудатовъ специфическіе для туберкулезныхъ бациллъ агглютинины. Сравнительно мало распространена эта реакція въ клиникахъ отчасти вслѣдствіе сравнительной сложности ея (Ravaut), отчасти вслѣдствіе недостаточнаго постоянства результатовъ (Labbe).

Въ отношеніи химическихъ свойствъ серозныхъ жидкостей были сдѣланы также попытки отличать экссудаты и трансудаты посредствомъ содержанія въ этихъ жидкостяхъ мочевины и амидокислотъ (Olori, Ulrici), но результаты ислѣдованій въ этомъ отношеніи получились отрицательные: оказалось, что разницы въ отношеніи содержанія мочевины и амидокислотъ между экссудатами и трансудатами не существуетъ.

Затѣмъ были указанія (Signorelli) о томъ, что трансудаты постоянно содержатъ замѣтныя количества глюкозы, тогда какъ въ экссудатахъ содержатся лишь слѣды ея. Наблюденія эти однако не подтвердились (Memmi).

Относительно содержанія въ серозныхъ жидкостяхъ нѣкоторыхъ ферментовъ окончательнаго вывода еще не получено. По наблюденіямъ Memmi и другихъ авторовъ экссудаты содержатъ большее количество липазы, чѣмъ трансудаты. По наблюденіямъ Galdi аутолитическіе процессы въ экссудатахъ выражены сильнѣе, чѣмъ въ трансудатахъ. Также и фибринъ-ферментъ содержится въ экссудатахъ большей частью въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ трансудатахъ. Однако какой-либо границы между экссудатами и трансудатами въ отношеніи количества ферментовъ въ нихъ провести, повидимому, нельзя вслѣдствіе существованія смѣшанныхъ и переходныхъ формъ серозныхъ жидкостей, подобно тому какъ нѣтъ абсолютной границы между экссудатами и трансудатами въ отношеніи бѣлка и удѣльнаго вѣса. Также и Vodou при ислѣдованіи нѣкоторыхъ физико-химическихъ и химическихъ свойствъ серозныхъ жидкостей рѣзкой разницы между трансудатами и экссудатами не находилъ.

Остается еще упомянуть объ ислѣдованіяхъ проходности серозныхъ оболочекъ для нѣкоторыхъ химическихъ веществъ (метиленовая синька, йодистый калий и салициловый натръ). Часть авторовъ ислѣдовала появленіе въ различныхъ серозныхъ жидкостяхъ этихъ веществъ при введеніи ихъ больнымъ per os или подъ кожу, тогда какъ другіе авторы изучали всасывательную способность серозныхъ оболочекъ по появленію въ мочѣ этихъ веществъ при выпры-

скиваніи послѣднихъ въ серозныя полости. По наблюденіямъ нѣкоторыхъ авторовъ (Rosenbach u. Pohl, Berger, Castaigne) эти методы даютъ возможность различать экссу-даты и транссудаты и даютъ указанія для сужденія о періодѣ накопленія или всасыванія плевритическихъ экссу-датовъ; другіе авторы однако этихъ наблюденій подтвер-дить не могли (Memmi, Widal et Ravaut, Achard et Loeper). Исслѣдованія эти установили лишь пониженіе всасы-вальной способности плевры при различныхъ формахъ ея воспаленія (Ramond et Tourlet, Widal et Ravaut, Castaigne, Гогитидзе).

Приношу сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору Михаилу Владиміровичу Яновскому за предло-женную интересную тему и за постоянное руководство при ея выполненіи; благодарю его также за медицинское обра-зованіе, которое я получилъ въ его клиникѣ.

Благодарю глубокоуважаемаго Николая Яковлевича Кетчера, старшаго ординатора терапевтическаго отдѣленія больницы Св. Маріи Магдалины за цѣнное руководство при практическомъ изученіи внутреннихъ болѣзней въ названной больницѣ.

Благодарю глубокоуважаемаго Георгія Юльевича Явейнъ за доброе отношеніе и руководство при клиническихъ заня-тіяхъ въ бытность его ассистентомъ проф. М. В. Яновскаго.

Благодарю завѣдующаго водолечебницей при клиникѣ проф. М. В. Яновскаго Александра Осиповича Игнатовскаго за помощь и руководство при изученіи гидротерапіи и другихъ физическихъ методовъ леченія.

Благодарю также ассистента клиники Александра Нико-лаевича Иванова за доброе отношеніе и постоянную готов-ность помочь при встрѣчавшихся затрудненіяхъ.

Благодарю также студ. Арбузова, Варыпаева, и Матвѣева за сильную помощь при изученіи изолизиновъ.

Исторіи болѣзней

поставлены для удобства чтенія въ томъ же порядкѣ, какъ и предста-вляемы въ таблицѣ I свѣдѣнія о свойствахъ экссудатовъ и транссу-датовъ.

Часть больныхъ наблюдалась мною, другая же часть другими вра-чами, которымъ я и выражаю мою признательность за предоставленіе мнѣ исторій болѣзней для напечатанія въ моей диссертаціи.

№ 1.

Pleuritis exsud. dextra purulenta.

И—въ, Н., 35 л., поступилъ въ Клин. В. Госп. въ клинику проф. М. В. Яновскаго 4/xi, 14/xi 1904 г. переведенъ для операціи въ госпит. хирург. клинику проф. С. П. Федорова, выписался 10/ii 1905 г.

Больной до настоящаго заболѣванія былъ, по его словамъ, всегда здоровъ. Среди родственныхъ tuberculosis, повидимому, нѣтъ. Настоящее заболѣваніе началось остро недѣли 1½ назадъ: появились зубы, боли въ правомъ боку, одышка и кашель.

5/xi St. Praesens. Больной средняго роста, слабаго сложенія, питанія плохого. Правый бокъ при дыханіи отстаетъ отъ лѣваго, выпя-чиванія праваго бока незаметно. Въ правой половинѣ грудной кѣтки опредѣляется тугопость; спереди верхняя граница ея на 4 p., сзади—у середины лопатки. Въ области тугопости голосовое дрожаніе и дыханіе ослаблены. Въ остальныхъ частяхъ легкихъ перкуторный звукъ ясный, дыханіе большей частью везикулярное, мѣстами жесткое. Въ сердцѣ и органахъ брюшной полости измѣненій не найдено. Мокроты нѣтъ. Въ мочѣ ничего ненормальнаго не найдено. № значительно повышена. П. 100. Д. 24.

8. № попрежнему повышается. Кашель меньше. Мокроты нѣтъ. Перку-торныя явленія тѣ же. Сзади надъ экссудатомъ дыханіе съ бронхиальнымъ.

оттѣнкомъ. Самочувствіе больного попрежнему плохое. Пункцией по I. axill. d. med. въ 6 межреб. промеж. получено 30 к. с. сильно мутной серозной жидкости, въ которой плаваютъ много фибриновыхъ хлопьевъ, закупорившихъ въ концѣ пункции иглу Потеніонскаго насоса. Вслѣдствіе закупорки иглы аспирація экссудата прекращена. Удѣльный вѣсъ экссудата 1020, бѣлка по Зеваху 39⁰/₁₀₀; точка замерзанія экссудата—0,50. Нуклеоальбумина очень много. Свертываніе экссудата значительно. На окрашенномъ препаратѣ бактерій не найдено, многоядерныхъ лейкоцитовъ 62⁰/₁₀₀, одноядерныхъ 24⁰/₁₀₀, лимфоцитовъ 14⁰/₁₀₀. П. 100 Д. 22.

10. Плевритическая тупость на томъ же уровнѣ. У средины пр. лопатки дыханіе съ бронх. оттѣнкомъ, и временами слышны мелкопузырчатые хрипы. Слѣва подъ угломъ лопатки — рѣдкіе мелкопузырчатые хрипы. П. 93. Д. 24.

13—14. Чувствуется себя довольно хорошо, болѣе въ пр. боку почти нѣтъ. Въ мокротѣ туберк. bacillus не найдено. Сзади верхняя граница плеврит. тупости на 1 палецъ выше середины лопатки. П. 90. Д. 24.

15. Плеврит. тупость начинается сзади отъ *spinae scapulae*; по сосковой и средней подмышечной л. съ 4-го р. Толчокъ сердца въ 5 межреб. промежуткѣ по сосковой л., правая граница сердца не опредѣляется вслѣдствіе плеврит. тупости. П. 92. Д. 26.

При пункции по I. axillaris d. med. въ 7 межреб. промежуткѣ получено лишь 2 капли довольно жидкаго гноя; подъ микроскопомъ большинство многоядерные лейкоциты.

24. Плеврит. тупость сзади на уровнѣ *spinae scapulae*, спереди по сосковой л. верхняя граница тупости на 5 р. Бронхиальнаго дыханія и хриповъ у пр. лопатки не слышно. Большой жадуется на боли въ животѣ и жидкій стулъ раза 3 въ день. П. 94. Д. 22.

26. Верхняя граница плеврит. тупости сзади на 1 палецъ ниже *spinae scapulae*, спереди явленія тѣже. П. 94. Д. 22.

29. Плеврит. тупость по прежнему; въ области пр. соска слышно бронх. дыханіе. П. 90. Д. 22.

9 XII. Объективно явленія тѣже. Дихорадка попрежнему довольно значительная, безъ опредѣленнаго типа. Пункцией по I. axillaris d. med. въ 6 межреб. промежуткѣ получено 10 к. с. гноя. Подъ микроскопомъ диплококки. П. 92. Д. 22.

10. Въ области пр. соска слышенъ шумъ тренія плевры. П. 90. Д. 24.

14. Переводится въ I хирургическое отдѣленіе для операціи эмпіемы.

18. Притупленіе сзади отъ средины пр. лопатки, у нижняго угла лопатки притупленіе переходитъ въ полную тупость. Надъ притупленіемъ дыханіе съ бронх. оттѣнкомъ; въ области тупости дыханіе и голоеоее дрожаніе ослаблены. Въ области пр. соска шумъ тренія плевры. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.

19. При операціи эмпіема выпущено литра 2 гноя.

Послѣ операціи состояніе больного значительно улучшилось. ¹⁰ большой частью была въ предѣлахъ нормы. Гнойная полость повсемного заросла.

Въ половинѣ февраля 1905 года потребовался вторичный разрывъ вслѣдствіе обнаружившагося новаго скопленія гноя. Послѣ этого состояніе больного окончательно улучшилось, и больной выписался 10/III 1905 г. лишь съ небольшимъ свищомъ, ведущимъ въ небольшую полость.

№ 2.

Tuberculosis pulmonum. Pleuritis purul. dextra.

A—Въ, А., крестьянинъ, 35 л., поступилъ въ Кз. В. Г. въ клинику проф. М. В. Яновскаго 4/II 1905 года, умеръ 24/II.

Большой кашляетъ уже давно, и у него бывали иногда ночные поты и кровохарканья. Считаетъ себя больнымъ около мѣсяца. Жадуется на боли въ пр. боку, слабость, одышку. Слабость и одышка появились только двѣ недѣли назадъ.

St. praes. Большой слабъ и сильно потопенъ. Въ пр. половинѣ грудной клѣтки имѣется тупость: спереди она начинается съ 3-го р. сзади на 3 пальца выше угла лопатки. Въ области тупости голоеоее дрожаніе и дыханіе ослаблены. Только сзади на 1 палецъ клѣтки отъ лопаточной л. и на 2 пальца ниже угла пр. лопатки слышны жесткое дыханіе и небольшіе мелко-пузырчатые хрипы. Надъ л. лопаткой притупленіе и выдыхъ. Спереди плеврит. тупость переходитъ на грудницъ въ сердечную. Верхняя и л. границы сердца нормальны. Тоны чисты, немного слабы. Животъ большой, напряженный, вздутый, неболезненный. Печень и селезенку прощупать не удается. Небольшіе отеки ногъ. ¹⁰ 36,8—37,5. П. 90. Д. 24. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ, удѣльный вѣсъ ея 1011.

6. Пункцией на 1 палецъ кнаружи отъ лопаточной л. въ 8 межреб. промеж. получено 650 к. с. немного жидкаго гноя. П. 84. Д. 24. ¹⁰ 37,8—37,6.

7. Тупость сзади справа начинается на 1 палецъ ниже угла лопатки, спереди и по I. axillaris съ 4-го р. Голоеоее дрожаніе и дыханіе въ области тупости рѣзко ослаблены. На 1 палецъ кнаружи отъ пр. соска на 5 р. слышна крепитация. Животъ большой, вены на немъ довольно сильно развиты. Въ брюшной полости имѣется подвижная жидкость, которая въ стоячемъ положеніи больного на 1 палецъ не доходитъ до пупка. Стулъ жидкій, раза 2—3 въ день. ¹⁰ 37,2—37,0. П. 86. Д. 22. Уд. вѣсъ мочи 1004. Количество мочи большое (не меньше 2500 к. с.).

8. ¹⁰ 37,4—37,8. П. 86. Д. 22.

9. В мокротѣ найдены туберк. бактерии.

10. № 37,6—38,0. П. 84. Д. 22.

11. № 37,8—38,0. П. 88. Д. 22.

12. № 37,0—37,5. П. 88. Д. 20.

13. Спереди и по I. axillaris тугость на прежнемъ уровнѣ; сзади отъ угла лопатки. Остальныя явления тѣже. № 37,0—37,3. П. 88. Д. 22. Уд. вѣсъ мочи все время низкій: 1003—1004. Вѣзка въ мочѣ нѣтъ.

16. Уровень плеурит. тугости сзади на 1½ пальца выше угла лопатки, спереди попрежнему съ 4-го р. Уровень жидкости въ брюшной полости тотъ же. На слизистой оболочкѣ обѣихъ щекъ имѣются нѣсколько поверхностныхъ язвочекъ, покрытыхъ сѣроватымъ налетомъ. П. 84. Д. 22. № 37,0. Переводится въ хирург. отдѣленіе для операціи эмпиемы.

18. При операціи выпущено болѣе 1000 к. с. гнойной жидкости, содержащей подъ микроскопомъ ланцетовидныя диплококки.

22—23. Выпотъ въ брюшной полости statu quo. Больной слабѣетъ. Умеръ 24/ч. Трупъ отданъ для погребенія безъ вскрытія.

№ 3.

Hydrocephalus internus.

III—ръ, А., 7 мѣс. Принята въ Кл. В. Г. въ 1 хар. отд. проф. С. П. Федорова 23 октября, умерла 7 ноября 1904 г.

Болезня родилась въ срокъ и до 6 недѣль развивалась правильно, за это время у нея бывали только поносы. На 6-й недѣль внезапно появились судороги, сопровождавшіяся повышениемъ № и второй и продолжавшіяся 2 дня. Приблизительно черезъ мѣсяць послѣ этого мать замѣтила увеличеніе головки, медленно съ тѣхъ поръ нараставшее. Время отъ времени появлялись судороги. Мѣсяць тому назадъ больная была помѣщена въ клинику дѣтскихъ болѣзней проф. Гундобина, гдѣ ей 2 раза были сдѣланы понижающіе прокаты по Quinque; послѣ второго проката окружность головки уменьшилась на 1 сантиметръ. Общее состояние больной оставалось безъ переменъ. Отецъ — алкоголикъ. Въ остальномъ наследственность благоприятна.

23/х. St. praes. Больная хорошо упитанная и развитой для своего возраста ребенокъ. Голова значительно увеличена, окружность ея 59 сантиметръ, большой родничекъ очень расширенъ, напряженъ, напряжение усиливается при крикѣ. Черепныя кости раздвинуты. Имѣется незначительное саблевидное искривленіе голени. Поверхностныя лимфатическія железы все слегка увеличены. Временами у больной замѣчаются

тоническія судороги мышцъ конечностей. Въ остальномъ отклоненій отъ нормы не найдено. № нормальна.

5/XI. При операціи было выпущено приблизительно 200 к. с. прозрачной и свѣтлой цереброспинальной жидкости. Явленій шока и паденія сердечной дѣятельности при этомъ не замѣчалось.

7. Смерть при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности.

Epicrisis. Hydrocephalus internus chronicus.

№ 4.

Spondylitis et abscessus retropharyngeus. Liquor cerebrospinalis normalis.

С—ъ, И., 35 л., пост. въ больницу Св. Маріи Магдалены 30/х, умеръ 21/VI 1905 г.

Заболѣлъ 4 дня назадъ; жалуются на головную боль, лому по всему тѣлу, кашель, насморкъ, бредъ. При поворотахъ и движеніяхъ головы — сильныя боли.

St. praes. При перкуссии въ легкихъ и въ сердцѣ ничего ненормальнаго не найдено. Тоны сердца чисты. Въ легкихъ разсыянные сухіе хрипы. Печень увеличена пальца на 2, болѣзненна, селезенка протуха; въ тѣлѣ небольшая краснота. Въ мочѣ ничего ненорм. не найдено. № 38,0—37,4. П. 88. Д. 24.

Съ 1/VI—15/VI состояніе больного замѣтно ухудшилось: головная боль и затрудненіе при сгибаніи и поворотахъ головы усилились, кашель сталъ сильнѣе и болѣе сталъ замѣтно слабѣе. № все время была повышена и неправильно колебалась между 37,1—38,7.

16. Сильная головная боль, кашель, доводившій часто до рвоты, слабость. Воли въ л. ухъ. Временами являются затрудненіе, какъ бы стенотическое дыханіе и въ то же время хриплый, какъ бы сдавленный голосъ; явленіе это продолжается 1—2 минуты и повторяется по нѣскольку разъ въ день. Легкія растянуты, границы ихъ мало подвижны. Въ легкихъ жесткое дыханіе и рѣдкіе сухіе хрипы. Тоны сердца чисты, глухи и слабы. Небольшая асимметрия лица. Остальное statu quo.

18. Ротъ при открываніи скошенъ нѣтъ. Небольшой ptosis правого вѣка.

19. Лумбальной пункцией получено 7 к. с. прозрачной какъ вода жидкости. При микроскопическомъ изслѣдованіи очень небольшое количество лимфоцитовъ.

21. Смерть.

Epicrisis. Spondylitis. Abscessus retropharyngeus.

№ 5.

Cirrhosis hepatis atrophica.

Ф—ва, М., 71 г., пост. в больницу Св. Марии Магдалены 20/у 1904 г., умерла 5/у 1905 г.

Болезнь наблюдалась мною только во время пункций. В историю болезни я нашел следующие сведения.

20/у. Больна около 1½ литр. Сердцебиение, отеки ног, громадный асцит. 1° 36,0 вечером.

21. 1° 36,0—38,1. П. 70. Д. 22. Проколомъ живота выпущено 32 литра жидкости.

22. 1° 36,0—37,8. П. 80. Д. 32. Самочувствие лучше. Печень и селезенка не прощупываются. Живот еще довольно сильно наполнен асцитической жидкостью. Сердце прикрыто. Точка въ 6 мекреберья. Вместе съ первымъ тономъ у верхушки слабый шумъ. Артерия склерозирована. Желтухи нѣтъ.

23.	1° 36,4 — 37,4	П. 84	Д. 27
24.	1° 36,7 — 37,0	" 94	" 30
25.	1° 36,6 — 37,0	" 80	" 28
26.	1° 36,6 — 37,7	" 86	" 26
27.	1° 36,0 — 37,1	"	"
28.	1° 36,6 — 37,6	"	"
29.	1° 36,9 — 37,3	" 80	" 28
30.	1° 36,5 — 38,0	" 94	" 30
31.	1° 36,9 — 38,2	" 106	" 32
1/у.	1° 36,5 — 38,5	" 96	" 32
2.	1° 37,0 — 38,3	" 100	" 32
3.	1° 36,8 — 37,8	" 92	" 30

Количество жидкости въ животъ увеличивается и соответственно ухудшается самоочистительная и утилизационная способность организма.

4. 1° 36,7 — 37,1 " 100 " 30. Проколомъ живота выпущено 26 литровъ желтоватой совершенно прозрачной жидкости; удѣльный вѣсъ ея 1008, бѣлка 9%, точка замерзания—0,55; трансудатъ не свертывается; подъ микроскопомъ въ центрофугированномъ осадкѣ немного эндотелія и лейкоцитовъ; среди посѣданныхъ 10% многоядерныхъ, 5% одноядерныхъ и 85 % лимфоцитовъ.

Послѣ пункции прощупывается печень, она уменьшена, плотна, лѣвая доля мелко бугриста. Селезенка прощупывается.

5.	1° 36,9 — 37,4	П. 106	Д. 30.	21.	1° 36,8 — 37,5	П. 84	Д. 36.
6.	1° 36,7 — 37,5	" 114	" 32.	22.	1° 36,5 — 37,2	" 84	" 36.
7.	1° 37,1 — 37,7	" 110	" 34.	23.	1° 36,5 — 37,7	" 84	" 32.
8.	1° 36,3 — 37,8	" 110	" 30.	24.	1° 36,1 — 37,6	" 90	" 26.
9.	1° 37,1 — 37,4	" 110	" 35.	25.	1° 35,9 — 37,8	" 86	" 24.
10.	1° 36,5 — 37,3	" 110	" 32.	26.	1° 36,9 — 37,5	" 88	" 25.
11.	1° 36,3 — 37,3	" 108	" 33.	27.	1° 36,3 — 37,4	" 80	" 40.
12.	1° 36,8 — 37,1	" 100	" 32.	28.	1° 36,7 — 37,3	" 90	" 34.
13.	1° 36,0 — 36,3	" 104	" 31.	29.	1° 36,3 — 37,1	" 84	" 30.
14.	1° 36,5 — 37,4	" 88	" 40.	30.	1° 36,0 — 37,4	" 88	" 32.
15.	1° 36,9 — 37,0	" 84	" 36.	1/у.	1° 36,2 — 36,9	" 90	" 32.
16.	1° 36,0 — 37,7	" 86	" 34.	2.	1° 36,5 — 37,2	" 88	" 26.
17.	1° 36,5 — 37,4	" 78	" 32.	3.	1° 37,5 — 37,3	" 90	" 27.
18.	1° 36,6 — 37,2	" 75	" 30.	4.	1° 37,0 — 38,5	" 81	" 24.
19.	1° 36,5 — 37,1	" 90	" 28.	5.	1° 37,4 — 37,9	" 84	" 23.
20.	1° 36,5 — 37,8	" 92	" 26.	6.	1° 37,7 — 37,8	" 90	" 24.

7. 1° 36,5—37,5. П. 86. Д. 26. Проколомъ живота выпущено 20000 к. с. прозрачной, желтоватой жидкости; удѣльный вѣсъ ея 1007, бѣлка 12%, точка замерзания—0,51; трансудатъ не свертывается; подъ микроскопомъ осадокъ состоитъ изъ небольшого количества эндотелія и лейкоцитовъ; среди посѣданныхъ 8% многоядерныхъ, 6% одноядерныхъ и 86% лимфоцитовъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни состояніе больной долгое время не измѣнялось. 1° оставалась повышенной и неправильно колебалась, количество жидкости въ животѣ быстро увеличивалось, такъ что пришлось до смерти выпускать жидкость 5 разъ (11/уи—18 литровъ, 6/ix—25 литровъ, 30/ix—24 литра, 29/x—24 литра, 27/xi—22 литра); жидкость была все время совершенно прозрачной, кромѣ выпущенной 27/xi, которая была мутна.

Смерть 5/у 1905 г.

Epicrisis. Cirrhosis hepatis atrophica. Ascites et peritonitis (?) exsudativa seroso-purulenta.

№ 6.

Hydrocele.

П—вѣ, А., 35 л. пост. въ Кл. В. Г. въ 1 хир. клин. проф. С. П. Федорова 4/xi, выпущена 30/xi 1904 г.

Большой лѣтъ 7 назадъ болѣлъ уретритомъ, во время рецидива котораго у него тогда же появился epididymitis.

По излечении последнего у больного было замечено скопление жидкости в полости правого яичка. Количество жидкости увеличилось и потребовалось выпускание ее посредством проколов, которые в течение трех дней и были сделаны три раза. Затем за последние 3—3½ года больной чувствовать себя хорошо. Жидкость в полости правого яичка накопилась только к вечеру, к утру же жидкость исчезала. Месяца 4 назад больной много ходил и вздымать носить этого количества жидкости опять стало увеличиваться и теперь опухоль в правой половине мошонки достигла величин в два кулака.

Тяжелое положение и питания хорошего.

St. praes: Во внутренних органах больного ничего ненормального не найдено. Опухоль в правой стороне мошонки эластической консистенции, просвечивается. Кожа penis растянута и участвует в образовании покровов опухоли. Левое яичко подтянуто и прощупывается сверху у основания penis. Правое яичко прощупать не удается. ¹° нормальна.

6/XI. Операция под кокаином. При операции выпущено около литра желтоватой жидкости.

После операции выздоровление и зарастание полости правого яичка шло хорошо и больной 30/VI выписался здоровым.

№ 7.

Cirrhosis hepatis atrophica.

П—В, В., 26 л., пост. в Кл. В. Г. в клинику проф. М. В. Яновского 23/IV, выписался 1/VI 1905 г.

Неделю назад был озлоб и жар; на 2-й день после этого больной замечал увеличение живота и отек ног. Болей в животе, отрыжки, тошноты или рвоты не было. Лице и алкогольам больной отрицает. Женаты, имевать двух здоровых детей. Раньше всегда, по его словам, был здоров, только за последние ½ года у больного были почти постоянно поносы по 3—4 раза в день.

