

Серия докторских диссертаций, допущенных къ защитѣ въ
Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1902—1903
учебномъ году.

№ 101.

БИБЛИОТЕКА

Харьковскаго Медицинскаго Института

№ 5824

Инфр

1-24

ПЕРЕВЕРНУТО 1936

ВЫДѢЛЯЕМОСТЬ

МЕТИЛЕНОВОЙ СИНИ МОЧЕЮ

КАКЪ МЕТОДЪ ИЗСЛѢДОВАНИЯ

33 616.61

17-24

ФУНКЦИИ ПОЧЕКЪ.

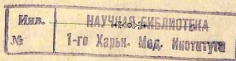
КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ.

Изъ Спб. городской больницы Св. Маріи Магдалины и факультетской
терапевтической клиники профессора **М. М. Волкова** при С.-Петер-
бургскомъ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
А. К. Педенко.

Цензоры диссертации по порученію конференціи были: профессора
В. Н. Сиротининъ, М. В. Яновскій и прив.-доц. Академіи профессора
М. М. Волковъ.

Перечислен
1906 г.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія А. В. Орлова, Вас. Остр., Средн. пр., д. 6.
1903.

1950

Переучет-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лейкаря **Алексея Карповича Педенко** подь заглавиемъ: „Выделяемость метиленовой сини мочью какъ методъ изслѣдованія функціи почекъ“, печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отчетаніи было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 400 экземпляровъ этой диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме (выводовъ) ея представляются въ Конференцію, а 275 экземпляровъ диссертации — въ академическую бібліотеку). С.-Петербургъ, 3 мая 1903 года.

Ученый Секретарь, ординарный профессоръ **А. Діанинъ.**

Идея изслѣдованія выдѣлительной функціи почекъ или такъ называемой проходимости ихъ въ нормальныхъ и патологическихъ условіяхъ не нова.

Толчкомъ къ развитію этой идеи послужили случайныя наблюденія надъ особенностями выдѣленія больными почками нѣкоторыхъ веществъ, сообщающихъ мочѣ специфическій запахъ (скипидаръ, спаржа), а также клинически установленный фактъ повышенной чувствительности нефритиковъ къ пріемамъ сильнодействующихъ средствъ. Такимъ образомъ, **Nahn**⁶², въ 1820 г. назначивъ одному подагрику скипидаръ внутрь и не найдя въ мочѣ характернаго запаха фіалокъ, высказалъ предположеніе о существованіи у этого больного хроническаго нефрита. **Guilbert** (1820)⁶⁰, **Rayer** (1837)⁶⁴, **Corlieu** (1856)⁶⁶ и **Speck** (1857)⁶⁸, наблюдая тотъ же фактъ на рядѣ нефритиковъ, подтвердили справедливость высказаннаго **Nahn**омъ предположенія. **De Beauvais** (1859)⁷¹, систематически изучавшій выдѣленіе нефритиками пахучихъ веществъ, пришелъ къ заключенію, что „разстройство выведенія пахучихъ веществъ мочей является исключительнымъ (exclusif) признакомъ Брайтовой болѣзни“, и что въ тѣхъ случаяхъ „гдѣ нѣтъ альбуминури и отековъ, полное отсутствіе запаха мочи, характернаго для того или другаго вещества, можетъ служить для діагноза, прогностики и лѣченія“. Однако заключенія **de Beauvais** оказались преувеличенными, и позднѣе другіе изслѣдователи могли убѣдиться, что указанный **de Beauvais** признакъ далеко не всегда оправдывался. Такъ **Straus**⁹⁰ наблюдалъ одинъ случай интерстиціальнаго нефрита съ уремическими признаками, гдѣ послѣ скипидара и спаржи моча приобрѣтала характерный для упомянутыхъ веществъ запахъ. На ряду съ такими наблюденіями, въ литературѣ стали накопляться факты, указывавшіе на повышенную чувствительность нефритиковъ къ

БІБЛИОТЕКА

Академіи Медицинскихъ Наукъ

Имѣетъ

ПЕРЕВІР... 1936

64489

сильнодействующим средствам. Tood (1857)⁸², Cornil (1864)⁸⁷ и Dickinson (1868)⁸³ описывают случаи отравления нефритиков малыми дозами иоды: Roberts (1865)⁸⁶ и Bouchard (1873)⁸⁷ наблюдали то же при назначении нефритикам ртути, причем в одном из случаев Bouchard'a у больного, послѣ непродолжительнаго лѣченія ртутью, появились признаки тяжелаго общаго меркуріальнаго отравленія (стоматитъ, притѣ), закончившагося смертію. На вскрытіи у этого больного были обнаружены хроническій нефритъ и въ почкахъ, равно какъ и въ другихъ органахъ было доказано присутствіе не выдѣлившіеся ртути. Давно также было извѣстно, что особенно тяжела явленія іодизма развиваются у лицъ съ больными почками, и въ литературѣ приводятся даже случаи смертельнаго отравленія іодомъ, наступившаго послѣ сравнительно ничтожныхъ пріемовъ его. Такъ въ случаѣ, описанномъ Rendu (1885)⁸⁵, у одного нефритика смерть наступила послѣ пріема только 1,0 гр. іодистаго калия; въ случаѣ Wolff'a (1887)⁸⁸ смертельное отравленіе одной большой-нефритики наступило послѣ 2,5 гр. іодной настойки, пріятыя ею въ теченіе 2-хъ дней. Больная скончалась черезъ недѣлю, причемъ въ теченіе этого времени въ мочѣ ея не было найдено даже слѣдовъ іода. Подобнаго же рода случаи неоднократно наблюдались при назначеніи нефритикамъ атропина (Gölay⁸⁹ и Garcia⁹⁰ 1876) и другихъ лѣкарственныхъ веществъ, такъ что современные фармакологи, говоря о дозировкѣ лѣкарствъ, считаютъ необходимымъ предупредить о той осторожности, которую слѣдуетъ соблюдать при назначеніи нефритикамъ сильнодействующихъ средствъ.