St. praes: Большой среднего роста и сложения, питания плохого. Граница легких приподнята на 1 р., подвижна. Над л. лопаткой небольшое заглужение и верхушка л. легкого стоит на 1 палец ниже верхушки правого.

Во обычных верхних долях легких выдых. По I. axillaris post. d. на 7—8 ребрах крепитация. В сердце ничего ненормального не найдено. Живот сильно увеличен и в брюшной полости содержится жидкость, верхний уровень которой стоит на 6 пальцев выше пупка. Жидкость свободно подвижна. Селезенка значительно увеличена; по I. axillaris она на 3 пальца выступает из-за реберного края, кнутри на 4 пальца

не доходить до срединной л. Печень не прощупывается. На ногах небольшие отеки, правая нога значительно больше отека, чем левая. Вьлка и сахара в моче нет, удельный вьс ее 1025, количество небольшое. ¹° нормальна. П. 80 Д. 20.

25/IV. Крепитация по I. axillaris d. не слышно. Остальные явления те же. Пункцией по I. alba на 4 пальца ниже пупка выпущено 6600 к. с. прозрачной серозной жидкости. Удельный вьс ее 1008, бьлка по Зебаку 6%, точка замерзания—0,57, нуклеоальбумина нет; жидкость не свертывается. Под микроскопом осадок содержит 14% многоядерных, 8% одноядерных лейкоцитов и 78% лимфоцитов.

После выпуска жидкости печень даже по срединной л. встать прощупать не удается; по сосковой л. печень перкуторно также не определяется—легочный звук прямо переходит в тимпанический. В брюшной полости кроме увеличенной, плотной, неболезненной селезенки ничего ненормального прощупать не удается. П. 72 Д. 18.

26. Жидкость в животе на 1 палец ниже пупка. Отек ног значительно меньше. В легких местами сухие хрипы, крепитация нидь не слышно. ¹° все время нормальна. П. 84 Д. 20.

30. Жидкость в животе на 1 палец выше пупка. Самочувствие хорошее. Стул жидкий раза 3 в день. П. 80 Д. 20.

Во испражнениях довольно большое количество слизи и немного гнойных бьлечей.

Во дальнейшем течении количество жидкости в брюшной полости еще немного пришло и затем с небольшими колебаниями осталось приблизительно на одном уровне в течение всего пребывания больного в клинике. ¹° все время была нормальна. Явления во внутренних органах оставались те же. Во виду молодого возраста больного и отсутствия этиологии возникло сомнение относительно лuetического происхождения цирроза печени. Однако, ртутное лечение не оказало на состояние больного никакого влияния и больной выписался 6/VI приблизительно в том же состоянии, какое отмечено 30/IV.

№ 8.

Cancer hepatis. Ascites.

М—Ъ, К., 60 л., пост. в Кл. В. Г. в клинику проф. М. В. Яновского 18/II, умерь 27/II 1905.

Месяцев 5 назад больной перенес инфлюэнцу с воспалением легких, после которой осталась общая слабость. Затем месяца 2½ назад у больного появились боли в животе, аштит исчез и вскоре стал пухнуть живот. Теперь больной жалуется на слабость, потерь аштита, сильную жажду и одышку; иногда бывают боли в животе.

Небольшой кашель съ обильной мокротой. Стулъ раза 3—4 въ день, жидкий, очень необильный. Лице и алкогольизмъ большой отрицается. Дѣтей у большого не было. Въ 1898 году хворать маляріей.

St. praes. Больной средняго роста и сложенія, сильно исхудавшій. Границы сердца нормальны. Тоны чисты. Границы легкихъ приподняты, подвижны. Въ области пространства Траубе небольшое заглужение, не исчезающее при перемѣнѣ положенія. Въ легкихъ всюду рѣдкіе сухіе и влажные хрипы. Въ л. легкомъ на 2 пальца кнаружи отъ сосковой л. на небольшомъ пространствѣ мелко-пузырчатые хрипы и крепитация. Животъ большой, содержитъ свободную жидкость, которая въ стоячемъ положеніи большого на 1 палецъ не доходитъ до пупка. Печень прощупывается: по срединной л. край ея выступаетъ изъ подъ мечевиднаго отростка на 1½ пальца, по сосковой л. на 1 палецъ, далѣе вправо край печени переходитъ въ опухоль, выступающую по I. axillaris изъ-за края реберъ пальца на 3—3½ и слегка возвышенную надъ остальной поверхностью печени. Селезенка не прощупывается. Въ подложечной области пьются сильно развитыя кожная вены. На погахъ отековъ нѣтъ. № 36,3—36,6. П. 86. Д. 20. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Удельный вѣсъ ея 1020.

20. № 36,4—36,5.

21. Самочувствіе немного лучше. Кашель очень небольшой. Стулъ жидкий, раза 7—8 въ сутки. Аппетитъ нѣтъ, вчера была рвота послѣ еды. Внутняя масса содержитъ много желчи и слизи, свободной HCl нѣтъ, общая кислотность 20. Въ л. легкомъ крепитация слышна попеременно, въ другихъ мѣстахъ легкихъ жесткое дыханіе. Небольшая желтушность склеръ. Пушницей по I. alba на 3½ пальца ниже пупка выпущено 5100 к. с. серозной, слегка мутной жидкости; удельный вѣсъ ея 1007; бѣлка по Эсбаху 11%⁰; точка замерзанія —0,61; въ осадкѣ нейтрофилы 82%⁰, одноядерныхъ лейкоцитовъ 6%⁰, лимфоцитовъ 12%⁰. Послѣ пункції пр. доля печени прощупыв. въ видѣ болѣзненной, слегка бугристой опухоли. Въ подложечной области резистентность и болѣзненность. Селезенка немного увеличена. Верхній уровень жидкости на 4 пальца ниже пупка. П. 94. Д. 20. № 36,0—36,2.

22. № 36,1—36,3.

23. № 36,1—36,2.

24. № 36,3—36,2.

25. № 36,0—35,9.

26. № 35,7—35,8.

27. № 35,5.

Смерть 27/II.

Epicrisis. Neoplasma hepatis cum trombosi venae portae. Ascites sanguinolenta.

№ 9.

Hydrocele.

Е—въ, Ст., 45 л., пост. въ Кл. В. Г. въ 1 хир. отдѣл. проф. С. П. Федорова 22/II, выпущенъ 11/II 1905 г.

Два года тому назадъ во время верховой ѣзды ушибъ мошонку о переднюю луку венгерскаго сѣзда. Въ пр. яичкѣ появилась боль, утихнувшая черезъ недѣлю; послѣ этого большой сталъ замѣчать увеличеніе пр. половины мошонки. Въ послѣднее время въ опухшей мошонкѣ появились тупица боли, усилившіяся къ вечеру, особенно послѣ ходьбы. Уретрита не было. Пить много спиртныхъ напитковъ.

St. praes. Во внутреннихъ органахъ измѣненій не найдено. 1⁰ нормальна. Правая половина мошонки увеличена и достигаетъ величины дѣтскаго кулака; опухоль эта просвѣчивается, не исчезаетъ при попыткѣ вправить ее въ брюшную полость. Звукъ надъ опухолью тупой. Кашельеы точки не передаются. При пальпации опухоль даетъ ощущеніе зыбленія.

28/II. Подъ кожанымъ операциею по Бергманну, при которой выпущено до полустакана желтоватой, прозрачной жидкости. Удельный вѣсъ ея 1021, бѣлка по Эсбаху 38%⁰, точка замерзанія —0,57; нуклеоальбумина нѣтъ; жидкость не свертывается; подъ микроскопомъ содержитъ 44%⁰ многоядерныхъ лейкоцитовъ, 26%⁰ одноядерныхъ и 30%⁰ лимфоцитовъ.

Послѣоперационное теченіе было правильное и 11/II больной выпущенъ здоровымъ.

№ 10.

Tuberculosis pulmonum. Pleuritis exsud. d. ser.

Е—въ, Е., 29 л., пост. въ Кл. В. Г. въ клинику проф. М. В. Яновскаго 9/х, умеръ 14/х 1904 г.

Болезнь года 1½. Возбъвъ началась съ жара, головной боли и либба. Затѣмъ явились боли въ обоихъ бокахъ и кашель съ мокротой. Бывали ночные поты. Кровохарканіе не было. Теперь жалуются на сильный кашель, слабость и одышку, которая появилась мѣсяца 1½ назадъ. Похудѣлъ. Женатъ, имѣетъ 4 дѣтей. Наслѣдственность благопріятная.

St. Praes: Большой высокаго роста, сложенія средняго, питанія плохого. На верхушкѣ праваго легкаго небольшое заглуженіе и выдыхъ. Справа тупость спереди съ 4 р. внизъ, сади на 3 пальца выше угла лопатки. На мѣстѣ тупости ослабленія дыханіе и голосовое дрожаніе. Въ нижней долѣ л. легкаго, особенно спереди и сбоку обильная мягкая

крепитация. Сильные кашель и одышка. В мочѣ бѣлка нѣтъ. t° 38,6—39,3. П. 122 Д. 32.

Польвой замѣтно слабѣетъ.

10/X t° 39,0—40,5.

11. t° 38,8—39,5. П. 124. слабый, ритмичный. Д. 36.

Пункцией по I. axillaris d. post. въ 7 межреб. промежуткѣ получено 250 к. с. сильно кровавистой, серозной жидкости. Удельный вѣсъ ея 1017, бѣлка по Эсбаху 38 $\frac{1}{2}$ %, точка замерзанія—0,53 $\frac{1}{2}$; экссудатъ не свертывается. Подъ микроскопомъ въ осадкѣ многоядерныхъ лейкоцитовъ 5 $\frac{1}{2}$ %, одноядерныхъ 11%, лимфоцитовъ 84%; эндотелия почти нѣтъ.

12. t° 37,6—38,8.

13. t° 39,0—40,0.

14. t° 38,5—38,8.

15. Смерть.

Epicrisis; Pleuritis chron. haemorrhagica d. et adhaes. sin. Tuberculosis pulmonum, laryngis, renum, intestinorum, Henis et glandular. lymphat., portae hepatis et mesenterii.

№ 11.

Cirrhosis hepatis mixta.

Е.—Вѣ, С., 44 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клин. проф. А. П. Фавинскаго 18/х, выписанъ 13/х 1904; вторично пост. 3/1 1905 и умеръ 20/и 1905 г.

Болезнь 3 года, в течение которыхъ существуетъ постоянная желтуха. Недѣли 4 тому назадъ сталъ увеличиваться животъ и стали пухнуть ноги. Вместе съ тѣмъ оправленія кишечника стали неправильными; были то поносы, то запоры. Теперь жалуются на тяжесть въ животѣ и увеличеніе его. Раньше сильно пилъ.

St. praes: Тѣлосложенія нормальнаго, съ подорваннымъ питаніемъ. Вѣсъ тѣла 72,500. Животъ рѣзко увеличенъ, напряженъ; въ полости живота свободная жидкость, уровень ея пальцемъ на 7 выше пупка. Путь ballotement нащупывается въ глубинѣ печени. Селезенка не прощупывается. Въ мочѣ есть желчные пигменты, бѣлка и сахара нѣтъ.

Въ легкихъ и въ сердцѣ измѣненій нѣтъ; границы легкихъ приподняты. t° 36,0—36,7. П. 71. Д. нормально.

20/X. Постѣ каломеля хорошо прослабило. Проколомъ живота выпущено около 5000 к. с. прозрачной жидкости. Удельный вѣсъ ея 1010, бѣлка по Эсбаху—14 $\frac{1}{2}$ %, точка замерзанія—0,54; жидкость не свертывается; подъ микроскопомъ осадокъ содержитъ немного красныхъ кров.

тѣлецъ, эндотелия и лейкоцитовъ; изъ нихъ многоядерныхъ 8 $\frac{1}{2}$ %, одноядерныхъ 4 $\frac{1}{2}$ %, лимфоцитовъ 88 $\frac{1}{2}$ %.

Печень постѣ прокола стала ясно прощупываться, селезенка также прощупывается.

27. t° все время нормальна. Стѣнки живота дряблы, правая половина печени при спокойномъ дыханіи изъ-за края реберъ не выступаетъ, нижній край л. доли печени прощупывается на 4 пальца выше пупка, край печени острый, плотный. На наружной сторонѣ л. доли припухлость сает. 12 ширины и 10 с. ширины, нѣрѣзко ограниченная. Краснота въ центральной части припухлости при давленіи не исчезаетъ. По словамъ больного, у него была 22 года тому назадъ прыга, затѣмъ часто бывала курнивая стѣлота.

28—5/XI. t° все время была нормальна. Больного слабило 2—4 раза въ сутки и у него былъ плохой аппетитъ. Остальные явленія тѣ же.

5. Печень увеличена, лѣвая доля выходитъ изъ подъ края реберъ на 3 пальца; селезенка выступаетъ изъ подъ края лопатныхъ реберъ на 4 пальца. Асцитъ увеличился.

Съ 6—13 въ состояніи больного измѣненій не произошло и 13/х большой выпсался.

Вторично поступилъ 3 января 1905 г.

4/1. Животъ у больного сильно увеличился; жалуются на тяжесть въ намѣ; стулъ 5—7 разъ въ сутки, мочи мало.

St. praes: t° нормальна. Животъ сильно и равномерно во все стороны увеличенъ. На 8 пальцевъ выше пупка опредѣляется флюктуация. Звукъ на животѣ тупой, только въ л. сторонѣ живота съ 7-го р. по I. axillaris med. внизъ на 8 пальцевъ и впереди до I. axillaris ant. тимпаническій звукъ. Печень и селезенка не прощупываются. Со стороны легкихъ и сердца измѣненій не найдено. Граница легкихъ приподнята.

6. t° нормальна. Со стороны внутреннихъ органовъ явленія тѣже. Исследованіе крови: красныхъ кров. тѣлецъ 4,443750, лейкоцитовъ 5210, гемоглобина 64%. Среди лейкоцитовъ многоядерныхъ нейтрофиловъ 66,6 $\frac{1}{2}$ %, базофиловъ 0,4 $\frac{1}{2}$ %, одноядерныхъ и переходныхъ 17,2 $\frac{1}{2}$ %, лимфоцитовъ 12,5 $\frac{1}{2}$ %, эозинофиловъ 3,3 $\frac{1}{2}$ %.

10. Проколомъ живота выпущено 12 литровъ желтоватой, слегка опалесцирующей прозрачной жидкости; удельный вѣсъ ея 1006, бѣлка 25 $\frac{1}{2}$ %. Постѣ выпущенія жидкости въ глубинѣ живота при ballotement нащупывается гладкая, плотная печень и увеличенная плотная селезенка. Стулъ раза 4—5 въ сутки. Остальные явленія тѣ же.

20. У больного появилась erysipelas faciei, вслѣдствіе чего больной былъ переведенъ въ клинику остроозаразныхъ болезней проф. Н. Я. Чистовича.

Къ 3 II erysipelas исчезла и больной былъ переведенъ обратно въ клинику проф. А. П. Фавинскаго.

4. Жалуется на тяжесть в животѣ, одышку и слабость. Слабѣе 3—4 раза въ день безъ болей.

8. Слабость прогрессируетъ. ¹⁰ нормальна. Желтуха сильнѣе.

9. Проколомъ живота выпущено 11 литровъ прозрачной желтоватой жидкости. Удельный вѣсъ ея 1010; бѣлка по Эсбаху 14⁰/₁₀₀; точка замерзания—0,55; нуклеоальбумина нѣтъ; жидкость не свертывается; подъ микроскопомъ немного эндотелія; лейкоцитовъ многоядерныхъ 4%, одноядерныхъ 2%, лимфоцитовъ 94%. Въ мочѣ бѣлка и сахара нѣтъ.

11. Асцитъ увеличивается. Въ области нижней части пр. легкаго слырдит шумъ тренія.

19. Животъ напряженъ. Лицо осунулось. ¹⁰ 37,5. Въ легкихъ дышаніе везикулярное, лишь въ самыхъ нижнихъ частяхъ ихъ, гдѣ перкурторный звукъ уже тупой, небольшие хрипы. На ногахъ небольшие отеки.

22. Выпущено 13¹/₂ литровъ прозрачной желтоватой жидкости, удельный вѣсъ ея 1010; бѣлка по Эсбаху 16⁰/₁₀₀; точка замерзания—0,56; нуклеоальбумина нѣтъ; жидкость не свертывается; подъ микроскопомъ немного эндотелія и лейкоцитовъ; среди нихъ 6% многоядерныхъ, 3% одноядерныхъ и 91% лимфоцитовъ. Послеъ прокола: прощупывается лишь лѣвая доля печени, она плотна, поверхность ея дольчатая, край съ нѣсколькими перетяжками. Селезенка увеличенная, плотная, гладкая.

Съ 23/ш—4/ш. Жидкость въ животѣ опять накопилась, слабость больного увеличилась. 4/ш выпущено проколомъ 15 литровъ прозрачной, желтоватой жидкости.

Послеъ прокола жидкость въ животѣ опять быстро прибыла, больной замѣтно сталъ слабѣе, ¹⁰ была иногда слегка повышена (до 37,4) и больной умеръ 20/ш.

Epicterisis. Cirrhosis hepatis. Ascites.

№ 12.

Fractura cruris d. compl. Sepsis. Gonitis purulenta.

Ч—вѣ, Гр., фельдфебель, 37 л., пост. въ Кл. В. Г. въ 1 хирург. отдѣл. проф. С. П. Федорова 16/хл 1904 г., выписался 6/ш 1905 г.

16/хл. Въ ночь на 16 ноября 1904 г., больной получилъ ударъ по пр. ногѣ. Послеъ оказанія первоначальной помощи и наложенія шиной повязки больной былъ доставленъ въ Клин. Воен. Госпиталь.

При осмотрѣ найденъ сложный переломъ tibiae dextrae. Общее состояние удовлетворительное; пульсъ хорошаго наполненія, несмотря на обильную потерю крови изъ раны. На л. коленномъ вѣздѣ ссадина съ кровоподтеками. На л. лучезапястномъ сочлененіи у ладони — кровоподтеки. ¹⁰ вѣч. 37,7.

17. ¹⁰ 37,0—38,0; 18/хл ¹⁰ 37,0—38,0; 19/хл ¹⁰ 37,2—38,0.

20. Операция подъ хлороформомъ: удаленіе свободныхъ осколковъ кости и сшиваніе остальныхъ. Гидроформ. тампона, сухая марлевая повязка и гипсовая повязка. ¹⁰ 38,0—39,5. Знобѣ.

21. Отдѣленіе раны незначительно. Ломота въ голени, припухлость около раны. ¹⁰ 38,0—37,8.

22. Тампоны замѣнены новыми, сильная ломота въ голени. ¹⁰ 38,4—38,8.

23. Припухлость пр. коленного сустава. ¹⁰ 38,0—39,0.

24. Желтушная окраска всей кожи и склеры. Отсутствіе аппетита и сна. Отдѣляемое раны съ гнилостнымъ запахомъ. ¹⁰ 38,6—38,8. Выринуто 10 к. с. антистафилококковой сыворотки.

25. Отекъ голени и колѣна. Лимфаденитъ. Пробный проколъ и промываніе коленного сустава карбол. кислотой. ¹⁰ 38,0—37,8.

Пробный проколъ полученъ 70 к. с. гноя; удельный вѣсъ 1020; бѣлка по Эсбаху 33⁰/₁₀₀, точка замерзания—0,58; нуклеоальбумина очень много; жидкость не свертывается; подъ микроскопомъ многоядерныхъ лейкоцитовъ 82%, одноядерныхъ 8%, лимфоцитовъ 10%.

26. Операция: вскрытіе коленного сустава. ¹⁰ 37,0—38,5.

Состояніе больного послеъ этой операции не улучшилось.

¹⁰ упала почти до нормы лишь на двое сутокъ. Затѣмъ опять поднялась до высокихъ цифръ. Большой поправился лишь къ 6/ш 1905 г. послеъ тяжелой болѣзни, въ теченіе которой были обнаружены скопленія гноя въ полостяхъ пр. коленного сустава и пр. плечеви и потребовались операціи *exarticulatio genui* и *resectio costae IX d.*

№ 13.

Sarcoma femoris sin.

К—ва, 37 л., пост. въ 1 хирург. отдѣл. проф. С. П. Федорова. 2/ш 1905 г., въ июль сего года переведена въ Петропавловскую больницу.

Исторія болѣзни не получена. Жидкость получена во время операціи изъ оказавшейся въ опухоли полости.

№ 14.

Insufficiencia v. mitralis. Pleuritis haemorrhagica d.

В—вѣ, ДМ., бухгалтеръ, 32 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Пчонского 8/ш, умеръ 25/ш 1905 г.

Поступилъ съ жалобой на одышку, сильный кашель, припадки сердцебиенія и боли подъ ложечкой, усиливавшіеся при ходьбѣ. Въ малолѣт-

ствъ перенесъ корь, года 2 $\frac{1}{2}$ назадъ болѣлъ суставнымъ ревматизмомъ. Лѣтъ 9 назадъ болѣлъ сифилисомъ и гонорреей, лечился и периодически лечится до сихъ поръ ртутью и йодомъ. Женатъ 5 лѣтъ, имѣетъ 2 здоровыхъ дѣтей.

St. praes. Средняго роста, удовлетворительнаго тѣлосложения и питания. Границы легкихъ нормальны, подвижны; въ легкихъ рѣдкіе влажные хрипы. Границы сердца: верхняя — по верхнему краю 4 р., правая — по пр. грудной л., точка — въ 6-омъ межреберья на 2 пальца вправо отъ сосковой л. При аускультации: у верхушки систолическій шумъ, болѣе слабый систолическій шумъ на мѣстѣ выслушивания аорты, на легочной артерій — акцентъ на 2 тоны. Печень увеличена, по средней л. на 3 $\frac{1}{2}$ пальца не доходитъ до пупка, по сосковой л. выступаетъ изъ подъ ребернаго края пальца на 2 $\frac{1}{2}$. На ногахъ довольно большіе отеки. t° 36,8—36,8. П. 94. Д. 25.

10. П. 88. Д. 24. t° 36,6—36,7.

11. П. 86. Д. 24. t° 36,4—36,5.

12. П. 86. Д. 22. t° 36,2—36,6.

13. П. 82. Д. 22. t° 36,8—36,7. Появилась тошнота и рвота. Отеки ногъ попрежнему.

14. П. 80. Д. 24. t° 36,2—36,4. Отеки ногъ, одышка и увеличение печени попрежнему.

15. П. 80. Д. 24. t° 36,3—36,8. Печень нечувствительна, изъ-за края реберъ выступаетъ пальца на 1 $\frac{1}{2}$. Союзъ и асцитъ удовлетворительны. Стулъ 5 разъ, жидкій.

16. П. 82. Д. 24. t° 36,4—36,5.

17. П. 80. Д. 24. t° 36,2—36,3. Была тошнота и рвота, сердцебиение. Отеки ногъ попрежнему. Въ мокротѣ — небольшая примѣсь крови.

18. П. 84. Д. 24. t° 36,1—36,4.

19. П. 86. Д. 26. t° 36,0—36,5.

20. П. 88. Д. 24. t° 36,0—36,3. Чувствуетъ себя удовлетворительно.

21. П. 74. Д. 27. t° 36,3—37,2. Синюшность конечностей значительно меньше.

22. П. 82. Д. 24. t° 36,6—37,1. Ссади около внутр. краевъ лопатокъ прослушиваются крепитующіе хрипы; одышка при малѣйшемъ движеніи; боли въ бокахъ.

23. П. 84. Д. 24. t° 37,0—37,3.

24. П. 78. Д. 26. t° 36,6—36,5. Боли въ груди усилились, кашель частый и болѣзненный. Въ пр. легкомъ жесткое дыханіе, сухіе хрипы, крепитация. Ночь провелъ безъ сна. Слабость.

25. П. 82. Д. 26. t° 36,7—36,9. Печень по сосковой л. выступаетъ на 3 пальца, по срединной на 1 $\frac{1}{2}$ пальца не доходитъ до пупка, чувстви-

тельна. Въ легкихъ справа у угла лопатки приглушеніе, хриповъ значительно меньше, крови въ мокротѣ немного меньше. Одышка.

26. П. 78. Д. 24. t° 37,6—36,0.

27. t° 36,2—36,3. 28/1 t° 35,8—35,8.

29. t° 35,6—36,1. Пункціей правой полости плевры выпущено 1600 к. с. сильно кровянистой жидкости: удѣльный вѣсъ ея 1016, бѣлка 29 $\frac{1}{2}$ % по Эсбаху, точка замерзанія — 0,57, нуклеоальбумина немного, свертываніе незначительно; подъ микроскопомъ многоядерныхъ лейкоцитовъ 90 $\frac{1}{2}$ %, одноядерныхъ 8 $\frac{1}{2}$ %, лимфоцитовъ 1 $\frac{1}{2}$ %, эозинофиловъ 1 $\frac{1}{2}$ %, эндотелія немного.

30. П. 80. Д. 27. t° 36,5—36,5. Самочувствіе вѣскольکو лучше; выделение кровянистой мокроты продолжается. По l. axillaris d. шумъ трепія плевры.

Въ дальѣйшемъ теченіи болѣзни у больного появились признаки двусторонняго сухого плеврита, слабость сердца прогрессировала, t° временами доходила до 37,5.

Больной умеръ 25/1 1905 г.

Epicrisis. Stenosis cum insufficientia v. mitralis. Pleuritis purul. d. et recens fibrinosa sin.

№ 15.

Tuberculosis pulmonum. Pleuritis exsud. d. serosa.

K—ва, Е., 30 л., пост. въ больницу Св. Маріи Магдалины 6/VI, выписался 19/VI 1905 г.

За послѣдній годъ постоянно кашляетъ и худѣетъ. Кашель усилился и появились кровоти въ пр. боку 2 недѣли тому назадъ. Наслѣдственность благоприятная. Замужемъ, имѣла 3 дѣтей, 2 живы по сейчасъ.

7/VI. St. praes: Больная небольшого роста, плохого питания. Сердце прикрѣто, у верхушки первая тонъ съ шумомъ. На 2 тоны art. pulmonalis акцентъ. На обоихъ верхушкахъ легкихъ приглушеніе и бронхиальное дыханіе, на л. верхушкѣ кромѣ того мелкопузырчатые хрипы. Въ нижней части пр. половины грудной кѣтки тушесть, верхняя граница которой сзади на 2 пальца выше угла лопатки, спереди на 4 р.; въ области тушесть вибрація и дыханіе ослаблены. Въ мокротѣ найдены туберкулезныя бациллы. Со стороны органовъ брышной полости ничего ненормальнаго не найдено. Пробная пункція полости пр. плевры дала серозную жидкость. Въ мочѣ бѣлки нѣтъ. t° 38,7—38,7. П. 86. Д. 24.

8. t° 38,6—38,5. П. 83. Д. 24.

9. t° 38,2—38,1. 84. 25.

10. t° 37,8—37,9. 81. 23. Пункціей по l. axillaris d. пост. въ

8 межреберья получено 350 к. с. серозного экссудата: удельный въѣс его 1021, бѣлка 35%, точка замерзания $-0,52\frac{1}{2}$; нуклеоальбумина много; свертывание незначительно; среди лейкоцитов 1% многоядерныхъ, 4% одноядерныхъ, 95% лимфоцитов; эритроцитовъ очень мало.

Въ дальнейшемъ состояніе больной оставалось прежнимъ и 19/IV большая выписалась.

№ 16.

Tuberculosis pulmonum. Pleuritis exsud. sin. ser.

К—Пе, А., 32 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 13/III, умеръ 13/IV 1904 г.

Болезнь около года; сильный кашель, боли въ груди, частые ночные поты и ознобы. За послѣдніе 3 мѣсяца больному значительно хуже, появились сильная слабость. Боли въ л. боку немного уменьшились. Теперь жалуются на кашель, одышку, лихорадку и сильную слабость. Раньше болѣть суставнымъ ревматизмомъ.

St. praes: Значительное исхуданіе. Слизистыя оболочки бѣдноваты. На обоихъ верхушкахъ легкихъ притупленіе. Сѣвѣ по I. axillaris тупость съ 6-го ребра внизъ, саади пальца на 3 ниже угла лопатки. На обоихъ верхушкахъ выдыхъ, и на лѣвой кромѣ того влажные хрипы. На передней поверхности съ обоихъ сторонъ грудной кѣтки—тоже влажные и сухіе хрипы. № 38,7—38,0 П. 120 Д. 30.

15. Сильный кашель съ обильной мокротой. Ночью сильно потѣть. Аппетитъ хороший. Въ легкихъ вездѣ много влажныхъ хриповъ. На пр. верхушкѣ влажные хрипы съ металлическимъ отгѣнкомъ. Въ мокротѣ найдены туберкулезныя бациллы. Въ мочѣ ясная диворекция Ehrlich'a. П. 108 Д. 30. № 38,5—38,6.

1.6 № 38,5—38,2.

17. № 38,1—38,0.

18. Плевритическая тупость саади отъ угла лопатки, спереди поперекую съ 6-го р. Проколомъ выкачено 1200 к. с. серозной жидкости. № 38,5—38,5.

19. № 37,8—37,2 П. 116 Д. 28.

20. № 38,0—38,6.

21. № 37,6—38,1.

22. № 38,0—38,7.

23. № 38,4—38,2.

24. Самочувствіе немного лучше. Кашель мало беспокоитъ. Аппетитъ небольшой. Плевритич. тупость саади на 2 пальца выше угла л.

лопатки, по I. axillaris съ 7-го р., впереди тупость доходит до I. axillaris anter. П. 100 Д. 28. № 38,5—38,6.

25. № 38,4—38,0.

26. П. 120 ритмичный, мягкій. Д. 26; жалуются на слабость. Ночью бредить. № 38,6—38,2.

27. № 37,7—37,5.

28. № 38,8—39,3.

29. № 38,8—38,3.

30. Жалуются на слабость и кашель. Плевритич. тупость по I. axillaris sin. съ 6-го р., саади отъ угла лопатки. Подъ обѣими ключицами при перкуссии тимпанической отгѣнокъ и заглупленіе; при выслушиваніи амфорическое дыханіе и металлические звучные влажные хрипы. № 38,2—38,8 П. 120 Д. 28.

Въ дальнейшемъ слабость и икотеніе больного стали усиливаться и больной умеръ 13 апрѣля 1904 г.

Epicrisis. Tuberculosis chron. pulmonum, laryngis, intestinum, glandul. lymphat. peribronch. et mesenterii, hepatis et renum. Synecchia cordis totalis.

№ 17.

Ileotyphus. Pleuritis exsud. haemorrhagica d.

Т—Вѣ, А., 18 л., пост. въ больницу Св. Маріи Магдалины 12/II выписался 13/IV 1905 г.

Больной поступилъ въ больницу на 10-й день болѣзни съ ясными явленіями брюшного тифа. Тифъ протекалъ довольно тяжело съ сильнымъ status typhosus, бредомъ и сильной слабостью больного. № постоянного типа (между 38,5—40,0) была въ теченіе всего перваго мѣсяца пребыванія больного въ больницѣ; потомъ № стала медленно понижаться и съ половинъ марта до конца апрѣля была все время немного повышенной (колебалась между 37,0—38,0).

Къ концу февраля у больного появилось воспаленіе легкаго въ пр. нижней долѣ (притупленіе подъ лопаткой, усиленіе голосового дрожанія, мелкопузырчатые хрипы).

Къ серединѣ марта подъ пр. лопаткой притупленіе осталось поперекую, голосовое дрожаніе и дыханіе были ослаблены, мелкопузырчатые хрипы были въ значительно меньшемъ количествѣ.

13/III. Пробной пункцией изъ полости пр. плевры полученъ кровянистый экссудатъ. Плевритическій выпотъ увеличился до 21/III—24/III, когда верхняя граница его саади достигла половинъ лопатки; затѣмъ плевритическій экссудатъ оставался долгое время statu quo.

3/iv. № 37,2—37,9 П. 80 Д. 26. Пункцией по 1. scapularis d. в 8 межреберья извлечено 300 к. с. сильно кровянистой жидкости. Посль центрифугирования прозрачная жидкость оказалась сильно окрашенной гемоглобином. Удельный вѣсъ экссудата 1022, белка 47%, точка замерзания—0,51; экссудат не свертывается; подь микроскопом среди лейкоцитов 40% многоядерных, 12% одноядерных и 48% лимфоцитов.

Status typhosus у больного прошел недѣли за 2 до пункции; ко времени пункции общее состояние больного было удовлетворительно; большой жаловался только на слабость.

Черезъ нѣсколько дней посль пункции было констатировано начало всасыванія экссудата; выпотъ продолжалъ медленно всасываться и ко времени выписки почти исчезъ.

Выписался 13/ч 1905 г.

№ 18.

Cancer peritonei.

Ж.—нѣ, Л., 45 л., гувернянтка. Пост. въ больницу Св. Маріи Магдалины 9/ч, выписалась 4 июля 1904 г.

10/vi. За послѣднее время—слабость, которая понемному усиливается. Животъ всегда былъ большой. Значительное увеличеніе живота замѣчается за послѣдніе 2 мѣсяца.

St. praes: Со стороны сердца измѣненій не найдено. Въ легкихъ жесткое дыханіе, только въ пр. нижней долѣ слыши сухіе хрипы. Животъ сильно увеличенъ, окружность его на уровнѣ пупка 106 сант.; въ животѣ свободно-подвижная жидкость, верхняя граница которой на 3 пальца выше пупка. Печень увеличена не сильно. Въ области селезенки измѣняется рѣзкая чувствительность къ давленію. Въ мочѣ белка нѣтъ. № 37,3—38,2. П. 100 Д. 26.

11. № 37,2—37,5 П. 100 Д. 26.

12. № 36,6—37,5 П. 110 Д. 26.

13. № 37,2—38,2 П. 90 Д. 26. Уровень асцитической жидкости на 1 1/2 пальца выше пупка. Самочувствіе немного лучше. Чувство напряженія въ животѣ меньше.

14. № 37,2—37,7 П. 118 Д. 32. Утромъ была 1 разъ рвота. Языкъ слегка обложенъ.

15. № 37,3—37,5 П. 124 Д. 30. Жалуются на одышку, боли въ животѣ слышь. Асцитическа нѣтъ.

16. № 36,8—37,7 П. 104 Д. 28. Проколомъ живота получено 6 литровъ сильно кровянистой бурой жидкости; удельный вѣсъ ея 1021, белка 36%, точка замерзанія—0,58; жидкость не свертывается. Въ отцентрифугиро-

ваншомъ осадкѣ кромѣ крови масса плоскихъ крупныхъ клѣтокъ, часто съ неправильными ядрами и вакуолами, расположенныхъ часто цѣлыми пластами.

Посль прокола жидкость въ животѣ прибывае лишь незначительно. Въ животѣ ничего ненормального кромѣ немного увеличенной печени не прощупывалось. Животъ былъ довольно сильно болѣвннмъ. № оставался все время попрежнему немного повышеннмъ.

Въ теченіе пребыванія въ больницѣ большая получала ртутное и йодистое леченіе, но замѣтнаго улучшенія въ состоянни больной не было.

Выписалась 1 июля 1904 г.

№ 19.

Aneurisma aortae. Pleuritis exsud. d. serosa.

Н.—вѣ, П., 64 л., пост. въ Ка. В. Г. въ терап. клинику проф. М. В. Яновскаго 28/ix, выписался 1/xi 1904 г., вторично пост. 7/i 1905 г., умеръ 9/i 1905 г.

29/ix. За послѣдніе 2 1/2 года страдаетъ небольшою одышкой и кашлемъ. За послѣдніе 4 мѣсяца одышка и кашель усилились и стала болѣть грудь. Отеки ногъ появились только мѣсяца двазадъ.

St. praes. Большой правильнаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Въ пр. половинѣ грудной клѣтки тупость, верхняя граница которой сверху на верхнемъ краѣ 2-го р., сзади на уровнѣ половины лопатки. Въ области тупости вибрація ослаблена и дыханіе бронхиальное, немного ослабленное. Границы сердца верхняя и лѣвая нормальны, правая не определяется; тоны сердца чисты, глуховаты. На 2 тонѣ аорты—акцентъ. Печень увеличена, болѣвннана, на ногахъ значительныя отеки. № въ теченіе пребыванія больного въ клиникѣ была нормальна (между 35,6 и 36,7), только 3/х вечеромъ она была 37,3. П. 84. Д. 20. Въ мочѣ белка нѣтъ. Удельный вѣсъ 1012.

30. Пункцией по 1. axillaris d. въ 7 межреберья получено 1200 к. с. желтоватой съ краснымъ отбѣнкомъ жидкости; удельный вѣсъ ея 1011, белка 25%, точка замерзанія—0,56; свертыванія нѣтъ; подь микроскопомъ эндотелій, немного красныхъ кров. тѣлецъ и лейкоцитовъ; среди послѣднихъ 7% многоядерныхъ, 6% одноядерныхъ и 87% лимфоцитовъ.

Посль пункции выпотъ въ полости пр. плевры оставался около мѣсяца на томъ же уровнѣ (середина—4 р., сзади—половина лопатки), несмотря на то, что общее состоянне больного стало значительно лучше: отеки ногъ и одышка стали гораздо меньше, печень также уменьшилась. 21/x въ первый разъ посль выпотомъ былъ констатированъ шумъ трепія плевры.

25/х. Печень пальца на 1½ по сосковой л. выходит из-за края ложных ребер. Плеврит. тугость спереди ст. 4-го р. вниз, сзади ст. половинки лопатки. Пункцией по l. axillaris post. d. в 8 межреберья навлечено 425 к. с. серозной, почти прозрачной жидкости; удельный вес ее 1015, белка 38%, точка замерзания —0,56, нуклеоальбумина довольно много; свертывание незначительно; под микроскопом в опесчаном осадке немного эндотелия и лейкоцитов; среди последних 10% многоядерных, 5% одноядерных и 85% лимфоцитов.

После второй пункции самочувствие больного заметно улучшилось, большой жаловался только на слабость. Плевритический выпот стал всасываться и больной выписался 1/х 1904.

Вторично поступил ст. явлениями недостаточности сердца 7 января и умер 9 января 1905 года.

Epicrisis. Arteriosclerosis. Nephritis chron. interstit. Заражение полости правой плевры.

№ 20.

Tuberculosis pulmonum. Pleuritis exsud. sin. ser.

3—вЪ, С., 49 л., пост. вЪ Кл. В. Г. вЪ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 22/х, выписался 19/х 1904 г.

23. Кашель ст. перерывами года 2. Кашель усилился недели 2 назад. Боли вЪ л. боку появились ст. неделю назад. Около года назад было кровохарканье. Была лихорадка вЪ начале заболевания. Исхудать за последнее время. Бить одышка при движениях.

St. pr. Больной сложения среднего, питания плохого. Пр. легкое растянуто, границы его подвижны. Надъ пр. лопаткой небольшое заглушение и тимпанический отънось перкуторнаго звука. При дыханіи на пр. верхушкѣ слышенъ выдохъ и мелко-пузырчатые хрипы. У внутренняго края пр. лопатки бронхиальное дыханіе. Подъ угломъ л. лопатки заглушение, ослаб. дыханіе и голосовое дрожаніе. Селезенка прощупыв. ВЪ сердѣ ничего ненормальнаго не найдено. ^т 37,6—38,0. П. 106 Д. 24.

24. Кашель меньше. Самочувствие лучше. ^т 38,0—38,4. П. 115. Д. 22. Пункцией по l. scapularis sin. вЪ 9 межреберья навлечено 460 к. с. серознаго экссудата. Уд. в. 1018. Белка 37%, точка замерзания —0,55, нуклеоальбумина довольно много, свертываніе незначительно.

ВЪ осадѣ среди лейкоцитовъ 2% многоядерныхъ, 13% одноядерныхъ и 85% лимфоцитовъ; эндотелия очень мало.

ВЪ дальнѣйшемъ ^т понемногу опустился до нормы, плевритическій выпотъ началъ всасываться. Самочувствие больного было удовлетворительное. Были ночные поты. ВЪ мокротѣ туберкулезныхъ бациллъ пай-

дено не было. Ко времени выписки плеврит. экссудатъ почти исчезъ; подъ л. лопаткой осталось небольшое пригипшеніе, голосовое дрожаніе въ области пригипшенія было попрежнему ослаблено, дыханіе было ослаблено лишь незначительно. Остальные явления оставались тѣ же.

Выписался 19 ноября 1904 года.

№ 21.

Tuberculosis pulmonum. Pleuritis exsud. sin. ser. et peritonitis tubercul.

T—вЪ, В., 40 л., поступилъ вЪ Кл. В. Г. вЪ терапевт. клин. проф. М. В. Яновскаго 12/iv, выписался 3/v 1904 г.

13/iv. Болець мѣсяца 4. Боли вЪ л. боку, одышка, жаръ, кашель. Мѣсяца 2 назадъ были вЪ теченіе 2 недѣль отеки ногъ. Недѣли 3 тому назадъ впервые замѣтилъ увеличеніе живота. ВЪ началѣ болѣзни была небольшая потливость. За время болѣзни изъ л. бока 2 раза выцускали жидкость. Изъ прежнихъ болѣзней указываетъ на правосторонній выпотной плевритъ, бывшій мѣсяцевъ 8 тому назадъ, мягкій шанкръ, бывшій лѣтъ 17 назадъ. Больной женатъ, имѣеть трехъ здоровыхъ дѣтей, выкидышей у жены не бывало. Раньше нѣтъ много водки, за послѣдніе 8 мѣсяцевъ не пьетъ.

St. praes: Больной выше средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, питания плохого. ВЪ л. половинѣ грудной кѣтки измѣется тугость; верхняя граница ея по l. axillaris на 5 р., сзади на 2 пальца выше угла лопатки; голосовое дрожаніе и дыханіе въ области тугости ослаблены. На л. верхушкѣ выдохъ. Граница праваго легкаго по сосковой л. на верхнемъ краѣ 6-го р., по подмышечной л. на 7 р., сзади граница на 10 р., граница пр. легкаго мало подвижна. На пр. верхушкѣ выдохъ и рѣдкіе сухіе хрипы. Границы сердца нормальны, тоны чисты. Животъ увеличенъ и содержитъ свободно подвижную жидкость, уровень которой—на 2 пальца выше пупка. Печень и селезенка не прощупываются. ВЪ мочѣ белка нѣтъ. ^т 37,0—37,5. П. 96 ритмичныя, мягкія. Д. 28.

14. ^т 36,7—37,3. П. 96. Д. 26. Пункцией по l. axillaris sin. вЪ 7 межреберья получено 260 к. с. слегка окрашеннаго кровью серознаго экссудата, среди лейкоцитовъ значительно преобладаютъ лимфоциты. Удельный весъ экссудата 1017. Экссудатъ не свертывается.

15. ^т 37,2—37,9. П. 100. Д. 28. Жалуются на тяжесть и болѣзнь на правеніе въ обоихъ подреберьяхъ. Пункцией по срединѣ между пупкомъ и spina ili' ant. sup. выпущено 2600 к. с. мутной жидкости, значительно больше окрашеннаго кровью, чѣмъ выпущеннаго накануне плевритическаго экссудата. Удельный весъ 1011, белка по Эсбаху 38%; экссу-

дать не свертывается. Среди лейкоцитов значительно преобладают лимфоциты.

16. № 37,0—37,5. П. 90. Д. 24.

17. № 37,0—37,5. П. 92. Д. 22. Стул жидкий, 2 раза. Жалуется на небольшие боли в epigastrii. Вчера вечером больного знобило, потому чувствовать жар. По l. axillaris sin. на 5 p. шум, трения плевры.

18. № 37,3—37,2. П. 90. Д. 20.

19. № 36,8—37,4. П. 94. Д. 24. Объем живота немного увеличился.

20. № 37,2—37,4. П. 96. Д. 22.

21. № 37,6—37,4. П. 96. Д. 26.

22. № 37,6—39,0. П. 108. Живот значительно увеличился. Уровень жидкости на 2 пальца выше пупка. Пункцией по l. alba на 4 пальца ниже пупка выпущено 6300 к. с серозной жидкости, поперечному окрашенной кровью; удельный вѣс 1015, бѣлка 40⁰/о. Среди лейкоцитов лимфоциты немного преобладают надъ многоядерными.

23. № 37,4—38,5. П. 99. Д. 24. Неопредѣленные боли въ животъ. Аппетитъ плохой. При ощупываніи живота довольно сильная болѣзненность въ пр. подреберья и подъ ложечкой. Какихъ либо тажеи или бутровъ въ брюшной полости прощупать не удается.

24. № 37,7—37,8. П. 96. Д. 22.

25. № 37,7—38,0. П. 98. Д. 24. Пункцией по l. axillaris sin. post. въ 8 межреберья выпущено 780 к. с плевритическаго поперечному кровянистаго экссудата. Удельный вѣс 1014, бѣлка по Osbaku 36⁰/о, точка замерзанія—0,54. Экссудатъ не свертывается. Среди лейкоцитовъ 60⁰/о многоядерныхъ, 2⁰/о одноядерныхъ, 32⁰/о лимфоцитовъ. Эндотелия почти нѣтъ.

26. № 37,5—38,0. П. 98. Д. 24. Плеврит. тупость сзади угла лопатки вышѣ, по l. axillaris sin. съ 7-го p., пространство Traube занато тупостью. Животъ амбигво увеличился, перкуторно верхняя граница жидкости на уровнѣ пупка.

27. № 37,2—37,8. П. 100. Д. 24.

28. № 37,5—38,0. П. 110. Д. 24.

29. № 37,0—38,3. П. 108. Д. 22.

30. № 37,8—39,0. П. 104. Д. 24. Животъ сильно увеличенъ. Пункцией по l. alba на 3 пальца ниже пупка выпущено 5400 к. с серознаго экссудата, меньше чѣмъ раньше окрашеннаго кровью. Въ осадкѣ довольно много красныхъ кров. тѣлецъ и лейкоцитовъ; среди послѣднихъ многоядерныхъ 35⁰/о, одноядерныхъ 15⁰/о, лимфоцитовъ 50⁰/о. Удельный вѣс экссудата 1012, бѣлка 35⁰/о, точка замерзанія—0,57; свертываніе незначительно.

1/v. № 37,2—38,2. П. 102. Д. 24.

2. № 37,4—37,5. П. 80. Д. 22.

3. № 37,3. П. 98. Д. 23. Въ испражненіяхъ кусокъ плоской глисты. Выписывается.

№ 22.

Pleuritis exsud. sin. serosa.

В—Вѣ, И., 29 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 1/х, выписался 19/x 1904 г.

2/х. Болѣзнь педьли 2. Волѣвъ началась съ зноба, кашля и болей въ л. боку. Теперь жалуется на одышку, слабость, кашель, боли въ л. боку и ночные поты. Аппетитъ плохой. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Наслѣдственность благоприятная.

St. praes. Большой хорошаго сложенія, питанія средняго, немного блѣдный. Л. половина грудной кѣтки расширена и перкуторно въ ней опредѣляется тупость, верхняя граница которой спереди на 2 p., сзади на уровнѣ epigastrii scarulae. Голосовое дрожаніе и дыханіе въ области тупости значительно ослаблены. Въ пр. легкомъ дыханіе мѣстами жесткое. Правая граница сердца по пр. грудной л., толчокъ не ощущается. Печень и селезенка не прощупываются. Животъ небольшаго. № 37,0—37,2. П. 90. Д. 26. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.

Пункцией по l. axillaris sin. post. въ 9 межреберья извлечено 1450 к. с. слегка мутной жидкости, желто-бураго цвѣта; удельный вѣс оя 1017, бѣлка 45⁰/о, точка замерзанія—0,53; свертываніе сильное; среди лейкоцитовъ 2⁰/о многоядерныхъ, 4⁰/о одноядерныхъ, 93⁰/о лимфоцитовъ и 1⁰/о озанофиловъ.

Послѣ выпусканія жидкости: правая граница сердца—по л. грудной л. Верхняя граница плевритич. тупости спереди на 4 p., сзади на 2 пальца выше угла лопатки.

Послѣ пункции количество плевритич. выпота опять немного увеличилось и № въ теченіе педьли была немного повышенной (до 37,6⁰). Затѣмъ № спала до нормы и экссудатъ быстро всосался; со стороны легкихъ явленій, указывавшихъ на туберкулезъ, найдено не было. Въ мокротѣ туберк. bacilli не найдено.

Выписался 19/x 1904 г.

Intoxicatio chron. saturnina. Atrophia renum. Peritonitis chron. exsud. serosa.

В—сь, Т., 38 л., пост. в Кв. В. Г. в терапевт. клинику проф. М. В. Яновского 11/II, умерь 24/IV 1905 г.

Болезнь пятый мѣсяць. Болѣзнь началась съ болей в области печени, желтухи и небольшой лихорадки (до 38,0° С). Явления эти продолжались около мѣсяца и затѣмъ больной почти совсѣмъ поправился, чувствовать только небольшую слабость. Затѣмъ вновь заболѣть мѣсяца 2 назадъ; появилась небольшая желтуха, боли и слабость въ рукахъ и ногахъ, небольшая лихорадка. Увеличеніе живота и отеки ногъ замѣтилъ недѣли 3 назадъ. Кромѣ упомянутыхъ заболѣваний болѣть съ 1/2 года назадъ острымъ гастроэнтеритомъ. Злоупотребленія спиртными напитками и сифилиса у больного не было. Больному, окр. работѣ Балтійскаго завода, приходится много работать со свинцомъ.

St. praes. 12/n. Большой средняго роста, хорошаго сложенія, питанія плохого. Небольшая желтуха. На деснахъ свинцовая кайма. Подмышечныя лимфатическія железы немного увеличены. Границы сердца нормальны, тоны четкіе. Пульсъ 100, слабый, ритмичный. Д. 22. Въ легкихъ перкурторный звукъ вверху аэный легочный. Дыханіе везикулярное, мѣстами, особенно въ верхнихъ доляхъ, жесткое. Въ верхнихъ доляхъ легкихъ попадаются рѣдкіе сухіе хрипы. Надъ пр. лопаткой выдыхъ. Кашель небольшой. Животъ сильно увеличенъ, содержитъ свободно подвижную жидкость, верхняя граница которой находится на уровнѣ пупка. Печень и селезенка не прощупываются. Довольно сильныя отеки ногъ и мошонки. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. ρ 36,4—36,6.