По мѣрѣ накопленія подобнаго рода фактовъ, указывавшихъ на нарушеніе выдѣлительной функціи почекъ при нефритѣ, явилась потребность въ болѣе точномъ изученіи ея, путемъ сравнительныхъ наблюденій надъ выдѣленіемъ мочей различныхъ веществъ въ нормальныхъ и патологическихъ условіяхъ. Такая задача была впервые предпринята Duse Dückworth'омъ (1867)⁴², изслѣдовавшимъ выдѣленіе почками іода, углекислыхъ щелочей и солей калия и натрія и нашедшимъ, что при одинаковыхъ условіяхъ у нефритиковъ выдѣленіе указанныхъ веществъ начинается позже и продолжается значительно дольше, чѣмъ у лицъ со здоровыми почками. Duse Dückworthъ предложилъ даже воспользоваться такимъ изслѣдованіемъ не только для клиническаго діагноза состоянія функціи почекъ, но и для опредѣленія

степени апатическихъ наклоненій къ нимъ. Позднѣе, вмѣстѣ съ появленіемъ ученія Bouchard'a о самоотравленіи и токсичности мочи, изученіе выдѣлительной функціи почекъ получило особенный интересъ, и количество работъ по вопросу о такъ называемой проходимости ихъ стало быстро нарастать. Chauvet (1877)³³ изслѣдуетъ выдѣленіе большими и здоровыми почками строкислаго хлпина, Vincent (1883)⁹⁵, Гейслеръ (1888)⁹³, Desprez (1889)⁴¹, Lafay (1893)⁹⁴, Noë 1895)⁸⁰ и другіе изучаютъ выдѣленіе іодистаго калия, mlle Chopin (1889)⁴⁴—выдѣленіе салициловой кислоты. Всѣ упомянутые авторы пришли почти къ тождественнымъ результатамъ, показавшимъ, что у нефритиковъ выдѣленіе различныхъ веществъ мочей начинается позже и продолжается дольше, и что общее количество выведеннаго вещества у нихъ всегда меньше, чѣмъ у лицъ съ здоровыми почками.

Какъ мы указали выше, не разъ было предложено воспользоваться изслѣдованіемъ выдѣлительной функціи почекъ для практическихъ цѣлей, какъ діагностической реакціей; однако, предложенные для этой цѣли способы въ практику не вошли: одни благодаря своей неточности (какъ, напр., скипидаръ), другіе благодаря неудобствамъ для больныхъ или изслѣдователей. Тѣмъ не менѣе мысль о практическомъ примѣненіи подобнаго рода изслѣдованій не была забыта, и въ 1897 г. вопросъ этотъ вновь былъ поднятъ во Франціи Achard'омъ и Castaigne, предложившими новый методъ діагностики проходимости почекъ посредствомъ впрыскиванія и наблюденія за выдѣленіемъ метиленовой сини. Новый методъ, благодаря своей простотѣ и результатамъ, полученнымъ съ его помощью Achard'омъ и Castaigne и другими изслѣдователями, проработавшими ихъ наблюденія, возбудилъ къ себѣ живой интересъ и въ короткое время вызвалъ рядъ работъ по вопросу о выдѣленіи метиленовой сини въ самыхъ разнообразныхъ условіяхъ: при нефритѣ, энцефаліи, эклампсіи у беременныхъ, при диабетѣ и т. д. Особенный интересъ представляло изученіе выдѣленія метиленовой сини при нефритѣ, такъ какъ здѣсь, уже а priori, можно было ждать наиболѣе рѣзкихъ наклоненій выдѣлительной функціи почекъ. И дѣйствительно, первыя же наблюденія различныхъ авторовъ показали, что выдѣленіе метиленовой сини у нефритиковъ настолько отличается отъ выдѣленія ея у здоровыхъ лицъ, что явилась мысль воспользоваться новымъ методомъ какъ діагностическимъ средствомъ.

Однако, по мере увеличения количества наблюдений и совершенствования техники исследования, первоначальный взгляд на диагностическое значение нового метода значительно изменился; были замечены новые факты, были высказаны различные взгляды относительно значения их и вопрос этот, несмотря на обилие и интерес относящейся к нему литературы, еще не получил своего окончательного решения. Между тем, затронутая вопросом область диагностики заболевания почек имеет настолько важный научный и практический интерес, что дальнейшая разработка нового объективного метода исследования почек представлялась заслуживающей полного внимания.

Предпринятая нами работа, тема которой была предложена нам еще в 1897 году профессором М. М. Волковым, имела целью исследовать выделение метиленовой сини у лиц с различным состоянием функции почек и, по возможности, выяснить его истинное диагностическое и прогностическое значение.