На пр. ногѣ паралитованы мышцы голени и стопы; на л. ногѣ парезъ тѣхъ же мышцъ. Подошвеннаго рефлекса справа нѣтъ, слева есть. Колѣнные рефлексы сохранены, одинаковы на обоихъ ногахъ. На пр. ступнѣ и пальцахъ болевая, осязательная и температурная чувствительность отсутствуют, на л. ногѣ чувствительность ослаблена.

На рукахъ небольшая разстройствъ чувствительности имѣются на локтевой сторонѣ кисти и на 4 и 5 пальцахъ обеихъ рукъ; движения этихъ пальцевъ ослаблены.

Пункцией на 2 пальца ниже средины разстоянія между пупкомъ и *spln. hei. ant. sup. spln.* выпущено 6600 к. с. прозрачной асцитической жидкости. Удельный вѣсъ ея 1012, количество бѣлка 26%, точка замерзанія — 0,53, нуклеоальбумина немного; свертыванія нѣтъ; въ отцентрифугированномъ осадкѣ немного эндотелія и лейкоцитовъ среди послѣднихъ 10% многоядерныхъ, 8% одноядерныхъ и 82% лимфоцитовъ.

Послѣ пункции уровень жидкости въ брюшной полости былъ на 4 пальца ниже пупка. Печень немного уменьшена.

Въ дальнейшемъ теченіи болѣзни состояніе больного постепенно ухудшалось: слабость и парезы и разстройствъ чувствительности рукъ и ногъ понемногу усиливались, и вскорѣ появились небольшой парезъ абдукторовъ глазъ. ρ была большей частью нормальна, иногда же давала небольшие повышенія до 37,5° С. Въ мочѣ при повторныхъ исследованіяхъ бѣлка найдено не было; удельнымъ вѣсомъ мочи былъ большей частью между 1010 и 1016. Въ отцентрифугированномъ осадкѣ иногда находилось лишь небольшое количество галиповое цилиндровъ. Въ мочевѣ при повторномъ исследованіи туберкулезныхъ бациллъ найдено не было.

Количество жидкости въ брюшной полости послѣ пункции быстро увеличилось до прежняго уровня. Отеки ногъ въ первые дни послѣ пункции значительно уменьшились, но въ послѣднія недѣли жизни больного опять стали увеличиваться.

Черезъ 3 недѣли послѣ перваго прокола количество жидкости въ брюшной полости настолько увеличилось, что потребовался вторичный проколъ.

5/III. Проколомъ живота было выпущено 7450 к. с. желтой слегка мутной жидкости: удельный вѣсъ ея 1013, количество бѣлка 19%, точка замерзанія — 0,55; нуклеоальбумина немного; свертыванія нѣтъ; въ осадкѣ эндотелія и небольшое количество лейкоцитовъ; среди послѣднихъ 48% многоядерныхъ, 32% одноядерныхъ и 20% лимфоцитовъ.

Послѣ пункции количество жидкости въ животѣ опять быстро увеличилось. Съ цѣлью поднятія дуреза больной получилъ salomet. Увеличенія количества мочи послѣ этого не было, а развились ртутный стоматитъ, послѣ чего слабость больного усилилась. Отъ примѣнявшагося долгое время *kali iodati* замѣтнаго улучшенія также не было.

Въ дальнейшемъ животъ при опущиваніи, самостоятельнаго боли въ животѣ и наклонности къ запорамъ. За нѣсколько дней до смерти появились подъ угломъ л. лопатки шумъ тренія плевры и кашель; повышенія ρ при этомъ не было. Со стороны другихъ органовъ измѣненій въ теченіе болѣзни не было.

Смерть 24/IV 1905 г.

Epicrisis. Cirrhosis hepatis. Atrophia arteriosclerot. renum (Intoxicatio plumbi).

Pleuritis exsud. sin. ser.

Ф.—Въ, И., 22 л., пост. в Клин. В. Г. в терапевт. клинику проф. М. В. Яновского 13/IV, выписался 12/VII 1905 г.

14/IV. Болець 13-й день. Жалуетса на ознобы, жаръ, потливость и боли въ л. боку. Кашель уже давно. Раньше пилъ много водки.

St. praes: Большой хоронаго сложения, роста выше средняго. Въ пр. легкомъ ничего немор. не найдено, слева внизу нѣбется тупость: спереди она начинается съ нижняго края 3-го р., сзади на пальецъ ниже српнае scarpulae. Въ области тупости голосовое дрожаніе рѣзко ослаблено, дыханіе бронхиальное. Правая граница сердца на правой грудинной л., лѣвая граница не опредѣляется; тоны сердца чисты, немного глухи. Въ органахъ живота ничего ненормальнаго не найдено. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. № 38,4—38,9. П. 98. Д. 28.

15. № 38,1—39,0. П. 100. Д. 28. Тупость спереди съ 2-го р., сзади отъ српнае scarpulae. Пуникція по l. axillaris sin. въ 7 межреб. промежуткѣ выщущено 2200 к. с. серознаго, съ небольшою примѣсью крови экссудата. Удѣльный вѣсъ 1019, бѣлка 40%, точка замерзанія—0,52¹/₂, нуклеоальбумина много; свертываніе незначительно. Среди лейкоцитовъ 4% многоядерныхъ, 4% одноядерныхъ и 92% лимфоцитовъ. Послѣ выщущанія жидкости плевроит. тупость была спереди съ нижняго края 4-го р., сзади на 3 пальца выше угла лопатки.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни плевроит. экссудатъ сначала опять увеличивался; всасываніе его началось лишь съ конца апрѣля. ¹⁰ все время оставалась слегка повышенной до выписки больного изъ клиники.

Въ концѣ юня были констатированы у больного мелкопузырчатые хрипы и въ началѣ юля въ мокротѣ найдены были туберкулезныя бациллы.

Выписался 12/VI 1905 г.

№ 25.

Pleuritis exsud. sin. serosa.

В—въ, П., 19 л., торговецъ, поступилъ въ больницу Св. Маріи Магдалины 18 юня, выписался 22 юля 1904 г.

Болець одну недѣлю. Заболѣть постепенно головными болями и болями въ л. боку. Озноба и жара не было.

Настѣдственность благоприятная.

19/VI. St. praes: Въ сердцѣ замѣненій не найдено. Въ л. половинѣ грудной кѣтки опредѣляется тупость, верхняя граница ея по l. axillaris съ 6-го р., сзади выше. Голосовое дрожаніе и дыханіе въ области тупости ослаблены. Печень и селезенка не продушмваются. Отековъ нѣтъ. Пробная пуникціей по l. axillaris sin. въ 8 межреберья получена слегка мутная серозная жидкость. № 38,7—39,9. П. 76. Д. 28.

20. № 39,1—40,0. П. 80. Д. 26.

21. № 39,0—39,2. П. 86. Д. 24.

22. № 39,0—39,0. П. 82. Д. 24.

23. № 38,9—39,0. П. 88. Д. 28.

24. № 38,6—39,3. П. 84. Д. 26.

25. № 39,0—38,7. П. 90. Д. 28.

26. № 38,0—39,3. П. 84. Д. 28. Самочувствіе немного лучше.

27. № 38,7—38,8. П. 90. Д. 30. Граница плевроитической тупости спереди во второмъ межреберьи. Въ области тупости слабѣе бронхиальное дыханіе. Боли въ л. боку и кашель довольно сильныя. Въ мокротѣ туберк. бациллъ не найдено.

28. № 38,7—39,1. П. 80. Д. 28.

29. № 38,6—38,0. П. 92. Д. 26.

30. № 37,4—39,0. П. 90. Д. 26.

1/VI. № 38,5—38,3. П. 96. Д. 28.

2. № 38,4—38,1. П. 102. Д. 30. Пуникціей полости л. плевры получено 1660 к. с. серознаго, слегка окрашеннаго кровью экссудата; удѣльный вѣсъ его 1018, бѣлка 39%, точка замерзанія—0,60; свертываніе несыало; среди лейкоцитовъ 6% многоядерныхъ, 8% одноядерныхъ и 86% лимфоцитовъ.

Въ дальнѣйшемъ состояніе больного замѣтно не измѣнилось. ¹⁰ оставалась повышенной, хотя ко времени выписки все-таки въ среднемъ стала ниже, чѣмъ раньше. Экссудатъ плевроитической не всасывался и 19/VI вторично прокололъ было выщущено 800 к. с. экссудата, значительно больше окрашеннаго кровью, чѣмъ раньше. Затѣмъ 22/VI большой выписался.

№ 26.

Cancer ventriculi et metastases pleurae d. et sin.

Б—Въ, Я., 29 л., пост. въ больн. Св. Маріи Магдалины 24/VI, умеръ 22 юля 1904 г.

Болець недѣлю 5 болями въ животѣ. За послѣднюю недѣлю стала появляться рвота пищей и черными массами. Лѣтъ 14 назадъ перенесъ брюшн. тифъ. Настѣдственность неясна.

25/VI. St. praes: Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія ничего ненормальнаго не найдено. Жизнь въ подложечной области выпячена; здѣсь прощупывается бугристая, болѣзненная опухоль. Печень и селезенка не увеличены. Запоры. Отековъ нѣтъ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. № въ теченіе всего заболѣванія частью была немного поввышена, частью была нормальная. П. 84. Д. 20.

1/III. П. 72. Д. 24. Рвоты нет. Боли в животѣ усиливаются послѣ еды. Подъ ложечкой ясно прощупывается бугристая болѣзненная опухоль.

Съ 7 большой сталъ жаловаться кромѣ прежнихъ явленій еще на одышку, и тогда же въ обѣихъ плевральныхъ полостяхъ было констатировано присутствие свободной поднижней жидкости, верхняя граница которой въ стоячемъ положеніи большого съ обѣихъ сторонъ была на 2 пальца ниже угла лопатки. Затѣмъ количество жидкости продолжало увеличиваться одинаково въ обѣихъ плевральныхъ полостяхъ.

10. Пункцией по I. scapularis sin. въ 9 межреберья вышуще 1300 к. с. желтоватой мутной жидкости; удѣльный вѣсъ ея 1013, бѣлка 35%, точка замерзанія — 0,58; въ отцентрофугированномъ осадкѣ масса плоскихъ, расположенныхъ часто цѣлыми пластинами, клѣтокъ, нѣкоторыя изъ нихъ съ амѣбными ядрами и съ вакуолами. Экссудатъ не свертывается.

11. Пункцией по I. scapularis d. въ 9 межреберья получено 1400 к. с. желтой, мутной жидкости; удѣльный вѣсъ ея 1015, бѣлка 35%, точка замерзанія — 0,57; экссудатъ не свертывается; микроскопическая картина осадка та же, что и въ лѣвостороннемъ экссудатѣ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни большой сталъ быстро слабѣть, появилась затрудненіе и потомъ невозможность глотанія и большой умеръ 22/IV.

Epicrisis: Cancer ventriculi, et hepatitis et pleurae parietalis et pulmonalis bilater.

№ 27.

Pleuritis exsud. d. serosa.

H—съ, Г., 26 л., солдатъ, пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 18/III, выписался 27/IV 1904 г.

19/III. Болѣнь 4-ю недѣлю. Началось съ колотой въ пр. боку, потомъ явилась одышка и кашель. Раньше былъ всегда здоровъ. По томъ немного потѣлъ. Аппетитъ хороший.

St. praesens. Почти вся пр. сторона грудной клѣтки занята пригнулемъ, пригнуленно-гимнастическій звукъ имѣется только въ верхней доль пр. легкаго. Грудная клѣтка справа расширена и отстаетъ при дыханіи, справа голосовое дрожаніе ослаблено. При выслушваніи справа внизу дыханіе ослаблено, въ области верхней доли дыханіе съ бронхіальнымъ оттинокомъ. Въ л. легкомъ дыханіе жесткое и слышны сухіе хрипы. Верхняя граница сердца на верхнемъ край 4-го р., толчокъ въ 6 межреберья, промежуткъ на 3 пальца влѣво отъ сосковой линіи. Тоны сердца чисты. № 37,2—39,0. П. 88. Д. 26. Печень выступаетъ

изъ-за края реберъ пальца на 3 по сосковой линіи. Селезенка не прощупывается. Въ мочѣ бѣлка нетъ.

20. № 37,4—38,4. П. 86. Д. 24. Пункцией по I. axillaris dextra въ 7 межреберья извлечено около 2000 к. с. буровато-желтого, немного мутнаго плевритическаго экссудата. Послѣ выкачиванія сердце стало на нормальное мѣсто и тупость спереди начиналась со 2-го ребра. Уд. вѣсъ экссудата 1017. Въ экссудатѣ немного красныхъ кров. шар. экссудатъ свертывается довольно медленно.

21. Капля ночью не было, спать хорошо. № 37,6—38,3. П. 82. Д. 25.

22. Тупость по пр. сосковой л. между 2 и 3 ребрами. Свади тупость отъ spina scapulae вниз. № 37,6—38,0. П. 96. Д. 26.

23. № 37,7—38,6. П. 88. Д. 24.

24. № 37,8—38,0. П. 94. Д. 26.

25. № 37,5—37,7. П. 98. Д. 24.

26. Плеврит. тупость начинается съ 8 ребра. № 37,5—38,2. П. 92. Д. 26.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни началось всасываніе плевритическаго экссудата, самочувствіе больного значительно улучшилось, упала до нормы. Ко времени выписки экссудатъ почти весь всосался; осталось лишь небольшое заглушеніе и ослабленное дыханіе на 2 пальца ниже угла пр. лопатки. Въ мокротѣ туберкулезныхъ бациллъ найдено не было. Выписался 27/IV 1904 г.

№ 28.

Pleuritis exsud. sin. serosa.

C—въ, М., 45 л., поступ. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 26/III, выписался 7/IV 1904 г.

27/III. Болѣнь около мѣсяца. Началось въ 1904 г. съ небольшихъ болей въ л. боку и сухого кашля. Потомъ явились слабость, жаръ и иногда бредъ ночью. Недѣли двѣ уже есть небольшая одышка. Аппетитъ плохой. Стулъ правильный.

St. praes: Большой хорошаго сложенія и питанія. Л. половина грудной клѣтки расширена и отстаетъ при дыханіи отъ правой. Пригнуленіе слыва спереди съ нижняго края 2 ребра внизъ, свади на 2 пальца ниже spinae scapulae. Пространство Traube тупостью не занято. Голосовое дрожаніе и дыханіе въ области пригнуленія ослаблено. Свади внизу слышно бронхіальное дыханіе. Л. граница сердца не опредѣлима. Толчокъ разлитой и слабый. Правая граница сердца на 1 палецъ вправо отъ пр. грудной линіи. Тоны сердца чисты, немного славы. Пульсъ частый, рит-

мичный, малый и легко сжимаемый. П. 94. Д. 23. Жизнь безболванята. Печень и селезенка не прощупываются. № 37,9—38,8. В мочь бляка нбтъ. Пункцией по I. axillaris sin. med. въ 7 межреберьяхъ извлечено 3 литра плевроитического мутнаго серознаго экссудата. Удельный вѣсъ его 1018. Свертыванье незначительно. Въ осадкѣ эндотелия почти нбтъ; среди лейкоцитовъ значительно преобладають лимфоциты; есть немного красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Послѣ пункции смѣщене сердца исчезло, но пульсъ оставался таковымъ же слабымъ и частымъ, какъ и до пункции.

Въ послѣдующе послѣ пункции дни самочувствье больного было немного лучше, одышка была меньше; ° по прежнему оставалась повышенною. Кашель былъ небольшой. Мокроты не было. Количество плевроитического экссудата опять увеличилось; поэтому 5/VI пункцией по I. axillaris sin. въ 7 межреберьяхъ было извлечено 1700 к. с. серознаго, мутнаго экссудата, удельный вѣсъ его 1019; свертыванье незначительно. Послѣ этого, несмотря на высокую ° и значительный плевроитическй выпотъ, больного выписали.

7/IX 1904 г. больной вновь поступилъ въ клинику проф. М. В. Яновскаго, выписался 16/х. ° въ течение этого времени была болышею частью немного повышенной (до 37,5° С.). Состояние органовъ дыханья было слѣдующее: дыхательная экскурсия л. бока по сравнению съ правымъ уменьшена. Въ л. половинѣ грудной кѣтки притуплене спереди начиная съ всей 3-го р. внизъ, по подмышечной л. съ 5-го р., сзади притуплене по всей л. половинѣ грудной кѣтки, полная глухость съ средины лопатки внизъ. Въ области глухости сзади ослаблене бронхиальнаго дыханья, особенно рѣзко у угла лопатки. Вибрация рѣзко ослаблена. Голосъ передается съ одинаковой силой справа и слева, но у угла лопатки имѣеть оттънокъ эффонии. Въ пр. легкомъ немного жесткое дыханье. Кашель небольшой, мокрота небольшая, слизистая. Въ мокротѣ туберкулезныхъ бацилл найдено не было. Правая граница сердца—на 1/2 пальца вправо отъ л. грудной л. В остальномъ со стороны сердца и другихъ внутреннихъ органовъ отклоненй отъ нормы найдено не было.

Ко времени выписки самочувствье больного лишь немного улучшилось; объективно явленй оставались тѣ же.

Выписался 16/х 1904 г.

№ 29.

Arteriosclerosis. Ascites.

С—ПЪ, А., 62 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 22/ш, умеръ 4/VI 1905 г.

Болезнь мѣсяцевъ 9. Сначала были боли въ животѣ, болыше послѣ бѣды, запора и небольшой одышка. Боли въ животѣ непостоянныя, про-

должаютъ до сихъ поръ. Рвоты и тошноты никогда не бывало. Больной за послѣднй 7—8 мѣсяцевъ замѣтно похудѣть. Увеличене живота замѣтны впервые мѣсяца 4 назадъ. Отеки ногъ появились недѣли 2 назадъ. Больной раньше всегда былъ здоровъ. Сифилиса и алкоголизма не было. Холость.

St. praes: Больной средняго роста и сложения, питанья плохого. Граница легкихъ подвижна, сзади приподнята на 1 р., спереди нормальна. Въ легкихъ дыханье везикулярное. Верхняя и правая границы сердца нормальны, толчекъ въ 5 межреберья по сосковой л. У верхушки тоны сердца чисты. На аортѣ высье съ первымъ тономъ шумъ. Довольно сильная аритмия. Артерй и поверхностные вены склерозированы. Животъ сильно увеличенъ, содержитъ свободно-подвижную жидкость, флюктуация получается на всемъ животѣ. На ногахъ сильные отеки. Въ мочѣ бляка нбтъ; удельный вѣсъ ея 1019. П. 86. Д. 18. ° въ теченй всего пребыванья больного въ клиникѣ была нормальна.

24/ш. Пункцией по I. alba на 5 пальцевъ ниже пупка выщупано 9350 к. с. прозрачной серозной жидкости; удельный вѣсъ ея 1016, бляка 32°/о, точка замерзанья—0,55, нуклеоальбумина нбтъ; свертыванья нбтъ; осадокъ состоитъ изъ болышого количества эндотелиальныхъ кѣтокъ и меньшаго количества лейкоцитовъ. Красныхъ кровяныхъ шариковъ въ осадкѣ нбтъ. Процентное соотношене различныхъ формъ лейкоцитовъ определить не удается вследствие существованья переходныхъ формъ между эндотелиальными кѣтками и лимфоцитами и одноклеточными лейкоцитами.

Послѣ опорожненья брюшной полости стала прощупываться печень: по срединной л. край ея прощупывается по срединѣ расстоянй между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ, по сосковой л. печень выступала нбтъ за край ложныхъ реберъ на 3 пальца; печень немного болыпенна, поверхность ея гладкая.

Въ дальнѣйшемъ теченй болызи количество жидкости въ брюшной полости увеличилось значительно, верхняя граница жидкости была на 3—4 пальца выше пупка и на этомъ уровнѣ количество асцитической жидкости съ небольшими колебаньями и держалось въ теченй всего пребыванья больного въ клиникѣ, несмотря на примѣнене сердечныхъ средствъ (адонис vernalis, digitalis), мочегонныхъ (salomei) и паровыхъ ваннъ. Отеки ногъ исчезли и вновь появились лишь недѣли за полторы до смерти. Аритмия сердца исчезла и самочувствье больного улучшилось; оставалась только общая слабость. Недѣли за 3 до смерти слабость стала усиливаться, затѣмъ появились отеки ногъ, одышка, поносъ. Пульсъ въ послѣднй дни передъ смертью былъ между 54—64.

Смерть 4/VI 1905 г.

Вскрытыя трупа не было произведено.

Pleuritis exsud. d. serosa. Pneumonia catarrh. d.

III—въ, И., 15 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 22/II, выписался 20/IV 1905 г.

Болезнь 6 дней. Боли въ пр. боку, усиливающаяся при кашле и глубокомъ дыханіи, кашель небольшой, мокрота необильная, слизистая. Въ началѣ болѣзни больного немного анорект. Потовъ нѣтъ. Наслѣдственность благоприятная. Ребенкомъ перенесъ скарлатину.

St. praes. Больной среднего сложенія, питанія удовлетворительнаго; подчелюстные и паховыя лимфатическія железы слегка увеличены. Границы сердца нормальны, тоны чисты; на 2 тоиѣ art. pulmonalis небольшой акцентъ. Въ л. легкомъ ничего ненормальнаго не найдено; справа саади притупленіе отъ угла лопатки внизъ, по l. axillaris притупленіе съ 6 р., по l. mamillaris также съ 6 р.; въ области притупленія вибрація и дыханіе ослаблены и дыханіе имѣетъ бронхиальный характеръ. Въ другихъ частяхъ пр. легкаго дыханіе жесткое и въ пр. нижней доль попадаются рѣдкіе сухіе хрипы. Печень и селезенка не прощупываются. Животъ слегка вадутъ. ρ 38,6—38,6. Пульсъ 80, средняго наполненія, ритмичный. Д. 21. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.

23. ρ 37,5—39,0. П. 80. Д. 20.

24. ρ 37,3—39,1. П. 80. Д. 20. Саади верхняя граница притупленія по срединѣ лопатки, по l. axillaris и mamillaris на 6 р. Въ области притупленія ослабленное бронхиальное дыханіе, выше чисто бронхиальное дыханіе. Остальныя явленія тѣ же.

25. ρ 37,5—38,2. П. 72. Д. 20. Пункцией по l. scapularis въ 9 межреберья получено 930 к. с. серознаго, слегка мутнаго экссудата; удѣльный вѣсъ его 1020, бѣлка 40 ρ /о, точка замерзанія—0,56, нуклеоальбумина много, свертываніе сильное, подъ микроскопомъ довольно много эндотелія и красныхъ кровяныхъ шариковъ, лейкоцитовъ немного, среди нихъ 22 ρ /о многоядерныхъ, 12 ρ /о одноядерныхъ и 66 ρ /о лимфоцитовъ.

Въ дальѣйшемъ теченіи болѣзни плевропневмоническій экссудатъ сталъ медленно всасываться и ко времени выписки жидкая часть его воосалась повидимому полностью (подъ пр. лопаткой осталось небольшое притупленіе и ослабленное голосовое дрожаніе, по пробной пункцией жидкости получено не было). По всасыванію части экссудата въ пр. нижней доль появились крепитация, которая одно время была звучная; кромѣ того были мелкопузырчатые хрипы и дыханіе съ бронхиальнымъ оттенкомъ. Бронхиальныя отшелья дыханія черезъ нѣкоторое время (11 $\frac{1}{2}$ —2 недѣли) исчезъ, крепитация же была слышна до времени выписки больного. Въ мокротѣ туберкулезныхъ бациллъ при повторныхъ насѣдованіяхъ найдено не было. Самочувствіе больного значительно улучшилось, и больной выписался 20/IV, чувствуя себя здоровымъ. Ночныхъ

Tuberculosis peritonei.

II—Ва, 4 л., пост. въ 1 хирургич. отдѣленіе проф. С. П. Федорова 11/III 1904 г., laparatomia 10/IV 1905 г.

Серозный перитонитическій экссудатъ этой больной полученъ 10/IV во время операціи; удѣльный вѣсъ экссудата 1022, количество бѣлка 52 ρ /о, точка замерзанія—0,54, нуклеоальбумина много, экссудатъ не свертывается; среди лейкоцитовъ 4 ρ /о многоядерныхъ, 6 ρ /о одноядерныхъ и 90 ρ /о лимфоцитовъ; эндотелія нѣтъ.

Исторія болѣзни этой больной не получена.

Arteriosclerosis. Ascites.

M—въ, Н., 56 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 5/III, выписался 16/III 1905 г.

Болезнь лѣтъ 5 съ перерывами. За это время больной разъ 8 лежалъ въ Петербургскихъ больницахъ. Въ послѣдній разъ заболѣвъ недѣлю 2 назадъ. Сначала начали нухнуть ноги, затѣмъ животъ; появилась одышка и небольшой кашель. Раньше пилъ довольно много водки. До этой болѣзни былъ всегда здоровъ. Лиес отрицателъ.