ГЛАВА I.

Обзор литературы метода.

Содержание: Основная работа Achard'a и Castaigne'a — Выделение хромогена. Раздельное выделение сини. — Изучение различных моментов выделения: начала, maximum'a, продолжительности, кривой. — Краткая оценка литературных данных.

С тех пор, как метиленовая синь вошла в практику в качестве терапевтического средства, было замечено, что, выделяясь почками, она сообщает моче характерную синюю или зеленую окраску. Этим свойством метиленовой сини воспользовались Achard и Castaigne¹, предложившие в 1897 году новый метод исследования выделительной функции почек или, как они сами назвали, метод диагностики проходимости почек.

Предложенный ими метод, основанный на изучении различных моментов выделения выпущенной подкожно метиленовой сини, состоял в следующем. Предложив больному опорожнить его мочевой пузырь, они выписывали ему в толщу мышцы ягодицы или бедра, 1 куб. сант. 5%-го водного раствора метиленовой сини, и собирая затем мочу в установленные сроки (через $\frac{1}{2}$ часа, 1 ч., 2 ч. и т. д.), старались определить время появления первых следов сини в моче, maximum и конец выделения сини. Присутствие сини в моче определялось на глаз, по характерной окраске мочи или, при незначительном содержании сини, посредством взбалтывания мочи с небольшим количеством хлороформа, который легко извлекает краску из мочи и падает на дно пробирки, сам окрасившись в синий цвет. Впоследствии для той же цели авторы предложили пользоваться взбалтыванием мочи с амловым спиртом или с пиробензолом, которые также легко извлекают синь из мочи. Для определения следов сини, полученной после взбалтывания с мочей, хлороформ декантировался, медленно выпаривался в

фарфоровой чашкѣ, а тогда, даже при ничтожномъ содержаніи сини въ мочѣ, на днѣ чашки получался синеваѣй осадокъ.

Для количественнаго опредѣленія сини, которое Achard и Castaigne считаютъ собственно излишнимъ при выполненіи ихъ метода, они предлагаютъ воспользоваться или колориметрическимъ способомъ, посредствомъ сравненія окраски мочи съ заранѣе заготовленными образцами опредѣленныхъ растворовъ метиленовой сини, или видоизмѣненными ими способомъ Le-Goff'a⁵⁷, посредствомъ титрованія подщелоченой мочи растворомъ винограднаго сахара.

Наконецъ послѣднее условіе, соблюдавшееся авторами при ихъ изслѣдованіяхъ, касается выбора препарата метиленовой сини, употреблявшагося ими для впрыскиванія.

Пробуя впрыскивать растворы различныхъ марокъ метиленовой сини (химически-чистой, 2B, 4BE, bleu Nicholson, BS и т. д.), авторы пришли къ заключенію, что для точности результатовъ изслѣдованія нѣтъ необходимости пользоваться химически-чистой метиленовой синью, достаточно лишь убѣдиться въ томъ, что употребляемый препаратъ есть действительно метиленовая синь, а не какая-либо другая изъ синихъ красокъ, нѣрѣдко идущихъ въ продажѣ подъ именемъ метиленовой сини, но отличающихся отъ послѣдней и по своему химическому составу, и по своимъ красящимъ свойствамъ (нѣкоторые способны не окрашивать мочи). Для этой цѣли они предположили воспользоваться спектроскопическимъ изслѣдованіемъ: по ихъ наблюденіямъ, метиленовая синь, въ отличіе отъ другихъ синихъ красокъ, въ слабыхъ растворахъ даетъ одну полосу поглощенія, въ красномъ полѣ спектра, между линиями В и С, а въ болѣе крѣпкихъ растворахъ двѣ полосы: прежнюю въ красномъ и другую, болѣе слабую въ оранжевомъ между линиями С и D. Къ сожалѣнію, Achard и Castaigne ни въ одной изъ своихъ работъ не приводятъ точнаго обозначенія той марки метиленовой сини, выдѣленіе которой они изслѣдовали у своихъ больныхъ, что, какъ увидимъ ниже, несомнѣнно оказало вѣстное вліяніе на результаты аналогичныхъ изслѣдованій другихъ авторовъ.

Первые наблюденія Achard'a и Castaigne, произведенныя ими съ помощью изложеннаго метода на 77 лицахъ, среди которыхъ были люди вполне здоровые, болѣе съ нормальной и съ нарушенной функціей почекъ и нефритики, привели ихъ къ установкѣ двухъ типовъ выдѣленія метиленовой сини: правильнаго

и замедленнаго. При правильномъ типѣ первая окраска мочи синью наступаетъ въ теченіе перваго часа послѣ впрыскиванія, въ теченіе 3-го часа достигаетъ своей наибольшей силы и затѣмъ, медленно уменьшаясь, между 35-мъ и 50-мъ часомъ прекращается. При замедленномъ типѣ начало выдѣленія сини запаздываетъ: первые слѣды сини въ мочѣ появляются послѣ перваго часа отъ начала впрыскиванія (черезъ 2—3 часа и позже), и это запаздываніе Achard и Castaigne считали въ началѣ самыхъ характернымъ признакомъ, отличающимъ замедленный типъ выдѣленія сини отъ правильнаго.

Въ остальномъ выдѣленіе сини при замедленномъ типѣ или ничѣмъ не отличалось отъ выдѣленія ея при правильномъ типѣ, или имѣло нѣкоторыя особенности, настолько однако непостоянныя, что авторы не считали возможнымъ придавать имъ серьезное значеніе. Такъ, въ однихъ случаяхъ, при позднѣмъ началѣ, дальнѣйшее выдѣленіе сини совершалось все время малыми количествами и продолжалось значительно дольше, чѣмъ при правильномъ типѣ, въ другихъ случаяхъ, кромѣ поздняго начала, авторы наблюдали также рѣзкое уменьшеніе и продолжительности выдѣленія сини и всего количества выдѣлявшагося красящаго вещества.

Наблюдая правильный типъ выдѣленія метиленовой сини у лицъ, у которыхъ функцію почекъ они признали нормальной, а замедленной у нефритиковъ и у больныхъ съ нарушенной функціей почекъ, Achard и Castaigne пришли къ заключенію, что правильное выдѣленіе сини указываетъ на нормальную проходимость почекъ, а замедленное—на уменьшенную проходимость ихъ.

Поэтому, если начало выдѣленія сини наступаетъ въ теченіе перваго часа послѣ впрыскиванія, то авторы считали проходимость почекъ нормальной, если же начало выдѣленія сини опредѣлялось послѣ перваго часа, то они признавали ее уменьшенной.

Подъ словомъ „проходимость почекъ“ Achard и Castaigne подразумѣваютъ выдѣлительную функцію почекъ, т.-е. ту часть дѣятельности почекъ, состояніемъ которой опредѣляется роль ихъ, какъ очистительнаго аппарата, назначеннаго для выведенія изъ организма ненужныхъ ему веществъ. Если функція эта нормальна, то выведеніе почками упомянутыхъ веществъ совершается въ достаточной степени и начало выдѣленія сини наступитъ рано, въ теченіе перваго часа послѣ впрыскиванія; если же выдѣлительная функція почекъ нарушена, то выведеніе ими тѣхъ же веществъ будетъ совершаться болѣе медленно, съ задержкой, на

что, по мнению авторов, указать более позднее в этом случае начало выделения сими.

Правильное выделение метиленовой сими (нормальную проходимость почек) авторы наблюдали у 40 лиц, среди которых 3 пользовались полным здоровьем, а остальные 37 страдали разного рода заболеваниями (грипп, брюшной тиф, туберкулез, пороки сердца и т. п.), но, в большинстве случаев, не имели никаких ясных признаков поражения почек. Трое больных этой группы умерли, и при гистологическом исследовании их почек никаких изменений в них не было найдено, хотя у одного из умерших, физика, при жизни наблюдалась порочная альбуминурия.

Только в 4 случаях с правильным выделением сими авторы в начале допускали возможность существования нефрита; но из них 2 умерли и при вскрытии почки их оказались здоровыми, а у остальных 2-х предположение о нефрите было отвергнуто авторами на основании клинических соображений.

Замедленное выделение сими (уменьшенную проходимость почек) авторы наблюдали у 37 больных. Из них у 21 был распознан хронический нефрит, причем в 7 случаях клинический диагноз был подтвержден вскрытием, а у остальных 16 авторы наблюдали различные острые и хронические заболевания при отсутствии каких-либо явных признаков поражения почек и даже, в значительном большинстве случаев, без альбуминурии. Из них 10 умерли и при гистологическом исследовании их почек у всех были найдены связи или хронические изменения в них, указывавшие на острый или хронический скрыто протекавший нефрит. Однако у некоторых больных с замедленным выделением сими авторы, на основании клинического наблюдения, не могли допустить возможности каких-либо анатомических изменений в почках и думают, что замедленное выделение сими было обусловлено у них временным функциональным расстройством почек.

Подтверждение этому взгляду авторы нашли в результатах повторных наблюдений над выделением метиленовой сими, произведенных ими на одних и тех же лицах, при различных состояниях их здоровья. Так, в одном случае при первом исследовании, произведенном в период полного здоровья, выделение сими было найдено правильным, впоследствии же, когда у того же субъекта развился острый припадок

желудочно-кишечного расстройства с крайней сынью по телу, выделение сими оказалось замедленным, а несколько дней спустя, когда припадок прошел, выделение сими вновь было найдено правильным. В другом случае, у больного, поступившего на 5-ый день брюшного тифа с высокой t° ($40,4^{\circ}$), авторы при первом исследовании не могли найти даже следов сими в моче, впоследствии же, когда t° понизилась, при новом исследовании выделение сими было найдено правильным. В обоих случаях ни была в моче, ни других признаков, которые указывали бы на существование анатомических изменений в почках, авторы не наблюдали и потому думают, что у обоих больных замедленное выделение сими зависело от простого, преходящего расстройства функции почек. Поэтому, предлагая воспользоваться изучением выделения метиленовой сими, как диагностическим средством, авторы полагают, что главное назначение метода заключается не в определении анатомических изменений в почках, а в определении того, достаточна или нет выделительная функция их в тот момент, когда производится исследование. Тем не менее, наблюдая замедленное выделение сими у всех исследованных ими нефритиков, авторы высказывают убеждение, что предложенный ими метод может быть применен также и для диагностики нефрита, если соотноситься с условиями общего состояния исследуемого. А именно: если замедленное выделение сими наблюдается у больного хроника, не имеющего в момент исследования никакого острого заболевания, то, по мнению авторов, это указывает на существование у него хронического нефрита; если же замедленное выделение сими наблюдается у больного, страдающего каким-либо остро-развившимся заболеванием, то это может указывать или на простое функциональное расстройство почек, или на нефрит, что решается на основании результатов повторного исследования: при функциональном расстройстве почек замедленное выделение сими окажется временным, при нефрите — постоянным. Наконец, если выделение сими совершается правильно, то почки вполне здоровы, или если изменены, то настолько слабо, что выделительная функция их может совершаться в размерах, вполне удовлетворяющих требованиям организма.