St. praes. Въ легкихъ жесткое дыханіе и рѣдкіе сухіе хрипы. Пр. граница сердца по срединной л., верхняя—на 4 р., толчокъ въ 5 межреберья на 2 пальца лѣво отъ л. сосковой л. У верхушки систол. шумъ. На art. pulmonalis акцентъ на 2 тоиѣ П. 76 Д. 20. ρ нормальна. Животъ большой, имѣется пупочная грыжа. Въ животѣ свободно-подвижная жидкость, верхняя граница которой на уровнѣ пупка. Отеки ногъ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ, уд. вѣсъ 1016.

7/III. Пункцией по срединѣ между пупкомъ и spina liei ant. sup. sin. выпущено 4500 к. с. серознаго, слегка окрашенной кровью жидкости; удѣльный вѣсъ ея 1015, бѣлка 25 ρ /о, точка замерзанія—0,54, нуклеоальбумина нѣтъ, свертыванія нѣтъ. Подъ микроскопомъ въ осадкѣ много красныхъ кровяныхъ шариковъ, есть эндотелія и лейкоциты; среди послѣднихъ 28 ρ /о многоядерныхъ, 32 ρ /о одноядерныхъ и 40 ρ /о лимфоцитовъ.

Послѣ пункции печень прощупывается; она выступаетъ по сосковой л. на 2 пальца вѣзъ за края ложныхъ реберъ, болѣзненна.

Въ дальѣйшемъ состояніи больного при примѣненіи сердечныхъ средствъ быстро и значительно улучшилось. Отеки ногъ и жидкость въ

брюшной полости исчезли. Систолический шум у верхушки сердца исчез; границы сердца оставались прежними. C° все время была нормальна. Самочувствие больного значительно улучшилось, одышка исчезла, и 16/III 1905 г. больной выписался.

№ 33.

Pleuritis exsud. sin. serosa.

Т—Въ, Ф., 34 л., пост. в Кл. В. Г. в терапевт. клинику проф. М. В. Яновского 4/III, выписался 18/III 1904 г.

6/XII. C° 38,5 — 39,1. П. 80. Д. 22.

7. C° 38,3 — 38,7. П. 82. Д. 22.

8. C° 38,9 — 38,7. П. 84. Д. 22. Въ мокротѣ туберкулезныхъ bacillat. не найдено. Плевритич. тугость сади на 2 пальца выше угла лопатки. Подъ л. лопаткой — мягкая крепитация.

9. C° 38,9 — 38,0. П. 88. Д. 20.

10. C° 38,0 — 38,3. П. 84. Д. 22.

11. C° 38,3 — 38,2. П. 86. Д. 20. Чувствуетъ себя довольно хорошо. Плевритич. тугость сади отъ угла лопатки, спереди съ 4-го р. крепитация въ области нижняго угла лопатки слышна необычная и колччатость ея послѣ глубокихъ вдоховъ уменьшается. Пульсией по I. axillaris med. sin. въ 7 межреберья навлечено 600 к. с. мутной, содержащей немного красныхъ кровяныхъ шариковъ жидкости: удѣльный вѣсъ ея 1020, бѣлка 45 $\frac{0}{100}$, точка замерзания — 0,54 $\frac{1}{2}$, нуклеоальбумина много, свертывание сильное; среди лейкоцитовъ 86 $\frac{0}{100}$ многоядерныхъ, 8 $\frac{0}{100}$ одноядерныхъ, 6 $\frac{0}{100}$ лимфоцитовъ.

Въ дальнейшемъ C° упала попомогу, ко времени выписки, до нормы. Экссудатъ началъ довольно быстро всасываться, и 17/III больной выписался уже съ нормальной C° и при вновь хорошемъ самочувствии. Ночныхъ потовъ въ теченіи болѣзни не было.

№ 34.

Tuberculosis peritoniei.

М—ва, 8 л., пост. в Кл. В. Г. в хирургич. отдѣленіе проф. С. П. Федорова 8/III, выписана 8/III 1904 г.

Сeroзный перитонитический экссудатъ этой больной полученъ 22/III во время парагнотоміи, удѣльный вѣсъ его 1024, бѣлка 60 $\frac{0}{100}$, точка замерзания — 0,56, нуклеоальбумина довольно много; среди лейкоцитовъ 8 $\frac{0}{100}$ многоядерныхъ, 17 $\frac{0}{100}$ одноядерныхъ, 75 $\frac{0}{100}$ лимфоцитовъ. Экссудатъ не свертывается.

Исторія болѣзни этой больной не получена.

№ 35.

Neoplasma hepatis. Icterus. Ascites.

К—въ, И., 59 л., пост. в Кл. В. Г. в терапевт. клинику проф. М. В. Яновского 14/IX, 19/IX переведенъ въ I хирургич. отдѣленіе проф. С. П. Федорова, умеръ 7/II 1904 г.

15/IX. Болѣзнь мѣсяцевъ 5. Болѣзнь началась съ тяжести въ животѣ послѣ вѣд. Желтуха мѣсяца 4. Поносы разъ по 4—5 въ день, неокрашенными испражнениями. Слабость, потеря аппетита. Опуханіе живота замѣтилъ мѣсяца 2 назадъ. Въ прежніе годы сильно пилъ. Прежнихъ болѣзней не помнитъ.

St. praes: Средняя сложения, сильно исхудалъ; рѣзка желтуха. Кожа суха, мѣстами шелушится. Границы легкихъ нормальны. Въ легкихъ на пр. верхушкѣ сухіе хрипы и выдыхъ. Въ сердцѣ ничего ненормальнаго не найдено. Животъ увеличенъ, особенно въ верхней части. Печень увеличена, особенно л. доля, на которой въ подложечной области прощупывается 3 бугорка величиной съ горошину. Желчный пузырь увеличенъ, прощупывается. Асцитъ на 1 палецъ выше пупка. Поносы по 4—6 разъ въ сутки. Отековъ ногъ нѣтъ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Испражнения бѣзвѣтны. Подъ микроскопомъ — довольно много переперевитыхъ мышечныхъ волоконъ и жировыхъ капель. C° нормальна П. 88. Д. 22. Общее состояніе удовлетворительное.

Во время пребыванія больного въ клиникѣ проф. М. В. Яновского состояніе больного оставалось безъ измѣненій. Въ легкихъ были явленія небольшого бронхита, какъ и при постушленіи. Явленія въ брюшной полости оставались тѣ же. 23/IX при пункции брюшной полости въ мѣсть, отстоящемъ на 2 пальца внизъ отъ середины расстоянія между пупкомъ и spina ilei ant. sup. sin., жидкости получено не было.

19/X. Больной былъ переведенъ въ I хирург. отдѣленіе для операціи.

28. Операція. По вскрытіи брюшной полости сальникъ оказался припаяннымъ къ желчному пузырю. По отдѣленіи спаекъ образованъ cystoenteroanastomosis между желчнымъ пузыремъ и ближайшей къ plica duodenojejunalis петлей тонкой кишки.

Асцитическая жидкость получена во время операціи; она совершенно прозрачна. Удѣльный вѣсъ ея 1011, бѣлка 22 $\frac{0}{100}$, точка замерзания — 0,54 $\frac{1}{2}$, нуклеоальбумина и свертыванія нѣтъ. Въ отцентрофугированномъ, очень небольшомъ осадкѣ немного красныхъ тѣлецъ и лейкоцитовъ, среди послѣднихъ 38 $\frac{0}{100}$ многоядерныхъ, 14 $\frac{0}{100}$ одноядерныхъ и 48 $\frac{0}{100}$ лимфоцитовъ.

Въ послѣдующіе послѣ операціи дни появилось повышеніе C° до 38,1; слабость больного стала увеличиваться; испраженія оставались неокра-

шенными. Несколько швов прорвалось и повязка каждый день окраивалась пропитанной желтой асцитической жидкостью. Появились боли в животе.

Смерть 7/хI 1904 г.

Epicrisis: Carcinoma ducti choledochi primar., metastases hepatis. Icterus gravis. Cholecystoenteroanastomosis. Peritonitis ac. fibrinosopurulenta.

№ 36.

Pleuritis exsud. sin. serosa.

Г—Нв, М., 18 л., пост. в Кл. В. Г. в терапевт. клинику проф. М. В. Яновского 12/ш, выписался 1/iv 1904 г.

Болезнь 10 дней. Заболел сразу. Сначала знобило и бросало в жар, была 3 раза рвота; затем головокружение и боли в л. боку. Теперь боли в л. боку меньше. Небольшая одышка. Наследственность благоприятная. Прежде ничуть не хворал.

13/ш. St. praes: Большой среднего роста, хорошего сложения, питания удовлетворительного. Границы сердца нормальны. Тоны чисты. Плевритический экссудат по l. axillaris sin. с 5-го р. вниз, свадн от угла лопатки. В легких дыхание везикулярное. Печень не прощупывается. Селезенка прощупывается. В моче была нить. П. 88. Д. 26. ° 36,8—38,1. Пункцией по l. axillaris в 7 межреберья извлечено 300 к. с. серозного экссудата. Под микроскопом красная кровяная тьльца и лейкоциты; среди последних 80% многоядерных, 12% одноядерных и 28% лимфоцитов.

14. П. 84. Д. 26. ° 37,4—37,7. Ночью потеть. Чувствует себя лучше.

15. П. 86. Д. 24. ° 37,1—37,6. По l. axillaris тупость с 5-го р. свадн на 1 1/2 пальца выше угла лопатки.

16. П. 86. Д. 26. ° 36,9—37,5.

17. П. 84. Д. 26. ° 36,5—37,3.

18. П. 82. Д. 22. ° 36,5—36,7. Плевритическая тупость по l. axillaris с нижнего края 6-го р., свадн от угла лопатки. Пункцией в 9 межреберья по l. scapularis извлечено 240 к. с. серозного экссудата. Под микроскопом, красная кровяная тьльца и лейкоциты; среди последних 68% многоядерных, 7% одноядерных и 25% лимфоцитов.

В дальнейшем плевритический экссудат продолжал быстро всасываться, ° больного была нормальная, самочувствие хорошее, в легких явления были ть же.

1/iv. Больной выписался.

№ 37.

Pleuritis exsudat. sin. ser.

К—Нв, К., 36 л., пост. в Кл. В. Г. в терапевт. клинику проф. М. В. Яновского 1/ш, выписался 1/iv 1905 г.

2/ш. Болезнь ведши 2. Жалуются на боли в л. боку, в груди, одышку и кашель. Знобит, жар, сильная потливость. Раньше быть всегда здоров. Стул правильный. Аппетит плохой.

St. praes: Больной хорошего сложения и питания. Грудь немного бочкообразная. В л. половине грудной клетки имеется тупость, среди верхняя граница ее на 3-м ребр, свадн на 4 пальца выше угла лопатки. В области тупости голосовое дрожание и дыхание ослаблены. В пр. легком мьстами жесткое дыхание. ° 37,6—37,5. П. 80. Д. 24. Живот большой, немного вздут. Печень выступает по сосковой л. изъ за края ребер на 3 пальца, немного плотна и болванена. Селезенка прощупать не удается. В моче была нить.

3/ш. ° 37,4—37,5. Пункцией по l. axillaris sin. в 7 межреберья получено 1200 к. с. серозного, немного окрашенного кровью, экссудата. После пункции плеврит. тупость свадн была на 1 палец выше угла лопатки, по l. axillaris sin. с 7-го ребра. Удельный вьс экссудата 1021, была 36%о, точка замерзания—0,54; нуклеоальбумина много, свертывание сильное; под микроскопом среди лейкоцитов 5% многоядерных, 7% одноядерных и 88% лимфоцитов.

В дальнейшем количество плевритического экссудата немного прибывло и затьм долгое время оставалось statu quo. Поэтому 25/ш была сделана пункция по l. scapularis в 9 межреберья; при этом извлечено 420 к. с. серозного экссудата; удельный вьс его 1022, была 43%о, точка замерзания—0,57, нуклеоальбумина много, свертывание сильное; среди лейкоцитов 7%о многоядерных, 7%о одноядерных и 86%о лимфоцитов. ° больного при этом была уже нормальная и самочувствие было вполне удовлетворительно. Туберкулезных, ганглий в мокроть найдено не было. В легких явления оставались ть же.

Посл пункции началось всасывание плевритического экссудата, и 1/iv больной выписался.

№ 38.

Pleuritis exsud. d. serosa. et sin. sicca.

В—Вв, Г., 22 л., пост. в Кл. В. Г. в терапевт. клинику проф. М. В. Яновского 13/ш, выписался 6/ш 1905 г.

Болезнь 3 месяца. Волзнь началась с озноба, затѣмъ появились кашель и колоты в пр. и затѣмъ в л. боку. Теперь жалуются на кашель съ мокротой, одышку и боли в груди. Вызвать ночные поты. Алкоголизмъ отрицать. Наслѣдственность благоприятная.

14/iv. St. praes: Больной хорошаго сложенія и питанія. Поверхностныя лимфатическія желѣзы не увеличены. Границы сердца нормальны, тоны чисты. В легкѣхъ справа внизу тупость, верхняя граница его спереди на 4 р., по l. axillaris на 6 р., саади на 2 пальца выше угла лопатки. Въ области тупости голосовое дрожаніе и дыханіе ослаблены. Дыханіе въ легкѣхъ жесткое, саади въ верхней долѣ вистающіе хрипы. В пр. легкомъ по верхнему краю тупости и слѣва по l. axillaris въ области нижней доли шума тренья плевры. Со стороны органовъ броншальной полости ничего ненормальнаго не найдено. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. № 38,0—39,0. П. 103. Д. 30.

15. № 37,9—38,6. П. 110. Д. 40.

16. № 37,8—38,0. П. 92. Д. 28.

17. № 37,2—38,2. П. 92. Д. 34.

18. № 37,9—38,6. П. 94. Д. 30.

19. № 37,5—38,2. П. 98. Д. 32. Со стороны легкѣхъ явленія тѣ же. Пункціей по l. axillaris d. въ 8 межреберья извлечено 1700 к. с. серознаго экссудата съ небольшою примѣсью крови; удѣльнымъ вѣсъ экссудата 1020, бѣлка 43%, точка замерзанія—0,54, нуклеоальбумина много, свертываніе неспѣлое; среди лейкоцитовъ 1% многоядерныхъ, 5% одноядерныхъ и 94% лимфоцитовъ.

Въ дальѣйшемъ состояніе больного понемногу ухудшалось. № до выхода больного изъ клиники была все время немного повышенной (между 37,0 и 38,3). Количество плевритическаго экссудата сначала увеличилось и долгое время держалось на одномъ уровнѣ. Шумы тренья плевры въ л. половинѣ грудной кѣтки держались до выписки больного. Мѣсяца черезъ 2 послѣ пастеризованія плевритическаго экссудата появились явленія туберкулеза легкѣхъ (бронхіальное дыханіе, мелкопузырчатые хрипы, туберкулезныя bacillus въ мокротѣ). Векоръ послѣ этого больного выписали.

№ 39.

Pneumonia chron. tuberc. Pleuritis exsud. d. ser.

Т—нѣ, А., 50 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 26/х, выписался 7/х 1904 г.

Болезнь около мѣсяца болѣла въ пр. боку, одышкой и кашлемъ. Въ началѣ болѣзни сильно потѣлъ, особенно ночью. Раньше сильно пѣлъ, за послѣдніе 1½ года не пѣлъ. Мать умерла отъ чахотки.

St. praes: Роста выше средняго, тѣлосложенія и питанія средняго. Справа на грудной кѣткѣ по сосковой л. тупость съ 4-го р. вистъ, по подмышечной л. съ 6-го р., саади верхняя граница тупости на 1 палецъ выше угла лопатки. Въ области тупости ослабл. голосовое дрожаніе и дыханіе. По верхнему краю тупости—шумы тренья. На обѣихъ верхушкѣхъ легкѣхъ выдыхъ. На пр. верхушкѣ мелкопузырчатые хрипы, въ л. легкомъ сухіе хрипы, особенно обильныя на л. верхушкѣ. Границы сердца нормальны. Первый топь у верхушки нечистъ. Въ животѣ ничего ненормальнаго не найдено. № нормальна. П. 102. Д. 26.

Пункціей по l. scapularis d. въ 9 межреберья получено 1100 к. с. серознаго экссудата; удѣльный вѣсъ его 1020, бѣлка 45%, точка замерзанія—0,53; нуклеоальбумина много, свертываніе спѣлое. Среди лейкоцитовъ 2% многоядерныхъ, 4% одноядерныхъ и 94% лимфоцитовъ.

Въ дальѣйшемъ плевритическій выпотъ довольно быстро всосался; общее состояніе и самочувствіе больного были удовлетворительны; № все время была нормальна, и 8/х больной выписался, значительно поправившись.

№ 40.

Pleuritis exsud. d. serosa.

С—скій, Д., 34 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 11/х, выписался 20/х 1905 года.

Болезнь недѣли 3. Волзнь началась съ озноба, жара, колотей въ пр. боку и кашля. Затѣмъ появилась одышка. Раньше больной былъ всегда здоровъ. Lues и алкоголизмъ отрицать. Мать и сестра умерли отъ чахотки.

12/iii. St. praes. Больной средняго роста, хорошаго сложенія, питанія средняго. Правый бокъ при глубокомъ дыханіи остается отъ лѣваго. Мокроты нѣтъ. Кашель небольшой. Въ пр. половинѣ грудной кѣтки тупость, верхняя граница которой спереди на 3 р., саади у середины лопатки. Въ области тупости вибрація и дыханіе рѣко ослаблены. Подъ пр. ключицей крепитация, въ л. легкомъ жесткое дыханіе. Верхняя граница сердца нормальна, толчокъ въ 5 межреберья по сосковой л. Тоны сердца чисты. Печень прощупывается неясно. Селезенка не прощупывается. Животъ немного вздутъ, безболѣзненъ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. № 38,0—38,9. П. 100. Д. 29.

Въ дальѣйшемъ до 28/iii состояніе больного оставалось безъ значительныхъ измѣненій. № оставалась все время немного повышенной (между 37,0—38,5). Количество плевритическаго экссудата сначала немного увеличилось, а затѣмъ начало медленно уменьшаться. Остальные явленія оставались тѣ же.

28. Пункцией по l. axillaris d. post. въ 8 межреберья извлечено 1080 к. с. серозного экссудата; удельный въсь его 1024, количество бѣлка 51⁰/₀₀, точка замерзания —0,56, нуклеоальбумина много, свертываніе сильное; подъ микроскопомъ — красные кровяные шарки и лейкоциты; среди послѣднихъ 2⁰/₀ многоядерныхъ, 6⁰/₀ одноядерныхъ и 92⁰/₀ лимфоцитовъ.

Послѣ пункції всасываніе плевритическаго экссудата происходило довольно медленно и ко времени вылиски большого полнаго всасыванія плевритическаго экссудата еще не произошло. ⁰ до самой вылиски оставалась немного повышенной (между 37,0—37,5). Остальные явленія оставались попрежнему. Въ мокротѣ туберкулезныхъ бациллъ найдено не было. Самочувствіе больного ко времени вылиски значительно улучшилось и въсь увеличилась.

Выписанъ 20/iv 1905 г.

№ 41.

Tuberculosis pulmonum. Pleuritis exsud. d. serosa.

K—въ, И., 31 г., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 1/iv, выписанъ 12/iv 1905 г.

2/iv. Болеѣзъ около мѣсяца. Боли въ пр. боку, кашель, энюбъ и жаръ. Потливость по ночамъ. За этотъ мѣсяць больной похуздѣлъ. Главная жалоба—сухой кашель. Аппетитъ плохой. Студъ правильный. Настѣдственность благоприятная.

St. praes. Больной средняго роста и сложенія, питанія плохого. Въ сердцѣ ничего ненормальнаго не найдено. Надъ пр. лопаткой и надъ пр. ключицей реб. приглушеніе. Внизу справа заглушеніе — сюда оно начинается на 1 палець выше угла лопатки, по l. axillaris съ 6-го р., спереди съ 4-го р. Въ области заглушенія голосовое дрожаніе и дыханіе ослаблены. Надъ пр. лопаткой вибрація усилена. На пр. верхней долѣ выдыхъ и жесткое дыханіе. ⁰ 36,8—37,2. П. 86. Д. 22.

Животъ безболѣзненъ. Печень выступаетъ изъ-за края реберъ пальца на 2⁰/₃, немного болѣзненна. Селезенка прощупывается. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.

3. ⁰ 36,4—37,0. П. 82. Д. 20.

4. Аппетита нѣтъ. П. 84. Д. 20. ⁰ 36,6—36,9. Пункціей по l. scapularis d. въ 3 межреберья извлечено 420 к. с. серознаго, слегка мутнаго экссудата; удельный въсь его 1023, бѣлка 48⁰/₀₀, точка замерзанія —0,55; нуклеоальбумина много, свертываніе сильное; въ осадкѣ среди лейкоцитовъ 4⁰/₀ многоядерныхъ, 1⁰/₀ одноядерныхъ и 95⁰/₀ лимфоцитовъ. Эндотелія почти нѣтъ.

5. ⁰ 38,1—37,4. П. 86. Д. 18.

6. Кашель меньше. Аппетитъ лучше. П. 84. Д. 20. ⁰ 37,4—37,4.

7. Въ мокротѣ туберк. палочекъ не найдено. П. 80. Д. 18. ⁰ 37,1—37,6.

8. ⁰ 37,2—37,2. П. 84. Д. 20.

9. Самочувствіе лучше. Кашель меньше. П. 82. Д. 18. ⁰ 36,9—37,5.

10. ⁰ 36,8—36,9. П. 84. Д. 18.

11. Самочувствіе хорошее. П. 82. Д. 20. ⁰ 36,4—37,0.

12. Чувствуетъ себя значительно лучше. П. 82. Д. 20. ⁰ 36,8. Экссудатъ почти всосался. Остальные явленія тѣ же. Выписанъ 12/iv.

№ 42.

Pleuritis exsud. sin. ser.

C—въ, А., 28 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 5/ii, выписанъ 26/ii 1905 г.

Болеѣзъ около мѣсяца. Больнѣзъ начался съ серддебѣнія и болей въ л. боку. Затѣмъ появились одышка и кашель.

St. praes. Больной средняго роста, слабого сложенія, питанія плохого. Вся л. половина грудной кѣтки занята тупостью. Л. бокъ выпяченъ. Въ области тупости дыханіе и голосовое дрожаніе рѣзко ослаблены. Правая граница сердца на 2 пальца вправо отъ пр. груднойной л. Тоны сердца ясны, но слабы. Въ пр. легкомъ жесткое дыханіе. Въ органахъ живота ничего ненормальнаго не найдено. ⁰ 37,8—38,8. П. 98. Д. 26. Пункціей по l. axillaris sin. въ 6 межреберья получено 2500 к. с. серознаго экссудата съ небольшою примѣсью красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; удельный въсь его 1023, бѣлка 48⁰/₀₀, точка замерзанія —0,55, нуклеоальбумина много, свертываніе незначительно; среди лейкоцитовъ 8⁰/₀ многоядерныхъ, 4⁰/₀ одноядерныхъ, 88⁰/₀ лимфоцитовъ, эндотелія почти нѣтъ. Послѣ пункції сердце стало на мѣсто; верхній уровень плеврита, тупости сердца былъ на 3⁰/₃ пальца выше нижняго угла лопатки, спереди съ 4-го р.

6/ii. ⁰ 38,0—38,8. П. 90. Д. 22.

7. ⁰ 37,0—38,0. П. 74. Д. 22. Ночью сильныя поты. По вечерамъ апнобитъ. Тупость плевритическая спереди съ 5-го р. внизъ, сюда на 1 палець выше угла лопатки. Выше тупости шума тренія. Хриповъ въ легкихъ нѣтъ.

8. ⁰ 38,0—37,9. П. 76. Д. 24. Въ легкихъ жесткое дыханіе и мѣстами сухіе хрипы. Въ сердцѣ у верхушки систол. шумокъ, на art. pulmonalis акцентъ на 2 тонѣ.

9. № 37,0—37,9. П. 80. Д. 24. Плеврит. тушость сзади на 3 пальца выше угла лопатки, спереди съ 5-го р. Пр. граница сердца по средней л., у верхушки систолич. шумъ.

10. № 37,0—38,0. П. 88. Д. 24. Боли въ л. боку и одышка сильнѣе.

11. № 36,8—37,8. П. 84. Д. 24.

12. № 37,0—37,5. П. 84. Д. 22. Плевритич. тушость сзади на 2 пальца выше угла лопатки, спереди съ 5-го р. Правая граница сердца до средней л. не доходитъ.

13. № 36,8—37,1. П. 90. Д. 22.

14. № 36,8—37,5. П. 88. Д. 24.

15. № 36,6—37,6. П. 84. Д. 22. Жалуются на слабость.

16. № 36,5—37,1. П. 86. Д. 22.

17. № 36,4—37,2. П. 84. Д. 22. Головокруженіе, жартъ, слабость. Общественно явленія тѣ же.

18. № 36,5—37,2. П. 86. Д. 20.

19. № 36,9—37,5. П. 90. Д. 20. Плеврит. тушость сзади отъ угла лопатки, спереди съ 6-го р. Границы сердца нормальны. Жалуются на боли въ л. боку. Пункцией по I. axillaris post. въ 8 межреберья получено 1100 к. с. немного мутнаго экссудата. Удельный вѣсъ его 1021, бѣлая 47%, точка замерзанія —0,561; нуклеоальбумина много; экссудатъ сильно свертывается. Среди лейкоцитовъ 6% многоядерныхъ, 3% одноядерныхъ и 91% лимфоцитовъ.

20. № 38,0—39,0. П. 90. Д. 18. После пункции былъ сильный кашель и боли въ л. боку.

21. № 37,2—37,7. П. 86. Д. 18. Кашель немного меньше. Ночью сильно потѣлъ. Сзади плеврит. тушость на 1 палецъ ниже угла лопатки, по I. axillaris съ 7-го р., пространство Траубе свободно. Въ легкихъ волеу жесткое дыханіе и сухіе хрипы.

Въ дальнѣйшемъ плеврит. экссудатъ продолжаетъ понемногу всасываться, № упала до нормы, и 26/iv 1905 больной выписался до полного всасыванія выпота.

№ 43.

Pleuritis exsudat. d. serosa.

Н—въ, Н., 23 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 4/iv, выписался 16/iv 1905 г.

Болезнь дней 9. Волдырь начался съ общаго недомоганія, кашля, анноба, жара и потливости. Теперь жалуются кромѣ того на боль въ пр. боку и одышку. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Наслѣдственность благоприятная.

5/III. St. praes: Большой хорошаго сложенія и штанія, роста средняго. Пр. бокъ отстаетъ при дыханіи отъ лѣваго. Въ пр. половинѣ грудной клѣтки выше тушость, верхняя граница ея спереди на нижнемъ краѣ 5-го р., по I. axillaris d. на 6 р., сзади на 2 пальца ниже spinae scapulae. Въ области тушости широта и дыханіе рѣзко ослаблены. Въ легкихъ немного жесткое дыханіе. Границы сердца нормальны. Тоны чисты. На 2 тоуз art. pulmonalis акцентъ. Со стороны органовъ брѣшной полости ничего ненормальнаго не найдено. Въ мочѣ бѣлая пѣна № 38,5—39,1. П. 90. Д. 28. Пробной пункцией по I. scapularis d. въ 8 межреберья получено 15 к. с. серознаго экссудата; свертываніе его не сильное; среди лейкоцитовъ 8% многоядерныхъ, 2% одноядерныхъ и 90% лимфоцитовъ.

6. № 38,6—39,6. П. 96. Д. 28. Плевритическая тушость спереди съ 5-го р., сзади на 1 палецъ ниже spinae scapulae.

7. № 38,9—38,9. П. 98. Д. 28.

8. № 38,9—39,2. П. 96. Д. 28. Спереди тушость съ 3-го р., сзади отъ spinae scapulae.

9. Пункцией по I. scapularis d. въ 8 межреберья извлечено 1450 к. с. почти совершенно прозрачнаго желтоватаго экссудата; удельный вѣсъ его 1020, точка замерзанія—0,53, нуклеоальбумина много; подъ микроскопомъ немного красныхъ кровяныхъ шариковъ и лейкоцитовъ, среди последнихъ 6% многоядерныхъ, 4% одноядерныхъ и 90% лимфоцитовъ.

Въ дальнѣйшемъ количество плевритическаго экссудата сначала незначительно прибавло, но черезъ нѣсколько дней началось медленное всасываніе экссудата. Въ этомъ періодъ большии 23/III была вновь сделана пункция. Къ 23/III самочувствіе больного немного улучшилось, № была меньше повышенной, чѣмъ раньше (между 37,0—38,0); въ легкихъ дыханіе было попрежнему жесткое, хриповъ не было, плевритическій экссудатъ медленно всасывался. 23/III пункцией по I. scapularis d. въ 9 межреберья извлечено 150 к. с. серознаго плевритическаго экссудата, удельный вѣсъ его 1023, количество бѣлка 58%, точка замерзанія—0,57, нуклеоальбумина много; свертываніе сильное, подъ микроскопомъ немного красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и лейкоцитовъ, среди последнихъ 12% многоядерныхъ, 4% одноядерныхъ и 84% лимфоцитовъ.

Послѣ пункции № оставалась немного повышенной до выхода большаго изъ клиники (между 36,5 и 37,5), значительная часть плевритическаго экссудата всосалась, самочувствіе больного значительно улучшилось, и вѣсъ больного съ 23/III по 16/iv увеличился на 8 кило. Въ мокротѣ при повторныхъ послѣдовавшихъ туберкулезныхъ бактеріяхъ найдено не было. 16/iv больной выписался.

Carcinoma ventriculi, peritonei et pleurae d.

Ю—чть, Е., 50 л., пост. вь Кл. В. Г. вь терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 27/1, умерь 21/1 1905 г.

Болезнь съ 1/2 года болями подь ложечкой и рвотой, особенно послѣ ѣды. За послѣднее время сильно похудѣть. Увеличеніе живота стать замѣчать за послѣднія 3 недѣли. Раньше пилъ много водки. Годъ 4 назадъ вь теченіе почти двухъ лѣтъ страдалъ болями вь подложечной области и рвотой послѣ ѣды; послѣ леченія явленія эти тогда прошли. Былъ повидимому *hues*.

28/1. *St. praes.* Больной средняго роста, хорошаго сложенія, питанія плохого. Вь сердцѣ ничего ненормальнаго не найдено. Вь полости пр. плевры имѣется небольшое количество свободно-подвижной жидкости, верхняя граница которой на уровнѣ угла лопатки. Вь легкихъ дыханіе везикулярное. Животъ сильно увеличенъ, содержитъ свободно подвижную жидкость, флюктуанія получается на всемъ животѣ. Печень повидимому немного увеличена и слегка бугриста, хотя прощупывается неясно. Селезенка повидимому увеличена. Вь мочѣ бѣлка нѣтъ. ¹ 36,6—36,7. П. 78. Д. 22.

29. ¹ 36,6—37,1. П. 80. Д. 20. Рвота послѣ ѣды.

30. ¹ 36,6—36,8. П. 76. Д. 18. Пункціей по *l. axillaris d.* пост. вь 9 межреберья извлечено 1150 к. с. серознаго, мутнаго экссудата; удѣльный вѣсъ 1020, количество бѣлка 38⁰/₁₀₀, точка замерзанія—0,54, нуклео-альбумина много, свертыванія нѣтъ. Подъ микроскопомъ лейкоциты, красные кровяные шарки и много плоскихъ кѣтокъ, отдѣльных и расположенныхъ пластами, часто съ вакуолами и измѣненными ядрами. Среди лейкоцитовъ 1⁰/₁₀₀ многоядерныхъ, 5⁰/₁₀₀ одноядерныхъ и 94⁰/₁₀₀ лимфоцитовъ.

31. ¹ 36,4—36,8. П. 78. Д. 20. Верхняя граница плевритической тупости на 3 пальца ниже угла лопатки. Рвота послѣ ѣды. Проколомъ брюшной полости по среднѣ между пупкомъ и *spina ilei ant. sup. sin.* вышущено 3450 к. с. серознаго экссудата; удѣльный вѣсъ его 1317, бѣлка 37⁰/₁₀₀, точка замерзанія—0,55, нуклеоальбумина много, свертыванія нѣтъ подь микроскопомъ небольшое количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, лейкоциты и много описанныхъ уже плоскихъ кѣтокъ съ вакуолами и неправильными ядрами. Среди лейкоцитовъ 4⁰/₁₀₀ многоядерныхъ, 2⁰/₁₀₀ одноядерныхъ и 94⁰/₁₀₀ лимфоцитовъ.

Послѣ опороженія брюшной полости вь ней стали прощупываться 2 бугристая опухоли, одна—расположенная вь л. подреберья, другая— вь пр. сторонѣ живота ниже пупка.

Myocarditis. Ascites.

Вь дальнѣйшемъ состояніе больного замѣтно ухудшалось, оныъ стать быстро слабѣть, появился громкобъ *venae cruralis sin.*, рвота усилилась, и 21/1 больной умерь.

Epicrisis: Carcinoma ventriculi. Carcinosis disseminata peritonei et pleurae d.

Б—вѣ, П., 52 л., пост. вь Кл. В. Г. вь терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 24/1 1904 г., выписался 25/1 1905 г.

Болезнь 3-й годъ. Больной начался съ одышки и отековъ ногъ. Увеличеніе живота замѣтилъ годъ 2 назадъ. Теперь жалуются на слабость, исхуданіе и опухоль живота и ногъ. *Hues* и алкоголизмъ отрицаютъ. За послѣднія 15 лѣтъ былъ здоровъ. Раньше перенесъ брюшную тифъ, оспу, малярію.

25/XI. *St. praes.* Больной средняго роста и сложенія, питанія плохого; немного бѣденъ. Границы сердца: правая по пр. грудной л., верхняя на 4 р., толчокъ вь 5 межреберья по осевой л. Тоны сердца чисты, немного глухи. Граница пр. легкаго опущена на 1 р., подвижна. Вь легкихъ дыханіе везикулярное, только свадъ внизу съ обѣихъ сторонъ крепитанція. Капля почти нѣтъ, мокроты нѣтъ. Животъ сильно увеличенъ; вь брюшной полости содержится большое количество свободно-подвижной жидкости, верхняя граница ея на 2 пальца выше пупка. На кожѣ живота расширенныхъ венъ нѣтъ. Печень увеличена пальца на 4, край ея плотный, довольно тупой, немного болваненный. Селезенка увеличена, плотная. ¹ 36,2—36,5. П. 84. Д. 22.

27. ¹ 36,3—36,4. П. 69. Д. 21. Пункціей по среднѣ между пупкомъ и *spina ilei ant. sup. sin.* вышущено 5300 к. с. серознаго мутной жидкости, удѣльный вѣсъ ея 1020, количество бѣлка 17⁰/₁₀₀, точка замерзанія—0,55, нуклеоальбумина нѣтъ, свертыванія нѣтъ, подь микроскопомъ—красные кровяные шарки, немного эндотелия и флейкоцитовъ; среди послѣднихъ 28⁰/₁₀₀ многоядерныхъ, 14⁰/₁₀₀ одноядерныхъ и 63⁰/₁₀₀ лимфоцитовъ.

Вь дальнѣйшемъ жидкость вь брюшной полости снова немного прибыла, самочувствіе больного понемногу значительно улучшилось. Размѣры сердца оставались прежними; при радиграфическомъ исследованіи сердце было найдено немного увеличеннымъ. Отеки ногъ прошли, печень немного уменьшилась. Послѣ ртутнаго и йодистаго леченія замѣтнаго улучшенія не было, и больной выписался 25/1 съ большимъ количествомъ жидкости вь брюшной полости.

Pleuritis exsud. d. serosa.

Щ—Въ, К., 24 л., пост. въ Кл. В. Г. въ терапевт. клинику проф. М. В. Яновскаго 2/в. выписался 13/в 1905 г.

Больной поступил съ жалобами на кашель и небольшія боли въ пр. боку на 8-9-й день болѣзни. Раньше всегда былъ здоровъ. Наслѣдственности благоприятная.

St. praes: Больной высокаго роста, хорошаго сложенія и питанія. Въ сердцѣ ничего ненормальнаго не найдено. Въ пр. половинѣ грудной кѣтки слыши отъ угла лопатки внизъ тупость, ослабленныя вибрація и дыханіе; по l. axillaris верхняя граница тупости на нижнемъ краѣ 6-го р., по l. mamillaris на 6 р. Дыханіе въ легкихъ везикулярное. Мокроты нѣтъ. Въ органахъ брюшной полости ничего ненормальнаго не найдено. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Въ испраженіяхъ яицъ глисть нѣтъ. Въ крови нормальное количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, гемоглобина и лейкоцитовъ; процентный составъ послѣднихъ: многоядерныхъ лейкоцитовъ 64%, одноядерныхъ 12%, лимфоцитовъ 23% и эозинофиловъ 1%.

Пункцией по l. scapularis въ 9 межреберья извлечено 450 к.с. слегка мутнаго серознаго плевритическаго экссудата; удѣльный вѣсъ его 1023, бѣлка 50%, точка замерзанія—0,56, нуклеоальбумина немного, свертыванія нѣтъ; подъ микроскопомъ немного красныхъ кровяныхъ шариковъ, эндотелія и лейкоцитовъ, среди послѣднихъ 14% многоядерныхъ, 18% одноядерныхъ, 40% лимфоцитовъ, 28% незрѣлыхъ и приблизительно такое же количество разрушенныхъ эозинофиловъ.

Въ дальнѣйшемъ состояніе больного быстро вновь улучшилось, экссудатъ быстро всосался. Онъ была все время нормальна, и больной выписался здоровымъ.

ЛИТЕРАТУРА.

Бактерицидныя и гемолитическія свойства крови и экссудатовъ и трансудатовъ.

1. Abbot, A. C.: The influence of acute alcoholism on the normal resistance of rabbits to various forms of infection. Medical Record. 1896. Цит. по Ctrbl. f. Bakteriologie. Bd. 20 p. 591.

2. Abbot, A. C. and Bergey, D. H.: The influence of alcoholic intoxication upon certain factors concerned in the phenomenon of haemolysis. Ctrbl. f. Bakter. 1902. Bd. 32 p. 260.

3. Ascoli, M.: Isoagglutinine u. Isolysine menschlicher Blutsera. Münch. med. Wochenschr. 1901. № 31.

4. Bail, O.: Untersuchungen über natürliche u. künstliche Milzbrandimmunität. Ctrbl. f. Bakter. 1903, Bd. 33. Orig. p. 343.

5. Bail, O. u. Pettersson, A.: Untersuchungen über natürliche u. künstliche Milzbrandimmunität. Ctrbl. f. Bakter. Bd. 34 n 35. Orig.

6. Bakunina u. Boecardi: Riforma med. 1891 cit. по Müller: Ctrbl. f. Bakter. Bd. 34. Orig. p. 459.

7. Bard: a. La tension osmotique du liquide céphalo-rachidien et la nature des épanchements hémorrhagiques de la plèvre et du péritoine, appréciée par l'action de ces liquides sur les globules rouges. La semaine méd. 1901 p. 60.

б. De l'hématolyse dans les liquides hémorrhagiques d'origine cancéreuse. ibidem p. 201.

c. Des variations pathologiques du pouvoir hémolytique du liquide céphalo-rachidien. La semaine méd. 1903 p. 9.

8. Bardach, I.: Recherches sur la fièvre récurrente. Ann. de l'Inst. Past., т. XIII.

9. Bastin, A.: Contribution à l'étude du pouvoir bactéricide du sang. La cellule. 1892.

10. Behring: Infektionsschutz u. Immunität. Eulenburgs encyclop. Jahrbücher. 1900. т. IX.

11. Behring u. Nissen: Ueber bakterienfeindliche Eigenschaften verschiedener Serumarten. Ztschr. f. Hygiene. 1890.
12. Bentivegna, A. e Carini, F.: Il potere battericida e l'alcalinità del sangue nella leucocitosi da intossicazione per veleni minerali. Lo Sperimentale. 1900. Fasc. 5 p. 490.
13. Бепрѣковъ, В.: Къ вопросу о т. наз. „Antiörper“. Сиб. Двц. 1904.
14. Besredka: Les antihémolytines naturelles. Ann. de l'inst. Past. 1901 p. 785.
15. Bezzola: Hrr. no Landsteiner u. Leiner.
16. Bezanson, F. et Labbé, M.: Traité d'hématologie. Paris. 1904.
17. Bordet, L.: a. Sur l'agglutination et la dissolution des globules rouges par le sérum d'animaux injectés de sang defibriné. Ann. de l'inst. Past. 1898.
- b. Agglutination et dissolution des globules rouges par le sérum. ibidem. 1899.
- c. Les sérums hémolytiques, leurs antitoxines et les théories des sérums cytolytiques. ibidem. 1900.
- d. Sur le mode d'action des sérums cytolytiques et sur l'unité de l'alexine dans un même sérum. ibidem. 1901.
18. Bordet et Gengou: Sur l'existence des substances sensibilisatrices dans la plupart des sérums antimicrobiens. ibidem. 1901.
19. Bouchard: Les microbes pathogènes. Paris. 1892.
20. Bouchner, H.: a. Ueber die bakterientötende Wirkung des zellenfreien Blutserums. Ctrbl. f. Bakt. 1889.
- b. Untersuchungen über die bakterienfeindlichen Wirkungen des Blutes u. des Blutserums. Arch. f. Hygiene. 1890.
- c. Weitere Untersuchungen über die bakterienfeindlichen u. globuliciden Wirkungen des Blutserums. Arch. f. Hyg. 1892.
- d. Zur Kenntniss der Alexine sowie der spezifisch bakteriziden u. spezifisch hämolytischen Wirkungen. Münch. med. Wochenschr. 1900 № 9.
21. Bulloch, W.: Ueber die Beziehungen zwischen Hämolyse u. Bakteriolyse. Ctrbl. f. Bakt. 1901. Bd. 29 p. 724.
22. Camus et Pagniez: Variabilité de l'alexine dans les sérums pathologiques. Existence d'une substance antihémolytante dans le sérum humain. Comptes r. de la soc. de biologie de Paris. 1905 № 25, 6 juillet.
23. Canalis u. Mörpurg: Ueber den Einfluss des Hungers auf die Empfänglichkeit für Infektionskrankheiten. Fortschritte der Medizin. 1890.
24. Capogrossi: Hrr. no Landsteiner u. Leiner.
25. Charrin: Hrr. no Bouchard.
26. Charrin et Roger: La fatigue et les maladies microbiennes. La semaine méd. 1890 p. 29.
27. Conrad, H.: Bakterielle u. Milzbrandinfektion. Ztschr. f. Hygiene. 1900. Bd. 34.
28. Daranberg: De l'action destructive du sérum du sang sur les globules rouges. Archive de méd. experim. 1891.

29. Decastello, A. v. u. Sturli, A.: Ueber die Isoagglutinine im Serum gesunder u. kranker Menschen. Münch. med. Woch. 1902 № 26.
30. Denis, I. et Kaisin, A.: Sur le pouvoir bactéricide du sang. La cellule. 1898.
31. Dungern, E. v.: a. Globulicide Wirkungen des tierischen Organismus. Münch. med. Woch. 1899.
- b. Beiträge zur Immunitätslehre. Münch. med. Woch. 1900 № 20 u. 28.
32. Ehrlich, P.: a. Die Schutzstoffe des Blutes. Deutsche med. Woch. 1901.
- b. Schlussbetrachtung zu Bd. VIII in H. Nothnagel's Spezielle Pathologie u. Therapie.
33. Ehrlich u. Morgenroth: Ueber Hämolyse. Berl. klin. Woch. 1899, 1900, 1901.
34. Ehrlich, P. u. Sachs, H.: Ueber die Vielheit der Komplemente des Serums. Berl. klin. Woch. 1902 № 14 u. 15.
35. Eisenberg, Ph.: Ueber Isoagglutinine u. Isolyse in menschlichen Seris. Wien. klin. Woch. 1901 № 42.
36. Fischl, E.: Ueber den Einfluss der Abkühlung auf die Disposition zur Infektion. Ztschr. f. Heilkunde. Bd. 18.
37. Flügge, C.: Studien über die Abschwächung virulenter Bacterien u. die erworbene Immunität. Ztschr. f. Hygiene. 1888 Bd. 4.
38. Fodor, I. v.: a. Die Fähigkeit des Blutes Bakterien zu vernichten. Deutsche med. Woch. 1887 № 34.
- b. Neuere Untersuchungen über die bakterientötende Wirkung des Blutes u. über Immunisation. Ctrbl. f. Bakt. 1890 Bd. 7 p. 753.
39. Friedberger, E.: Ueber die Intensität der Choleraamboceptorenbildung beim Kaninchen unter dem Einfluss der Alcoholisierung u. der Mischinfektion. Berl. klin. Woch. 1904 № 10.
40. Габричевскій, Г.: Основания серотерапии возвратной горячки. Р. арх. пат. клин. мед. и бакт. 1896, т. 2.
41. Gatti, G.: Sull'aumento del potere microbicida del sangue durante la infestazione. La Riforma med. 1893 p. 187. Hrr. no Ctrbl. f. Bacter. Bd. 15 p. 441.
42. Gengou: Contribution à l'étude de l'origine de l'alexine des sérums normaux. Ann. de l'inst. Past. 1901 v. 15.
43. Гильничковъ, В.: Объ измѣненіи гемодитической силы кровяной сыворотки въ разныхъ фазахъ пищеварения. Русскій Врачъ. 1902 № 37, стр. 1345.
44. Goldberg S.: (Златогоровъ): Ueber die Einwirkung des Alcohols auf die natürliche Immunität von Tauben gegen Milzbrand u. auf den Verlauf der Milzbrandinfektion. Ctrbl. f. Bact. Bd. 30 p. 696.
45. Гусевъ, Г.: Материалы къ вопросу о количественномъ опредѣленіи alexinon въ сывороткахъ здоровыхъ и больныхъ людей. Казань. Двц. 1902.
46. Halban: Agglutinationsversuche mit mütterlichem u. kindlichem Blute. Wien. klin. Woch. 1900 № 24.

47. Halpern, M.: Zur Frage über die Hämolyse im menschlichen Serum. Berl. klin. Woch. 1902 № 48.
48. Hedinger, E.: Klinische Beiträge zur Frage der Hämolyse. Deutsch. Arch. f. klin. Medizin. 1902.
49. Ивановъ, Н.: Къ вопросу объ искусственномъ иммунитете при возвратной горячкѣ. Спб. Двс. 1897.
50. Idelsohn, H.: Ueber das Blut u. dessen bactericides Verhalten gegen Staphylococcus pyogenes aureus bei progressiver Paralyse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1899 Bd. 31 p. 640.
51. Jürgens: Ueber die Entstehung der Typhusimmunität. Berl. klin. Woch. 1904 № 6.
52. Зейлигеръ, Г.: Къ патологии и терапіи возвратнаго тифа. Спб. Двс. 1897.
53. Здриницкія, С.: а. Къ учению объ alexinaxъ. Извѣстія И. В. М. Академіи. 1904 № 2.
б. Алексинахъ и ихъ значенію въ дѣлѣ борьбы организма съ инфекціей. Ibidem. 1905 № 4.
54. Златогоровъ, С. см. Goldberg.
55. Karwacki, L.: Przyczynek do nauki o aglutynujacych wlasnosciach prawidlowej surowicy ludzkiej. Przegląd lekarski. 1902 p. 645. Реф. въ Русскомъ Врачѣ 1902 стр. 1737.
56. Kentzler, I.: Der Komplementgehalt des Blutes bei verschiedenen Formen der Lungentuberkulose. Berl. klin. Woch. 1905 № 11.
57. Kionka, H.: Versuche über die bakterientötende Wirkung des Blutes. Ctrbl. f. Bakter. 1892 Bd. 12 № 10.
58. Kraus, R. u. Clairmont, P.: Ueber bakteriolytische Wirkungen des normalen Taubenserums. Ztschr. f. Hygiene. 1900 Bd. 34.
59. Kreibich: Ueber einige serodiagnostische Versuche. Wien. klin. Woch. 1902 № 27.
60. Kretz: Zur Theorie der paroxysmalen Hämoglobinurie. Wien. klin. Woch. 1903 № 18 p. 528.
61. Laitinen, F.: Ueber den Einfluss des Alcohols auf die Empfänglichkeit des thierischen Körpers für Infektionsstoffe. Ztschr. f. Hygiene 1900 Bd. 34.
62. Landsteiner, K.: Zur Kenntniss der spezifisch auf Blutkörperchen wirkenden Sera. Ctrbl. f. Bakt. 1899 № 25.
63. Landsteiner, K. u. Donath, J.: Ueber paroxysmale Hämoglobinurie. Münch. med. Woch. 1904 p. 1590.
64. Landsteiner, K. u. Halban, I.: Ueber Unterschiede des fäkalen u. mütterlichen Bluteserums über eine agglutinations u. fällungshemmende Wirkung des Normaleserums. Münch. med. Woch. 1902 № 12.
65. Landsteiner, K. u. Leiner, K.: Ueber Isoagglutinine u. Isoagglutinine im menschlichen Blut. Ctrbl. f. Bakter. 1905. Bd. 38 p. 548.
66. Langer, I.: Ueber Isoagglutinine beim Menschen, mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Ztschr. f. Heilkunde. 1903 H. 5.