Таковы были первоначальные выводы Achard'a и Castaigne относительно диагностического значения предложенного ими метода

исследования почек. Впоследствии, когда новый метод вошел в практику, и изучение выделения метиленовой сини сдвинулось предметом многочисленных исследований, и техническая сторона его, и способы окраски полученных с его помощью данных значительно изменились.

Особенно важное значение в этом отношении имело наблюдение, сделанное Voisin'ом и Hauser'ом⁹⁹. Применив метод Achard'a и Castaigne для изучения выделительной функции почек у энтеритиков, Voisin и Hauser заметили, что у всех исследованных ими больных выделение метиленовой сини совершалось в двух состояниях: в форме "свободной" или неизменной сини (bleu en liberté), определяемой на глаз по характерной синей окраске мочи или посредством взбалтывания мочи с хлороформом, и в форме безцветного соединения (composé incolore), обладающего свойством вновь переходить в цветное состояние при простом кипячении мочи или при кипячении ее с уксусной кислотой. Это безцветное соединение метиленовой сини, получившее впоследствии название хромогена, образуется, по мнению авторов, в организм и по своему химическому составу близко к тому лейкодериивату сини, который известен в химии под названием "метиленовой бѣлой" (blanc de méthylène). От неизменной сини¹⁰⁰ оно отличается своей нерастворимостью в хлороформе, благодаря чему авторы могли слѣдить за выведением мочевых обильных форм выделения сини одновременно. Для этой цѣли они извлекали из мочи неизменную синь посредством хлороформа, а в обезцвѣченном остатке мочи посредством кипячения его с уксусной кислотой определяли присутствие хромогена по появлению зеленой или синеваой окраски.

У одних больных Voisin и Hauser наблюдали одновременное появление в мочѣ обильных форм выделения сини и притом в срокъ, указанный Achard'омъ и Castaigne для нормальной проходимости почек; у других выделение хромогена начиналось в правильный срокъ, а начало выделения неизменной сини запаздывало; а у одного больного выделение сини, на-

⁹⁹ Перевод французского выражения "bleu en liberté" словами "неизменная синь", считаем нужным упомянуть, что некоторые авторы, какъ Müller⁷⁶, Achard и Castaigne (l. c.) полагаютъ, что находящееся в мочѣ послѣ выписки метиленовой сини вещество, сообщающее мочѣ синюю окраску, не идентично съ метиленовой синью, а представляет собой какое-то видоизменение ее.

чавшись в правильный срокъ, совершалось почти исключительно в формѣ хромогена.

Такимъ образомъ наблюдения Voisin'a и Hauser'a показали, что предложенные Achard'омъ и Castaigne методы определения сини в мочѣ неточны и что, пользуясь ими, можно легко признать замедленное выделение сини тамъ, гдѣ въ действительности выделение ее совершается правильно, но только в измененномъ состояніи.

Такъ какъ наблюдения Voisin'a и Hauser'a были произведены ими только на больных, страдавшихъ энтеритомъ, то авторы не рѣшились высказать опредѣленныхъ взглядовъ относительно диагностическаго значенія различныхъ формъ выделения сини.

Первые исследования въ новомъ направленіи были произведены Achard'омъ и Castaigne⁷⁵. Сдѣлавъ рядъ наблюдений на разнообразномъ составѣ больных, Achard и Castaigne прежде всего убѣдились, что отмѣченные Voisin'омъ и Hauser'омъ двѣ формы выделения сини наблюдаются какъ у вполне здоровыхъ лицъ, такъ и у лицъ съ больными почками, съ тою однако разницей, что у первыхъ преобладаетъ цветная форма выделения сини (неизменная синь), а у вторыхъ—обезцвѣченная (хромогенъ). Вместе съ тѣмъ они отмѣтили, что отношенія между временемъ появления в мочѣ той и другой формы выделения сини у различныхъ больныхъ неодинаковы, смотря по состоянію почекъ. По ихъ наблюдениямъ, у вполне здоровыхъ и у больныхъ съ неизменными почками обѣ формы выделения сини появляются в мочѣ одновременно и притомъ в правильный срокъ т.-е., въ теченіе перваго часа послѣ выписки; въ тѣхъ случаяхъ нефрита, гдѣ при вскрытіи они находили небольшія измѣненія въ почкахъ, выделение хромогена начиналось в правильный срокъ, а начало выделения неизменной сини наступало значительно позже (въ концѣ 2-го, 3-го часа и поздѣе) и наконецъ у нефритиковъ съ обильными и глубокими измѣненіями въ почкахъ авторы наблюдали позднее начало выделения какъ неизменной сини, такъ и хромогена.