67. Laqueur, A.: Zur Kenntniss urämischer Zustände. Deutsche med. Woch. 1901 № 43.
68. Lannois: Action hémolytique du sérum et de quelques liquides pathologiques. La semaine médicale. 1902 p. 28.
69. Левенталь, Г.: Серодиагнозъ возвратной горячкѣ во время аспрекии. Р. арх. пат., клин. мед. и бакт. 1897 стр. 489.
70. Lode, A.: Ueber Beeinflussung der individuellen Disposition zu Infektionskrankheiten durch Wärmeentziehung. Arch. f. Hygiene. 1897. Bd. 28.
71. Lo Monaco: Münch. med. Woch. 1901. Цит. по Landsteiner u. Leiner.
72. Lo Monaco u. Panichia: Sitzungsberichte d. Accademia d. Lineei Roma. 1900. 16 Dec. Цит. по Ascoli.
b. L'agglutinazione del sangue dei malarici. La Riforma med. 1901. III.
73. Лондонъ, Е. а. О вліяніи некоторыхъ патологическихъ воздѣйствій на бактерицидную свѣтлостъ крови. Арх. биол. наукъ 1897 и 1898 т. V и VI.
- б. Къ учению о гемолизинахъ. Спб. Двс. 1900.
74. Longscope: Study of the bacteriolytic complement in disease. University of Pensylvania medic. Bulletin 1902. Цит. по Змилюшко.
75. Lubarsch: a. Untersuchungen über die Ursachen der angeborenen u. erworbenen Immunität. Berlin. 1891.
b. Zur Lehre von den Geschwülsten u. Infektionskrankheiten. 1899.
76. Lüdke, H.: Zur Spezifität der Antikörper. Ctrbl. f. Bakter. 1905. 1 Abt. Orig. Bd. 38 H. 1—5.
77. Malkoff, G.: Beitrag zur Frage der Agglutination der roten Blutkörperchen. Deutsche med. Woch. 1900.
78. Marshall: Цит. по Sachs; Ueber Differenzen u. s. w.
79. Marshall, H. u. Morgenthau, I.: Ueber Antikomplemente u. Antiamboceptoren normaler Sera u. pathologischer Exsudate. Ztschr. f. klin. Medizin. 1902 Bd. 47 p. 279.
80. May, R. u. Grünwald, L.: a. Ueber Blutfärbungen. Ctrbl. f. inn. Med. 1902 № 11 p. 265.
b. Beiträge zur Blutfärbung. Deutsch. Arch. f. klin. Medizin Bd. 79. H. 5 u. 6.
81. Медвѣхъ, А.: Материалы къ патогенезу возвратнаго тифа. Р. арх. патол., клин. мед. и бакт. 1900 т. 10 стр. 1.
82. Медвѣхъ, А. и Каляпинъ, И.: Къ вопросу о содержаніи alexinoxъ при возвратной горячкѣ. Р. Врачъ. 1903 № 35.
83. Meltzer, S. and Norris, C.: On the influence of fasting upon the bactericidal action of the blood. Ctrbl. f. Bakter. Bd. 28 p. 751.
84. Мѣталникъ, S.: Etudes sur la spermotoxine. Ann. de l'inst. Past. 1900 p. 580.
85. Мечниковъ, И.: Невосприимчивость въ инфекціонныхъ боляхъ. Спб. 1903.
86. Micheli, F.: Potere emolitico e antiemolitico del siero di sangue

122. Sobernheim: Untersuchungen über Milzbrandimmunität. Ztschr. f. Hyg. 1899.

123. Stern, L., m-lle: Pouvoir hémolytique du sérum sanguin normal chez différentes espèces animales. C. r. de la soc. de biologie. 1904 20 février p. 309.

124. Stern, R.: a. Ueber die Wirkung des menschlichen Blutes u. anderer seröser Körperflüssigkeiten auf pathogene Mikroorganismen. Ztschr. f. klin. Med. 1891 Bd. 17.

b. Ueber den Nachweis der bakteriziden Reaktion im Blutsrum der Typhuskranken. Berl. klin. Woch. 1904 № 39 p. 1040.

125. Stern, R. u. Kürte, W., Ueber den Nachweis der bakteriziden Reaktion im Blutsrum der Typhuskranken. Berl. klin. Woch. 1904 № 9.

126. Strauss, H. u. Wolf, W.: Ueber das hämolytische Verhalten seröser Flüssigkeiten. Fortschritte der Medizin. 1902 p. 1 u. 209.

127. Sweet: Univ. of Pennsylvania med. Bull. 1902. December. Цит. по Зимницкому.

128. Székely, A. u. Szana, A.: Experimentelle Untersuchungen über die Veränderungen der sogenannten microbiciden Kraft des Blutes während u. nach der Infektion des Organismus. Ctrbl. f. Bakter. 1892

129. Trommsdorff, R.: Ueber den Alexingehalt normaler u. pathologischer menschlicher Blutsers. Ctrbl. f. Bakter. 1902. Bd. 32. Orig. p. 439.

130. Чистович, Ф.: Роль иммунизирующих веществ и агглютиниров при пассивном иммунитете. Изв. И. В. М. Академии. 1901 т. III стр. 101.

131. Шляревич, М.: Опыт определения стойкости красных кровяных тельц при различных заблываниях посредством специфической гемодилитической сыровотки. Спб. Дисс. 1902.

132. Юревич, В.: О наследственной и внутриутробной передаче агглютинативной способности и об участии плода в выработке агглютиниров при инфекции матери. Спб. Дисс. 1902.

133. Wagner: Le charbon des poules. Ann. de l'inst. Pasteur. 1890, v. 4.

134. Wassermann, A.: Untersuchungen über Immunität gegen Cholera asiatica. Ztschr. f. Hyg. 1893.

135. Vidal, F. et Rostaine: a. Insuffisance d'antisensibilisatrice dans le sang des hémoglobinuriques. C. r. de la soc. de biologie. 1905 v. 58 p. 321.

b. Sérothérapie préventive de l'attaque d'hémoglobinurie paroxystique. ibidem p. 397.

136. Vidal, F. et Le Sourd, L.: Existence de la sensibilisatrice dans le sérum des typhiques. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôpitaux de Paris. 1901. 14 juin.

137. Wilde, M.: a. Ueber das Verhalten der bactericiden Kraft des Kannehenserums bei der Milzbrandinfektion. Ztschr. f. Hyg. 1901 Bd. 37 p. 476.

b. Ueber die Absorption der Alexin durch abgetöte Bakterien. Berl. klin. Woch. 1901.

138. Wirgin, G.: Ueber den Einfluss des Aethylalcohols auf die Bildung von agglutinirenden Stoffen bei Kaninchen. Ctrbl. f. Bakter. 1905 Bd. 38. Orig. Abt. 1. H. 2.

139. Wolze, E.: Zur Hemmung der Hämolyse bei urämischen Zuständen. Ctrbl. f. inn. Med. 1903 № 27.

140. Wright, A. and Windsor, F.: On the bactericidal effect exerted by human blood on certain species of pathogenic microorganism and on the antibactericidal effects obtained by the addition to the blood in vitro of dead cultures of microorganisms in question. The Journal of Hygiene. 1902 Vol. II № 4. Цит. по Deutsche med. Woch. 1903 Litter.-Beilage.

Количество белка, удельный вѣсъ, нуклеоальбуминъ, осмотическое напряжение, свертываемость, микроскопическая картина эксудатовъ и трансудатовъ.

1. Achard et Laubry: Méningites à pneumocoques; résultats de la ponction lombaire. Gaz. hebdom. 1902, 3 avril. Цит. по A. Descos.

2. Achard et Loeper: a. Les globules blancs dans le rhumatisme. C. r. de la soc. de biologie 1900 p. 1029.

b. Les globules blancs dans la tuberculose. ibidem. p. 1066.

c. Cytoscopie d'une arthropathie tabétique. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. 1901. p. 1049.

d. Rapports des réactions leucocytaires locale et générale dans les processus morbides. C. r. de la soc. de biologie 1901. 2 mars.

e. Sur la cryoscopie des sérosités pathologiques et ses rapports avec leur marche et leur nature. ibidem. 1901. 8 juin.

3. Achard, Loeper et Laubry: Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien. Arch. méd. exp. 1901, juillet.

4. Appel: Bacteriologische Untersuchung pleuritisher Exsudate. Fortschritte der Medizin. 1902 p. 204.

5. Babinsky et Nageotte: Contribution à l'étude du cytodagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses. Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. 1901 p. 537.

6. Barjon et Cade: a. Formule cytologique spéciale des pleurésies par infarctus chez les cardiaques. C. r. de la soc. de biologie. 1901, 22 juin.

b. Examen cytologique des épanchements pleuraux. Lyon méd. 1901. p. 175.

c. Cytologie des hydrocèles. Présence de spermatozoïdes dans les hydrocèles essentielles. Pathogénie des hydrocèles. Bull. de la soc. méd. d. hôp. de Lyon. 1902, et C. r. de la soc. de biologie. 1902. 7 juin. Цит. по A. Descos.

7. Baylac: Cryoscopie des liquides d'oedème. C. r. de la soc. de biologie. 1901, 20 mai.
8. Bendix, E.: Zur Cytodiagnose der Meningitis. Deutsche med. Woch. 1901 № 43.
9. Berger, E.: Sull'uso di alcune sostanze urofane come mezzo di diagnosi differenziale fra essudati e trasudati. Rivista critica di clin. med. 1903. Iurr. no Ctrbl. f. inn. Med. 1905 № 5.
10. Bernard, L.: La cryoscopie et ses applications cliniques. Revue de med. 1902 p. 210.
11. Bernard, R.: Méningite cérébro-spinale. Lyon méd. 1901, v. I p. 841 et v. II p. 652.
12. Bernheim: Iurr. no Ott.
13. Besançon, F. et Labbé, M.: Traité d'hématologie. Paris. 1904.
14. Bodou, K.: Beitrag zur Kenntniss der molekularen Konzentrationsverhältnisse u. chemischen Zusammensetzung der Transsudate u. Exsudate. Pflüger's Arch. Bd. 104 p. 519.
15. Bousquet: Iurr. no L. Bernard.
16. Carrière: Examen histologique du liquide céphalorachidien dans la sclérose en plaques. C. r. de la soc. de biologie. 1901, 23 mars.
17. Castaigne, L.: a. Perméabilité pleurale et cryoscopie. Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôpitaux. 1900, 6 juillet.
18. b. Le pouvoir absorbant de la plèvre. Presse méd. 1900, 28 mars.
19. Castaigne, L. et Rathery: Examen de l'exsudat et de la perméabilité pleurale au cours des pleurésies rhumatismales. C. r. de la soc. de biologie. 1902, 11 janvier.
20. Citron: Zur klinischen Würdigung des Eiweißgehaltes u. des spezifischen Gewichtes pathologischer Flüssigkeiten. Deutsch. Arch. f. clin. Med. Bd. 46 p. 129.
21. Courmont, P.: Sérodiagnostic des épanchements tuberculeux. Congrès de la tuberculose. 1898.
22. Czerno-Schwarz u. Bronstein: Ueber Cytodiagnostic. Berl. klin. Woch. 1903.
23. Descos, A.: Applications cliniques du cytodagnostic des épanchements des séreuses. Revue de médecine. 1902.
24. Dopter et Tanton: Note sur l'examen cytologique des épanchements de diverses séreuses. Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris. 1901, 12 juillet.
25. Dufour: Cytologie du liquide d'une arthropatie tabétique. Bull. et mém. de la soc. d. hôp. de Paris. 1901.
26. Ehrlich, P.: Beiträge zur Aetologie u. Histologie pleuritischer Exsudate. Zur Diagnostik der carcinomatösen Pleuritis. Charité-Annalen. 1882.
27. Ferranini, L.: Die Kryoscopie des Urins u. Ascites bei Erkrankungen der Leber. Ctrbl. f. inn. Med. 1903 № 11.
28. Fuchs, A. u. Rosenthal, R.: Physikalisch-chemische, cytologische

- u. anderweitige Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit. Wien. med. Presse. 1904 №№ 44—47.
29. Galdi, P.: Ricerche sull'autolisi degli essudati e dei trasudati. La clin. med. Ital. 1905 № 2. Iurr. no Folia haematol. 1905 p. 529.
30. Gautier: Iurr. no Ravaut: Thèse. 1901.
31. Goggia, C.: Sul valore prognostico attribuito a certe formule lecentarie del liquido cefalo-rachidiano. Gazz. degli Ospedali e d. cliniche. 1905 № 13. Iurr. no Folia haemat. 1905 p. 285.
32. Гогитидзе, С.: Къ вопросу о всасывающей способности плевры при выпотных воспалениях. Врачебная газета. 1904 №№ 13 и 14.
33. Grawitz, E.: Ueber geformte Bestandtheile in 48 pleuritischen Exsudaten. Charité-Annalen. 1893.
34. Grifon: Cytodiagnostic des méningites. C. r. de la soc. de biologie. 1901, 5 janvier.
35. Grober, A.: Der Thierversuch als Hilfsmittel zur Erkennung der tuberkulösen Natur pleuritischer Exsudate, seine Methodik u. die Bewertung seiner Ergebnisse. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1902.
36. Guinon et Simon: Cytologie de 16 cas de méningite tuberculeuse. Soc. de Pédiatrie. 1902, 15 janv. Iurr. no A. Descos.
37. Hamburger, H.: Osmotischer Druck u. Ionenlehre in den medicinischen Wissenschaften. Bd. II. 1904.
38. Hammarsten, O.: Ueber das Vorkommen von Mukoidsubstanzen in Ascitesflüssigkeiten. Ztschr. f. physiolog. Chemie. 1891 p. 202.
39. Hoffmann, F.: a. Ueber den Eiweißgehalt der Ascitesflüssigkeiten. Virchow's Arch. Bd. 78 p. 250.
- b. Eiweißgehalt der Oedemflüssigkeiten. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 44 p. 313.
40. Jaksch, v.: Ueber die Zusammensetzung des Blutes gesunder u. kranker Menschen u. ueber den Eiweißgehalt krankhafter Ergüsse. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 23 p. 187 u. 225.
41. Jousset, A.: Nouvelle méthode pour isoler le bacille de Koch des humeurs de l'organisme. La semaine méd. 1903 p. 22.
42. Jousset, A. et Paraskevopoulos, P.: Etude comparative des diverses méthodes de sérodiagnostic de la tuberculose. C. r. de la soc. de biologie. 1905, 24 janv.
43. Juillard, Ch.: De l'utilisation clinique de la cytologie, la cryoscopie et l'hématolyse dans les épanchements de quelques séreuses chirurgicales. Revue de chirurgie. 1902.
44. Kétly, L. u. Torday, A.: a. Inwiefern ist die Cytodiagnostic bei der Beurtheilung der Brust u. Bauchhöhlenflüssigkeiten zu verwenden. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 77.
- b. Ueber die Verwertung des kryoscopischen Verfahrens bei der Beurtheilung der Resorption chronischer Brustfell-exsudate u. anderer seröser Flüssigkeitsansammlungen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1904 Bd. 79 p. 563.

45. Koeppel, H.: Ueber „Das Gesetz des osmotischen Gleichgewichts im Organismus“. Therapeut. Monatshefte. 1905. H. 3.
46. Korczynski u. Wernicki: *Ihr.* no Craczeny.
47. Korányi, A. v.: Untersuchungen über den osmotischen Druck thierischer Flüssigkeiten. *Ztschr. f. klin. Med.* 1897 u. 1898.
48. Kummel, H.; Praktische Erfahrungen über Diagnose u. Therapie der Nierenkrankheiten. *Deutsch. Arch. f. klin. Chirurgie.* 1901.
49. Labbé, M.: *Le cytodagnostic.* Paris. 1903.
50. Labbé, M. et Castaigne, L.: Examen du liquide céphalo-rachidien dans deux cas de méningite cérébro-spinale terminés par guérison. *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris.* 1901 p. 319.
51. Landau, A.: Klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck des Blutes. *Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd.* 78.
52. Landouzy et Bernard: *Ihr.* no L. Bernard.
53. Lehmann: *Lehrbuch der physiologischen Chemie.* Bd. II p. 275. *Ihr.* no Ott.
54. Lenoble, E.: Du caillot et du sérum. Paris. 1898.
55. Lesné et Ravaut: *La cryoscopie et les pleurésies sérofibrineuses.* Presse médicale. 1901. 20 février. *Ihr.* no L. Bernard.
56. Letulle: *L'inflammation.* 1898. *Ihr.* no Ravaut. Thèse.
57. Lewkowicz: *Étiologie des méningites et valeur diagnostique de la ponction lombaire.* *Ihr.* no A. Descos.
58. Lindemann, L.: Die Concentration des Harnes u. Blutes bei Nierenkrankheiten mit einem Beitrag zur Lehre von der Urämie. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1900.
59. Lunin: Zur Diagnostik der pathologischen Trans- u. Exsudate mit Hilfe des spezifischen Gewichtes. Dorpat. Inaug.—Dissert. 1892.
60. Marchetti, O.: *Citologia dell'idrocele volgare.* 1904 Gazz. d. Osped. *Ihr.* no Folia haemat. 1905 p. 284.
61. Marcou-Mutzner: *Cytodiagnostic et méningite tuberculeuse.* Arch. gén. de médecine. 1901 p. 345.
62. Marini, G.: La siero-reazione nella tubercolosi. *Bull. de Science mediche di Bologna.* 1904. *Ihr.* no Folia haemat. 1905 p. 192.
63. Méhu: *Nouvelles recherches sur les liquides pathologiques de la cavité pleurale.* Arch. gén. de médecine. 1875.
64. Memmi, G.: Contributo alla diagnosi differenziale tra essudati e trasudati con particolare riguardo alla Lipasi. *La clin. med. Ital.* 1905 N° 3. *Ihr.* no Folia haemat. 1905 p. 452.
65. Mery: *Cytologie des méningites tuberculeuses.* Soc. de Pédiatrie. 1902, 18 février.
66. Meyer, E.: Ueber cytodagnostische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. *Berl. klin. Woch.* 1904 N° 5.
67. Millian: *Pleurésie hémorragique; cytodagnostic.* *Ihr.* no A. Descos.
68. Nagelschmidt, F.: Ueber alimentäre Beeinflussung des osmoti-

- schen Druckes des Blutes bei Mensch u. Tier. *Ztschr. f. klin. Med.* 1901 Bd. 42 p. 274.
69. Neuenkirchen: Ueber die Verwertbarkeit des spezifischen Gewichtes u. des Eiweißgehaltes pathologischer Trans u. Exsudate zur klinischen Beurtheilung derselben. Dorpat. Inaug.—Dissert. 1888.
70. Niedner: Ueber Zytodiagnose. *Gesellsch. der Charité-Aerzte.* 1904, 12 Januar.
71. Nobécourt et Bigard: *Formules leucocytaires des séreuses chez le cobaye normal.* C. r. de la soc. de biologie. 1900.
72. Otori, Jiro: Ueber die Verteilung der stickstoffhaltigen Substanzen in menschlichen Trans-u. Exsudaten, sowie im Ovarialzysteninhalte. *Ztschr. f. Heilkunde.* 1904. Bd. 25 p. 141.
73. Ött, A.: Ueber den Eiweißgehalt pathologischer Flüssigkeiten. *Ztschr. f. Heilkunde.* 1896. Bd. 17 p. 283.
74. Paykull: *Ihr.* no Rubeberg.
75. Pfeiffer u. Sommer: Ueber die Resorption wässriger Salzlösungen aus dem menschlichen Magen unter physiologischen u. pathologischen Verhältnissen. *Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmacol.* 1900 Bd. 43 p. 93.
76. Preisisch, C. u. Flesch, H.: Ueber den diagnostischen Wert cytologischer Untersuchungen von Exsudaten. *Berl. klin. Woch.* 1904. N° 44 u. 45.
77. Quincke: Ueber die geförnten Bestandtheile von Transsudaten. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1882.
78. Ramond et Tourlet: *Pouvoir absorbant de la plèvre au cours de la pleurésie sérofibrineuse.* Presse méd. 1900, 14 mars.
79. Ravaut, P.: *Le diagnostic de la nature des épanchements sérofibrineux de la plèvre.—Cytodiagnostic.* Thèse de Paris. 1901.
80. Reiss: *Klinische Eiweißbestimmungen mit dem Refraktometer.* *Versamml. deutsch. Naturf. u. Aerzte.* Breslau. 1904. Abt. f. inn. Med. *Ihr.* no Folia haemat. 1905 p. 38.
81. Reuss: *a. Beiträge zur klinischen Beurtheilung von Exsudaten u. Transsudaten.* *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 24 p. 581.
- b. Das Verhältniss des spezifischen Gewichtes zum Eiweißgehalt in serösen Flüssigkeiten.* *Ibidem.* Bd. 28 p. 317.
82. Rendu: *Péricardite tuberculeuse à grand épanchement.* *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris.* 1901, 22 mars.
83. Richter, P. u. Roth, W.: *Experimentelle Beiträge zur Frage der Niereninsuffizienz.* *Berl. klin. Woch.* 1899, N° 30—31.
84. Rivalta: *Su di una nuova reazione per la diagnosi chimica differenziale fra gli essudati sierosi ed i semplici trasudati.* *Riforma med.* 1895 N° 96. *Ihr.* no Ctrbl. f. inn. Med. 1895 p. 1196.
85. Rosenbach, O. u. Pohl, F.: *Das antagonistische Verhalten der Jod- u. Salicylpräparate bezüglich der Ausscheidung in Gelenke, Exsudate u. Transsudate.* *Berl. klin. Woch.* 1890, N° 36.
86. Rothschild, D.: *Zur Nachbehandlung pleuritischer Exsudate.* *Die Therapie der Gegenwart.* 1903, p. 160.

87. Runeberg: *a*. Klinische Studien über Transsudationsprocesse. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 34 p. 1 u. Bd. 35 p. 266.

b. Von der diagnostischen Bedeutung des Eiweißgehaltes in pathologischen Trans- u. Exsudaten. Berl. klin. Woch. 1897 p. 710.

88. Rzentkowsky, C. v.: Beitrag zur Frage des osmotischen Druckes der Ex- u. Transsudate. Berl. klin. Woch. 1904 p. 227.

89. Sabrazès et Muratet: Formule cytologique des liquides séreux et numération des éléments cellulaires contenus normalement dans les sérosités pleurale et péritonéale du boeuf. C. r. de la soc. de biologie. 1900, 15 Décembre.

90. Saquépée, E.: Etude physiologique et cytologique sur l'hémorragie traumatique. Gazette hebdom. de méd. et de chirurgie. 1902 N. 53.

91. Сали: Учебникъ клиническихъ методовъ исследования. 1900.

92. Samelc, E.: Sulla citologia dei versamenti pleurici specialmente di natura tuberculare. La clin. med. Ital. 1905 N. 2. Ilur. no Folia haemat. 1905 p. 284.

93. Sançoni e Fornaca: Contributo sperimentale alla conoscenza chimica dei liquidi effusi nella cavità dell'organismo col dosaggio dell'azoto. La Riforma med. 1894 N. 163 p. 147.

94. Schlesinger, E.: Zytologische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis. Deutsch. med. Woch. 1904 N. 28.

95. Schoute, D.: Ilur. no Hamburger'y.

96. Schwalbe: Zur Lehre von den primären Lungen- u. Brustfellgeschwülsten. Deutsche med. Woch. 1891.

97. Senator, M.: Weitere Beiträge zur Lehre vom osmotischen Druck thierischer Flüssigkeiten. Deutsche med. Woch. 1900 p. 48.

98. Sicard, A. et Brécy, M.: Méningite cérébro-spinale ambulatoire curable; cytologie du liquide céphalo-rachidien. Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris. 1901 p. 309.

99. Siemerling, E.: Ueber den Werth der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für die Diagnose der Nerven- u. Geisteskrankheiten. Berl. klin. Woch. 1904 N. 21.

100. Signorelli. Sulla importanza delle ricerche delle piccole quantità di glicose per la diagnosi differenziale fra essudati e trasudati. Ilur. no Ctrbl. f. inn. Med. 1901 p. 702.

101. Staehelin: Ueber den durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörper der Exsudate u. des Urins. Münch. med. Woch. 1902 N. 34.

102. Starling: Ilur. no Hamburger'y.

103. Стравенячъ, В.: Къ вопросу о цитодиагностикъ серозныхъ плевратовъ. Сиб. Днес. 1903.

104. Strauss: Refraktometrische Blutuntersuchung. Deutsche med. Woch. 1905 N. 2 p. 83. Vereinsbeilage.

105. Strauss, H.: Zur Funktion des Magens. Verh. des Congressos f. inn. Med. 1900. Wiesbaden p. 563.

106. Strauss, H. u. Röth, W.: Untersuchungen über den Mecha-

nismus der Resorption u. Secretion im menschlichen Magen. Ztschr. f. klin. Med. 1899. Bd. 37 p. 144.

107. Strauss u. Wolf: Ueber das hämolytische Verhalten seröser Flüssigkeiten. Fortschritte der Medizin. 1902 p. 1 u. 209.

108. Tauszk: вв. v. Koranyi.

109. Tuffier, Th. et Milan, G. *a*. Contribution à l'étude physiologique et cytologique de l'hémithorax. Revue de Chirurgie. 1901.

b. Cytodiagnostic des hydrocèles. C. r. de la soc. de biologie. 1901.

110. Ulrici, H.: Ueber den Harnstoffgehalt von Transsudaten u. Exsudaten. Ctrbl. f. inn. Med. 1903 p. 393.

111. Umber, F.: Zum Studium der Eiweißkörper in Exsudaten. Ztschr. f. klin. Med. 1903. Bd. 48 p. 364.

112. Wachsmuth: Ueber die Menge der festen Bestandtheile u. des Eiweißes in verschiedenen Exsudaten des menschlichen Körpers. Virchow's Arch. Bd. 7 p. 330.