Однако тѣ же неправильности въ выделеніи сини, какія были отмѣчены авторами у нефритиковъ, они наблюдали также у различныхъ больныхъ, не имѣвшихъ ясно выраженныхъ признаковъ пораженія почекъ, но, обыкновенно, въ подобныхъ случаяхъ неправильное выделение сини наблюдалось лишь временно и, какъ полагали авторы, находилось въ зависимости отъ временнаго функ-

ционального расстройства почек. По крайней мере, исходя из таких случаев выделения сини повторно, авторы убеждались, что вместе с улучшением общего состояния больных и с улучшением условий для функций почек исчезали и те неправильности в выделении сини, которые наблюдались у них раньше.

Чаще всего эти неправильности заключались в запоздалом начале выделения неизменной сини, при правильном начале выделения хромогена, т.-е. в том типе выделения сини, который, как указано выше, авторы наблюдали у нефритиков с небольшими изменениями в почках и который они признают, на этом основании, за признак небольшого уменьшения проходимости почек. Этот тип выделения сини авторы называют раздельным выделением (*elimination dissociée*) ее и происхождения его объясняют следующим образом. По их мнению, при уменьшении проходимости почек вырывается больному метиленовая синь задерживается в организме, вследствие чего переходят ее в хромоген, совершающийся при нормальной проходимости почек в незначительных размерах, теперь резко усиливается; а так как, по наблюдениям авторов, хромоген обладает большей диффузионной способностью, чем метиленовая синь, то выделение его в этих условиях наступает раньше и, при небольшом уменьшении проходимости почек, может даже начаться в правильный срок, тогда как выделение неизменной сини, обладающей меньшей диффузионной способностью, будет задержано. При значительном уменьшении проходимости почек обе формы выделения сини появятся в мочу по истечении нормального срока, но в силу той же разницы в диффузионных свойствах выделение хромогена все же начнется несколько раньше выделения неизменной сини. Однако свои предположения относительно условий образования хромогена и относительно неодинаковых диффузионных свойств его и неизменной сини, авторы сами считают лишь за наиболее вероятные и допускают возможность иных толкований различных типов выделения сини. Именно, согласно с воззрениями, высказанными Voisin'ом и Hauser'ом, они допускают, что переход метиленовой сини в хромоген может совершаться в организме под влиянием каких-либо расстройств общего питания его, вследствие чего появление в мочу той или иной формы выделения сини и взаимное отношение их будет зависеть не от функционального или анато-

мического состояния почек, а от тех условий, которые нарушают нормальное состояние общего питания организма. Но допуская эту возможность (т.-е. переход метиленовой сини в хромоген под влиянием только нарушенного состояния общего питания организма), авторы все же полагают, что время начального выделения как хромогена, так и особенно неизменной сини находится в тесной связи с тем или иным состоянием почек. В доказательство справедливости последнего предположения они приводят случаи Schwartz'a и Imbert'a, исследовавших выделение сини у одного больного, одна почка которого была вполне здорова, а другая была увеличена и, как они полагают, была кистозно перерождена; из каждой почки моча собиралась отдельно посредством катетеризации мочеточничков, причем было найдено, что в мочу, полученную из здоровой почки, обе формы выделения сини появились в правильный срок, в течение первого часа после выпрыскивания, тогда как в мочу из больной почки хромоген появился в правильный срок, а неизменная синь в течение второго часа после выпрыскивания. Таким образом, наблюдавшаяся в данном случае разница во времени появления неизменной сини и хромогена в мочу здоровой и больной почки могла, повидному, зависеть только от различного состояния самих почек, так как во остальных условиях для них были одинаковы.

Кроме случаев Schwartz'a и Imbert'a, авторы приводят также несколько собственных наблюдений, где они могли следить за временем появления в мочу неизменной сини и хромогена у одних и тех же больных при различных состояниях почек. Всякий раз в таких случаях авторы убеждались, что одновременно с изменением состояния почек изменялись и отношения между временем появления в мочу обеих форм выделения сини, в таком смысле, что при явлениях небольшого расстройства функций почек они наблюдали позднее начало выделения только одной неизменной сини, а с наступлением более значительных расстройств они наблюдали позднее начало выделения как неизменной сини, так и хромогена. Так, напр., у одного больного с явлениями туберкулеза, при отсутствии альбуминурии, авторы при первом исследовании нашли правильное начало выделения обеих форм сини; при втором исследовании, произведенном через 8 дней, в то время, когда у больного появились отеки нижних конечностей, но еще не

было бѣлка въ мочѣ, начало выдѣлення хромогена наступило въ правильный срокъ, а начало выдѣлення неизмѣнной сини было определено въ концѣ 2-го часа послѣ выпрыскиванія; еще черезъ 8 дней, когда отеки у того же больного приняли характеръ общей анасарки и въ мочѣ появились блокы и форменные элементы, авторы произвели третье исследование и нашли на этотъ разъ позднее начало выдѣлення какъ неизмѣнной сини, появившейся въ мочѣ въ теченіе 3-го часа послѣ выпрыскиванія, такъ и хромогена, появившагося въ теченіе 2-го часа послѣ выпрыскиванія. Черезъ нѣкоторое время больной скончался, и при гистологическомъ изслѣдованіи почекъ въ нихъ были найдены небольшія старія интерстиціальныя измѣненія, которыя, по мнѣнію авторовъ, не могли вызвать существеннаго нарушенія проходимости почекъ, и болѣе свѣжія, въ формѣ диффузной круглоклеточной инфильтраціи склерозированныхъ участковъ, присутствіемъ которой они объясняютъ неправильности въ выдѣленіи сини, наблюдавшіяся у больного при второмъ и третьемъ изслѣдованіяхъ.