113. Widal et Ravaut: *a*. Applications cliniques de l'étude histologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre (pleurésies tuberculeuses, mécaniques, infectieuses aigües).

b. Cytodiagnostic de la méningite tuberculeuse.

c. Recherches histologiques sur le liquide des hydrocèles.

d. Recherches histologiques sur le liquide des pleurésies expérimentales. C. r. de la soc. de biologie. 1900.

e. Perméabilité pleurale au salicylate de soude. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôpitaux d. Paris. 1900, 6 juillet.

f. Recherches sur l'agglutination du bacille de Koch et le cytodiagnostics dans 24 cas d'épanchements séro-fibrineux de la plèvre. Congrès de la tuberculose. Londres. 1901.

114. Widal, Sicard et Ravaut: *a*. Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien. Presse méd. 1900. 24 octobre. Ilur. no L. Bernard.

b. Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours des processus méningés chroniques. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôpitaux de Paris. 1901, 18 janvier, p. 31.

115. Winiarsky: Ilur. no Cracevny.

116. Winter, I. De la concentration moléculaire des liquides de l'organisme. De l'équilibre moléculaire des humeurs. Arch. de Physiologie. 1896.

117. Wolf, A.: Untersuchungen über Pleuraergüsse. Berl. klin. Woch. 1901, 1902.

118. Zangemeister, W.: Ueber die molekulare Konzentration pathologischer Flüssigkeitsansammlungen im Körper u. die Einwirkung von Mikroorganismen auf die molekulare Konzentration des Nährsubstrates. Münch. med. Woch. 1904. N. 41.

119. Zanier, G.: Ueber die osmotische Spannkraft der Cerebrospinalflüssigkeit. Ctrbl. f. Physiologie. 1896. Bd. 10 p. 853.

120. Zebrowsky, E.: Zur Frage der Untersuchung der pleurischen Exsudate auf Tuberkelbacillen. Deutsche med. Woch. 1905 N. 6.

ПОЛОЖЕНИЯ.

1. Многие из т. н. идиопатических плевритов протекают хорошо без обычно употребляемых при плевритах внутренних средств только при постельном содержании больных.

2. При больших асцитах на почве цирроза печени удаление жидкости механическим путем, т. е. путем прокола живота, обычно менее ослабляет больных, чем удаление жидкости с помощью различных потогонных и некоторых мочегонных средств.

3. Пробная лапаротомия, в виду почти полной безопасности ее, должна производиться чаще при некоторых заболеваниях внутренних органов, чем она производится в настоящее время, когда часто радикальная операция производится слишком поздно вследствие ожидания выяснения диагноза.

4. Значение определения осмотического напряжения крови значительно повышается при наблюдении известных условий в содержании больных (диета, покой, время взятия крови).

5. Величина смертности от некоторых инфекционных болезней может до известной степени служить мерилом культуры населения.

6. Обязательное для диссертантов писание положений является совершенно лишней тратой времени на придумывание ненужных и не имеющих значения вещей и должно быть отменено.

Имя	И. Ф. ГРАДСТРЕМЪ
№	1-го Харьк. Мед. Института

CURRICULUM VITAE.

Эдуард-Фридрих Андреевич Гранстремъ, сын типографа, лютеранскаго вѣроисповѣданія, родился въ С.-Петербургѣ въ маѣ 1879 года.

Среднее образование получить въ училищѣ при Реформатскихъ церквахъ въ С.-Петербургѣ, по окончаніи котораго поступилъ въ 1897 году своекоштнымъ студентомъ на первый курсъ Императорской Военно-Медицинской Академіи. Будучи студентомъ трехъ послѣднихъ курсовъ Академіи занимался зимой въ диагностической клиникѣ и въ лабораторіи при клиникѣ проф. М. В. Яновскаго, а лѣтомъ занимался практически въ терапевтическомъ отдѣленіи больницы Св. Маріи Магдалины въ С.-Петербургѣ. Въ 1902 году окончилъ Военно-Медицинскую Академію съ званіемъ „лекаря съ отличіемъ“, вторымъ, съ награжденіемъ преміей имени Дѣйствительнаго Статскаго Совѣтника Иванова. По конкурсу оставленъ при Академіи на 3 года въ числѣ врачей для усовершенствованія на собственный счетъ; своею спеціальностью избралъ внутреннія болѣзни и всѣ три года состоялъ ординаторомъ клиники проф. М. В. Яновскаго. Экзамены на степень доктора медицины сдалъ въ 1903—1904 учебномъ году. Лѣтомъ 1904 и 1905 годовъ занималъ должность ассистента-терапевта въ больницѣ Св. Маріи Магдалины. Въ 1904 году былъ членомъ IX Пироговскаго съѣзда въ С.-Петербургѣ и состоялъ секретаремъ секціи общей терапіи съѣзда. Въ теченіи 1905 года изучалъ физическіе методы леченія въ водолечебницѣ при клиникѣ проф. М. В. Яновскаго.

Имѣть слѣдующіе труды:

1. Обь осмотической стойкости лейкоцитовъ при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ. Работа сдѣлана въ бытность студентомъ 4-го и 5-го курсовъ и постановленіемъ конференціи 14-го декабря 1902 года удостоена золотой медали. Извѣстія И. В.-М. Академіи. 1904, мартъ.

2. О вліяніи *rad. Cochleariae Atmosphaerae* (хрѣна) на желудочное пищевареніе (къ діететикѣ острыхъ вкусовыхъ веществъ). Доложено въ засѣданіи Общества Русскихъ Врачей въ С.-Петербургѣ 27-го января 1905 года. Подробная работа напечатана въ Извѣстіяхъ И. В.-М. Академіи, 1905, май.

3. Случай склероза венъ. Доложено въ научномъ сообщаніи клиническаго военного госпиталя 21 апрѣля 1905 г. Подробное описаніе случая напечатано въ Извѣстіяхъ И. В.-М. Академіи 1905 г., ноябрь.

4. Матеріалы къ вопросу о гемолитическихъ свойствахъ эксудатовъ и трансудатовъ въ связи съ другими свойствами ихъ (количество бѣлка, удѣльный вѣсъ, нуклеоальбуминъ, осмотическое напряженіе, свертываемость, микроскопическая картина). Настоящая работа представляется въ качествѣ диссертации для соисканія степени доктора медицины.

5. Исслѣдованія относительно гемолитическихъ свойствъ эксудатовъ и трансудатовъ напечатаны въ видѣ отдельной статьи въ Извѣстіяхъ Академіи. 1905 г. октябрь.

450

объ эти серозныя жидкости обладали одинаковой гемолитической силой.

Сравнение гемолитических свойств и количества бѣлка въ плевритическихъ эксудатахъ также показываетъ отсутствіе зависимости степени гемолитическихъ свойствъ отъ количества бѣлка, напр., плеврит. эксудаты больныхъ №№ 10 и 37 содержали одинаковое количество бѣлка и несмотря на это обладали очень различной гемолитической силой. Также и сравнение другихъ, приведенныхъ въ таблицѣ № I, эксудатовъ и трансудатовъ доказываетъ отсутствіе какой-либо зависимости гемолитической силы серозныхъ жидкостей отъ количества содержащагося въ нихъ бѣлка и нуклеоальбумина.

Сравнение гемолитическихъ свойствъ приведенныхъ въ таблицѣ № I эксудатовъ и трансудатовъ показываетъ также отсутствіе зависимости и параллелизма между количествомъ и процентнымъ составомъ лейкоцитовъ серозной жидкости и гемолитическими свойствами ея. Несмотря на малое количество въ трансудатахъ лейкоцитовъ (трансудаты больныхъ №№ 5, 7, 11, 29, 45 были получены совершенно прозрачными), трансудаты въ общемъ обладали такой же гемолитической силой, какъ и эксудаты содержавшіе лейкоциты несравненно больше.

Приведенныя изслѣдованія показываютъ также, что гемолитическія свойства эксудатовъ и трансудатовъ не зависятъ отъ молекулярной концентрации ихъ; доказываются это: 1) сравненіемъ точки замерзанія приведенныхъ серозныхъ жидкостей (напр. плевритическіе эксудаты больныхъ №№ 24 и 25 обладали одинаковой гемолитической силой, хотя точка замерзанія эксудата № 24 была равна $-0,52\frac{1}{2}$, а эксудата № 25 $-0,60$) и 2) тѣмъ, что нагреваніе до $56-57^{\circ}$ С. въ теченіе 35 м. уничтожало гемолитическія свойства серозныхъ жидкостей несмотря на то, что молекулярная концентрація послѣднихъ отъ этого краткаго и незначительнаго нагреванія, конечно, не мѣнялась.

Никакого параллелизма не было также въ приведенныхъ изслѣдованіяхъ между степенью гемолитическихъ свойствъ и степенью свертываемости эксудатовъ и трансудатовъ.

Фактъ существованія сильныхъ гемолитическихъ свойствъ въ нѣкоторыхъ трансудатахъ, содержащихъ лишь слѣды лейкоцитовъ (напр., таблица № I больные №№ 29 и 45), имѣетъ нѣкоторое значеніе для рѣшенія вопроса о существованіи алексиновъ въ плазмѣ живой крови внутри сосудовъ или о выдѣленіи ихъ лейкоцитами при разрушеніи послѣднихъ въ выпущенной изъ сосудовъ крови. Мечниковъ¹⁾, какъ извѣстно, полагаетъ, что внутри сосудовъ плазма живой крови алексиновъ не содержитъ и что послѣдніе переходятъ въ кровяную сыворотку и въ жидкости организма только вслѣдствіе разрыва или поврежденія фагоцитовъ, и что лишь вслѣдствіе этого кровяная сыворотка приобретаетъ гемолитическія и бактерицидныя свойства. Это мнѣніе Мечникова основывается отчасти на томъ, что бактерицидныя и гемолитическія алексины отсутствуютъ въ подкожной кѣлѣчаткѣ и въ отечной жидкости, вызванной замедленіемъ кровообращенія въ лапѣ животнаго, отчасти на опытахъ Genou, наблюдавшаго значительно большее содержаніе алексиновъ въ кровяной сывороткѣ, чѣмъ въ кровяной плазмѣ, полученной быстрымъ центрофугированіемъ крови на холоду.

Напротивъ, по мнѣнію Ehrlich'a и его школы алексины находятся растворенными уже въ плазмѣ нормальной живой крови внутри организма.

Выше уже приведены наблюденія Strauss'a, Wolff'a и Hedinger'a о томъ, что въ серозныхъ жидкостяхъ изъ отековъ ногъ гемолитическія свойства отсутствуютъ или выражены очень слабо, что вполне соответствуетъ наблюденіямъ Мечникова и Bordet объ отсутствіи гемолитическихъ и бактерицидныхъ свойствъ въ отечной жидкости, вызванной у животнаго замедленія кровообращенія.

Рѣзко выраженныя гемолитическія свойства нѣкоторыхъ трансудатовъ брюшной полости содержащихъ лишь слѣды лейкоцитовъ, говорятъ, однако, противъ мнѣнія Мечникова въ виду отсутствія въ этихъ трансудатахъ лейкоцитовъ, изъ которыхъ могли бы выдѣлиться алексины внѣ орга-

¹⁾ И. Мечниковъ. Иммуитетъ, стр. 103, 193, 227, 585.

umano. Giornale d. R. Accad. di med. di Torino 1903. Iur. no Ctrbl. f. Bakter. 1904 Bd. 35 Ref. p. 121.

87. Millian: De l'hémolyse dans les épanchements hémorrhagiques. La semaine méd. 1901.

88. Mioni, G.: a. Dosage du pouvoir hémolytique. C. r. de la soc. de biologie 1904. 30 janv. p. 157.

b. Contribution à l'étude des hémolysines naturelles. Ann. de l'inst. Past. 1905 N° 2.

89. Moro, E.: Untersuchungen über die Alexine der Milch u. des kindlichen Blutes. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1902 N. F. Bd. 5.

90. Müller, G.: Ueber Agglutinine normaler Tiersera. 1901 Bern. Inaug. Diss. Iur. no Sachs'y: Ueber Differenzen u. s. w.

91. Müller, P.: a. Ueber Anthämolytine.
b. Ueber die Anthämolytine normaler Sera. Ctrbl. f. Bakter. 1901 Bd. 29.

c. Ueber den Einfluss des Stoffwechsels auf die Produktion der Antikörper. Wien. klin. Woch. 1904 N° 11.

d. Zur Theorie der natürlichen antibakteriellen Immunität. Ctrbl. f. Bakter. 1904 Bd. 34 Orig. p. 458.

92. Neisser, E. u. Doering, H.: Zur Kenntniss der hämolytischen Eigenschaften des menschlichen Serums. Berl. klin. Woch. 1901 N° 22.

93. Neufeld, F. u. Rimpau, W.: Weitere Mittheilungen über die Immunität gegen Streptokokken u. Pneumokokken. Ztschr. f. Hyg. 1905 Bd. 31 H. 2.

94. Nissen, F.: Zur Kenntniss der bakterienvernichtenden Eigenschaft des Blutes. Ztschr. f. Hyg. 1889 Bd. 6.

95. Nolf: Contribution à l'étude des sérums antihématiques. Ann. de l'inst. Pasteur. 1900 p. 207.

96. Nuttal, G.: Experimente über die bakterienfeindlichen Einflüsse des thierischen Körpers. Ztschr. f. Hyg. 1888 Bd. 4.

97. Ostrianine: Sur les propriétés bactéricides du sérum sanguin dans le cours des maladies. Ann. de l'inst. Past. 1901.

98. Pace: Propriétés hémolytiques du sérum sanguin et pathogénie de quelques maladies du sang. La semaine méd. 1902 p. 377.

99. Pagniez: Action exercée sur les globules rouges par quelques liquides normaux et pathologiques. Thèse de Paris. 1902. Iur. no F. Bezancan et M. Labbé.

100. Panfili: Riforma med. 1902. Iur. no Landsteiner u. Leiner.

101. Pansini, S.: Weitere Untersuchungen über das Verhalten des Serums gegenüber den Mikroorganismen, insbesondere über seine Heilkraft bei der Pneumococcinfection. Beiträge zur pathol. Anat. u. allg. Pathol. Bd. 12 p. 372.

102. Pasteur et Joubert: Bull. de l'acad. de méd. de Paris. 1878 Iur. no P. Müller: Ctrbl. f. Bakter. 1904.

103. Pergola, M.: Il potere emolitico del siero di sangue dei sifilitici. Accad. dei Fisiocritici, Siena. 1905. Iur. no Folia haemat. 1905 p. 464.

104. Petterson, A.: Ueber die natürliche Milzbrandimmunität des Hundes u. des Huhns. Ctrbl. f. Bakter. 1903 Bd. 33. Orig.

105. Pfeiffer, R.: a. Ueber Choleraimmunität. Ztschr. f. Hyg. 1893, 1894, 1895.

b. Ein neues Grundgesetz der Immunität. Deutsche med. Woch. 1896.

106. Pfeiffer, R. u. Friedberger, E.: Ueber die im normalen Ziegen Serum enthaltenen bakteriolytischen Stoffe (Ambozeptoren Ehrlichs). Deutsche med. Woch. 1901 N° 48.

107. Pfeiffer, R. u. Isaeff: Ueber die Spezifität der Choleraimmunität. Deutsche med. Woch. 1894.

108. Pierallini, G.: Ueber die bakterielle Wirkung des Blutes bei Infektionen. Sitzungsber. d. Kaiserl. Akademie d. Wissensch. Bd. 108 H. 1 u. 3.

109. Polk, I.: A clinical study of the hemolytic action of human blood serum. The journal of med. research. 1904 Octobre. Iur. no Folia haemat. 1905 p. 132.

110. Quadroni, K.: Klinische u. experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen der Röntgenstrahlen. Ctrbl. f. inn. Med. 1905 N° 21.

111. Radziewsky, A.: a. Ueber Infektion. Ctrbl. f. Bakter. 1900 Bd. 28. b. Beitrag zur Kenntniss des Bacterium coli. Ztschr. f. Hyg. 1901 Bd. 34.

112. Resinelli, G.: Ferrara. 1901. Iur. no Sachs'y: Ueber Differenzen. u. s. v.

113. Rosatzin, Th.: Untersuchungen über die bakterientötenden Eigenschaften des Bluteserums u. ihre Bedeutung für die verschiedene Widerstandsfähigkeit des Organismus. V. O. Lubarscha „Zur Lehre von den Geschwülsten u. Infektionskrankheiten“. 1899.

114. Roux et Nocard: Le microbe de la péripneumonie. Ann. de l'inst. Pasteur. 1898 v. 12 p. 240.

115. Руткевичъ, К.: Къ вопросу о серодиагностикъ возвратнаго тифа во время ашрексии. Р. арх. общ. пат., клин. мед. и бактер. 1898.

116. Sachs, H.: Ueber Differenzen der Blutbeschaffenheit in verschiedenen Lebensaltern. Ctrbl. f. Bakter. 1903 Bd. 34. Orig.

117. Самченко, И.: Къ вопросу о роли иммунизаций (филоцтаатъ) въ явлении фагоцитоза. Р. арх. общ. пат., клин. мед. и бакт. 1901 т. 15. вып. 5.

118. Santini e Roman: Ricerche comparative sul potere agglutinante ed emolitico degli essudati e trasudati. Il Policlinico Vol. 12 M. Fasc. 1. Iur. no Folia haemat. 1905 p. 528.

119. Schenk, F.: Untersuchungen über das biologische Verhalten des mütterlichen u. kindlichen Blutes u. über Schutzstoffe der normalen Milch. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1904 Bd. 19.

120. Schütze, A. u. Scheller, R.: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der im normalen Serum vorkommenden globuliciden Substanzen. Ztschr. f. Hyg. 1901.

121. Senator, H.: Ueber die hämolytische Eigenschaft des Bluteserums bei Urämie. Berl. klin. Woch. 1904.

При разбавлении эксудата или транссудата в 8 раз, — окраску распоролие кровяной крови. При разбавлении эксудата или транссудата в 16 раз, — неокраску распоролие кровяной крови.

	Удельн. вѣст.	Кол-во чечки за-вѣст.	Нуклео-альбуминъ.	Свертыва-ніе.	Лейкоциты.			
					Многояд.	Однояд.	Лимфо-циты.	Эозинофилы.
№ 26. В—овъ. Cancer ventriculi et metastases pleurarum d. et sin. Эксудаты изъ обѣихъ плеуральныхъ полостей были одинаковы	1013	35	0,57	—	нѣтъ	—	—	—
№ 27. Н—сѣ. Pleuritis exsud. d. ser.	—	—	—	—	—	—	—	—
№ 28. С—вѣ. Pleuritis exsud. sin. ser.	1018	—	—	—	—	—	—	—
№ 29. С—лѣ. Arteriosclerosis. Ascites	1016	32	0,55	—	нѣтъ	нѣтъ	—	—
№ 30. III—вѣ. Pleuritis exsud. d. ser.	1020	46	0,56	—	много	сильное	22	12
№ 31. II—ва. Tuberculosis peritonei	1022	52	0,54	—	много	нѣтъ	4	6
№ 32. М—вѣ. Arteriosclerosis Ascites	1015	29	0,54	—	нѣтъ	нѣтъ	28	32
№ 33. Т—вѣ. Pleuritis exsud. sin. ser.	1020	45	0,54 ^{1/2}	—	много	сильное	86	8
№ 34. М—ва. Tuberculosis peritonei	1024	60	0,56	—	немного	нѣтъ	8	17
№ 35. К—вѣ. Neoplasma hepatis. Icterus. Ascites.	1011	22	0,54 ^{1/2}	—	нѣтъ	нѣтъ	38	14
№ 36. Г—лѣ. Pleuritis exsud. sin. ser.	13/п 18/п	—	—	—	—	—	60	12
№ 37. К—лѣ. Pleuritis exsud. sin. ser.	3/п 25/п	1021 1022	36 43	0,54 0,57	—	—	68	7
№ 38. В—лѣ. Pleuritis exsud. d. ser.	1020	43	0,54	—	много	сильное	7	7
№ 39. Т—лѣ. Pneumonia chron. tub. Pleuritis exsud. d. ser.	1020	45	0,58	—	много	сильное	1	5
№ 40. С—кѣ. Pleuritis. exsud. d. ser.	1024	51	0,56	—	много	сильное	2	6
№ 41. К—вѣ. Tuberculosis pulmonum? Pleuritis exsud. d. ser.	1023	48	0,55	—	много	сильное	4	1
№ 42. С—лѣ. Pleuritis exsud. sin. ser.	5/п 19/п	1023 1021	48 47	0,55 0,56 ^{1/2}	—	—	8	4
№ 43. Н—лѣ. Pleuritis exsud. d. ser.	5/п 9/п 23/п	1020 1023	— —	— 0,53 0,57	—	—	6	4
№ 44. Ю—лѣ. Cancer peritonei et pleurae dextrae. Изъ полости плевры	1020	38	0,54	—	много	нѣтъ	1	5
Изъ брюшной полости	1017	37	0,55	—	много	нѣтъ	4	2
№ 45. В—лѣ. Myocarditis. Ascites. Циррозъ печени, повидимому, сердечного про- исхождения	1020	17	0,55	—	нѣтъ	нѣтъ	23	14
№ 46. III—лѣ. Pleuritis exsud. d. ser.	1023	50	0,56	—	немного	нѣтъ	14	18

лимфоциты преобладаютъ

вѣст. в трансу-
дате, в эксудате
и в крови, при раз-
бавленіи в 16 разъ.

Как видно из этой таблицы, какой-нибудь разницы в гемолитических свойствах экссудатов и трансудатов нет, что вполне соответствует наблюдениям Hedinger'a и Pagniez. Среди экссудатов и трансудатов встречаются жидкости, в которых гемолитические свойства выражены слабо, тогда как в других экссудатах и трансудатах гемолитические свойства выражены сильно. Таким образом из приведенных наблюдений следует, что гемолитические свойства серьезных жидкостей человека не представляют собой ничего характерного ни для экссудатов или трансудатов, ни для какого-либо заболевания и поэтому не могут служить ни для диагноза, ни для прогноза. При разборке гемолитических свойств серьезных жидкостей при отдельных заболеваниях намечается, однако, известная группировка жидкостей. Так, среди трансудатов брюшной полости асциты сердечного происхождения обладают большей гемолитической силой (№№ 29, 32, 45), чем асциты при циррозах печени (№№ 5, 7, 11). Среди плевритических экссудатов в общем меньшей гемолитической силой обладают экссудаты, развившиеся у лиц с выраженными уже явлениями туберкулеза легких и с подорванным питанием, более сильными гемолитическими свойствами чаще обладают плевритические экссудаты, развивающиеся у лиц с хорошим питанием и без явных изменений в легких. Отсутствие или слабая степень гемолитических свойств были найдены в гнойных экссудатах (2 экссудата септического и 1 туберкулезного происхождения; в двух случаях Pagniez, гемолитическая сила гнойных экссудатов была также невелика). Отсутствие гемолитических свойств было найдено кроме того в нормальной спинно-мозговой жидкости (аналогичны наблюдения имеются в работах Bard'a и Hedinger'a).

Степень гемолитических свойств в течение одного и того же заболевания в некоторых случаях незначительно колебалась без того, однако, чтобы можно было найти зависимость между этими колебаниями гемолитических свойств и течением болезни или общим состоя-

нием больного. Напр., у больного № 43 с правосторонним плевритическим серозным экссудатом гемолитическая сила экссудата сначала понижалась немного и затем опять повысилась почти до прежней высоты без видимой определенной причины (5/III 1906 г. плевритический экссудат этого больного растворял полностью кровь кролика в количестве 0,05 к. с. на 5 к. с. экссудата при разбавлении его в 8 раз; 9/III — лишь при разбавлении в 4 раза; 23/III — снова при разбавлении в 8 раз).

Точно также не всегда вполне одинаковыми являются гемолитические свойства жидкостей, полученных из различных полостей одного и того же больного (напр., больной № 44) Ю — вычь.

В отношении количества алексиннов, по сравнению с количеством фиксатора, данные относительно экссудатов и трансудатов получились более определенными. Методика определения количества алексиннов изложена выше. Всего исследовалось в этом отношении 14 плевритических серьезных экссудатов, 3 случая раковых плевритов и 1 раковый перитонит, 1 экссудат при туберкулезном перитоните, 4 трансудата (ascites) и 2 жидкости hydrocele.

Большее количество алексиннов в сравнении с фиксатором было найдено в 12 случаях плевритических экссудатов, в обоих исследованных жидкостях hydrocele, в трех экссудатах ракового происхождения при раковом перитоните и плеврите. Количество алексиннов было не больше количества фиксаторов в двух плевритических экссудатах, в четырех асцитических жидкостях, в 1 экссудате при туберкулезном перитоните и в 1 случае ракового перитонита и плеврита. В некоторых плевритических экссудатах количество алексиннов лишь немного превышало количество фиксатора, в других же случаях было значительно больше фиксатора (напр., у больного № 38, В — в алексиннов было в 4 раза больше, чем фиксатора для красных кровяных телец кролика).

Какого-либо соотношения между количеством алексин-