Тотъ же параллелизмъ между временемъ появленія въ мочѣ различныхъ формъ выдѣлення сини и степенью функциональных и анатомическихъ измѣненій со стороны почекъ авторы наблюдали на рядѣ другихъ случаевъ, также повторно изслѣдованныхъ и проверенныхъ вскрытіемъ, и потому пришли къ слѣдующимъ выводамъ относительно діагностическаго значенія различныхъ типовъ выдѣлення сини: 1) если начало выдѣлення неизмѣнной сини и хромогена совершается въ правильный срокъ, въ теченіе перваго часа послѣ выпрыскиванія, то это указываетъ на полную проходимость почекъ; 2) правильное начало выдѣлення одного хромогена, при запоздаломъ началѣ выдѣлення неизмѣнной сини указываетъ на уменьшенную проходимость почекъ, зависящую отъ небольшихъ измѣненій въ нихъ; 3) позднее начало выдѣлення и хромогена, и неизмѣнной сини указываетъ на значительное уменьшеніе проходимости почекъ, и въ подобныхъ случаяхъ можно наблюдать болѣе значительныя измѣненія со стороны паренхимы почекъ.

Такимъ образомъ, при опредѣленіи проходимости почекъ по даннымъ выдѣлення метиленовой сини Achard и Castaigne попрежнему придавать первенствующее значеніе опредѣленію начала выдѣлення неизмѣнной сини, тогда какъ опредѣленію начала выдѣлення хромогена они приписываютъ второстепенное значеніе, роль какъ бы вспомогательнаго признака, опредѣляющаго

лишь степень нарушенія проходимости почекъ и имѣющаго такимъ образомъ нѣкоторое прогностическое значеніе. Благодаря такому взгляду, первыя изслѣдованія Achard'a и Castaigne, основанныя на опредѣленіи выдѣлення только одной неизмѣнной сини, сохранили за собой значительную долю своего значенія, и этихъ обстоятельствомъ слѣдуетъ объяснить, почему другіе изслѣдователи, изучавшіе въслѣдствіи выдѣленіе метиленовой сини, всегда обращали особенное вниманіе на опредѣленіе хода выдѣлення неизмѣнной сини.

Трудно однако сказать, насколько строго вытекали выводы Achard'a и Castaigne изъ отдѣльныхъ наблюденій этихъ авторовъ, такъ какъ всѣ работы ихъ по изученію выдѣлення метиленовой сини носятъ характеръ предварительныхъ сообщеній, въ которыхъ не приводится ни подробныхъ данныхъ относительно выдѣлення сини, ни сколько-нибудь достаточныхъ свѣдѣній относительно клиническихъ особенностей каждаго отдѣльнаго случая. Относительно выдѣлення сини авторы ограничиваются обыкновенно указаніемъ только начала выдѣлення ея и лишь изрѣдка упоминають о его продолжительности, о времени наступленія maximum'a и о другихъ особенностяхъ выдѣлення метиленовой сини, которымъ въ то время они не придавали никакого серьезнаго значенія. Съ клинической стороны болѣе нѣтъ характеризуются однимъ краткимъ діагнозомъ, къ которому иногда они присоединяютъ свѣдѣнія относительно бѣлка въ мочѣ и нѣкоторую болѣею частью неполныя свѣдѣнія относительно общаго теченія болѣзни. Даже такія данныя, какъ количество мочи, ея реакція, удѣльный вѣсъ ея, количественный составъ, не приводятся, что, вмѣстѣ съ отсутствіемъ достаточнаго клиническаго освѣщенія, почти лишаетъ возможности составить самостоятельное сужденіе, какъ о степени достовѣрности діагноза, такъ особенно о степени функциональнаго разстройства почекъ въ томъ или иномъ случаѣ. Между тѣмъ вопросъ о функциональномъ состояніи почекъ, какъ мы видѣли, играть весьма существенную роль въ выводахъ Achard'a и Castaigne. Всякій разъ, когда они находили у больного, безъ ясныхъ признаковъ нефрита, неправильное выдѣленіе сини, они объясняютъ послѣднее функциональнымъ разстройствомъ почекъ, основываясь только на томъ, что подобное выдѣленіе сини наблюдалось ими у больныхъ съ явленіями несомнѣннаго нефрита. Правда, въ подобныхъ случаяхъ авторы прибѣгали иногда къ повторному изслѣдованію выдѣлення

сини и, как мы видели, вопрос о функциональном расстройстве почек рѣшался ими на основании того, что у такихъ больныхъ при улучшеніи общаго состоянія ихъ новое исследование показывало правильное выдѣленіе сини; но выдѣлительная функция почекъ представляется настолько сложнымъ физиологическимъ явленіемъ и такъ тѣсно связана съ состояніемъ другихъ органовъ, что такой методъ доказательства ея нарушения нельзя признать строго-научнымъ и достаточно убедительнымъ. Тѣмъ не менѣе, несмотря на свою гипотетичность, положенія Achard'a и Castaigne, по крайней мѣрѣ въ началѣ, нашли себѣ подтвержденіе въ рядѣ работъ другихъ исследователей.

Такъ, Deriaud⁴⁰, исследовавшій выдѣленіе метиленовой сини у 16 различныхъ больныхъ, подобно Achard'у и Castaigne, наблюдалъ позднее начало выдѣленія и неизмѣненной сини и хромогена во всѣхъ случаяхъ съ болѣе тяжелыми явленіями нефрита и позднее появленіе только одной неизмѣненной сини въ случаяхъ съ явленіями болѣе легкаго пораженія почекъ; наоборотъ, у больныхъ, функция почекъ которыхъ представлялась имъ неизмѣненной, и у нѣсколькихъ больныхъ⁴¹ съ альбуминурией застойнаго происхожденія обѣ формы выдѣленія сини появлялись въ правильный срокъ. Въ 5 случаяхъ клиническій діагнозъ былъ подтвержденъ вскрытіемъ, причемъ въ 3 случаяхъ съ позднимъ началомъ выдѣленія обѣихъ формъ сини были найдены значительныя измѣненія въ почкахъ, а въ 2-хъ случаяхъ съ правильнымъ выдѣленіемъ сини почки оказались неизмѣненными.

Съ цѣлью контроля Deriaud впрыскивалъ нѣкоторымъ больнымъ растворъ хлористаго натрія и намѣтилъ, что во всѣхъ случаяхъ позднего начала выдѣленія сини определялось также и болѣе позднее начало выдѣленія NaCl, а у всѣхъ больныхъ съ правильнымъ выдѣленіемъ сини выдѣленіе NaCl наступало въ болѣе ранніе сроки. На основаніи своихъ исследований Deriaud вполне соглашается съ выводами Achard'a и Castaigne'я. Въ согласіи съ этими выводами находятся заключенія Baylac'a и Pèrès'a⁴², Bourg'a⁴³, Pèrès'a⁴⁴ и Gilbert'a⁴⁵.

Упомянутыя работы не внесли однако ничего новаго въ разработку предложеннаго А. и С. метода исследования функции почекъ. Они произведены на небольшомъ, клинически мало-обработанномъ матеріалѣ, съ незначительнымъ процентомъ случаевъ, подвергнутыхъ вскрытію. Такъ у Bourg'a⁴³ при 15 исследованныхъ больныхъ мы находимъ только 1 вскрытіе, у Pèrès'a⁴²

на 20 случаевъ 2 вскрытія и у Gilbert'a⁴⁵ при 23 случаяхъ, 4 вскрытія.

Примѣнявшіеся этими авторами методы опредѣленія сини въ мочѣ также не безупречны — у многихъ больныхъ опредѣлялась только одна неизмѣненная сини, и совсѣмъ не опредѣлялся хромогенъ (у Gilbert'a, напр., при 23 наблюденіяхъ опредѣленіе хромогена сдѣлано только въ 4 случаяхъ) — и никто изъ только-что перечисленныхъ авторовъ не принималъ въ расчетъ степени собственной окраски мочи, которая можетъ затруднить иногда опредѣленіе сини.

Тѣ же техническіе недостатки мы встречаемъ въ интересныхъ сообщеніяхъ проф. Lemoine'a⁴⁶, Bazy⁴⁷, Guyon'a⁴⁸ и Albarran'a, наблюденія которыхъ, казалось, также вполне подтверждали справедливость выводовъ Achard'a и Castaigne.

Lemoine сообщаетъ о двухъ больныхъ, у которыхъ новый методъ былъ примѣненъ въ чисто-практическихъ цѣляхъ, для опредѣленія времени, когда при scarlatinномъ нефритѣ возможно больному перейти отъ молочнаго режима къ обыкновенному. Оба больные перенесли scarlatину, осложнившуюся нефритомъ, и оба оставались на молочномъ діетѣ уже въ теченіе 8 дней послѣ полного прекращенія альбуминурии, но какъ начало выдѣленія неизмѣненной сини у обѣихъ оказалось запоздалымъ (черезъ 2 часа), то рѣшено было, что функция почекъ у нихъ еще не восстановилась и обѣимъ больнымъ было назначено продолжать молочный режимъ. Правильность такого объясненія вскоре, по мнѣнію Lemoine'a, подтвердилась, такъ какъ попытка одного больного нарушить предписанную діету тотчасъ же вызвала у него рядъ гастрическихъ расстройствъ и появленіе въ мочѣ бѣлка; съ переходомъ на молочный режимъ всѣ болѣзненные явленія быстро исчезли, а 10 дней спустя, когда новое исследование показало у обѣихъ правильное начало выдѣленія сини, они были переведены на обыкновенный режимъ и, на этотъ разъ, безъ всякихъ неблагопріятныхъ послѣдствій.

Подобное же примѣненіе метода А. и С. было сдѣлано проф. Lemoine'омъ еще въ одномъ случаѣ, у больного, страдавшаго полиморфной эритемой съ обильной крапивной сыпью по тѣлу, протекавшей при повышенной t^0 и гастрическихъ расстройствѣхъ, продолжавшихся въ теченіе 3-хъ дней. Никакихъ указаній на связь заболѣванія съ какими-либо порывностями въ діетѣ не было и при исследованіи мочи никакихъ патологическихъ измѣненій въ



ПЕРЕВІРЕНО 1936

№ 3724

лей не было обнаружено. Однако, в виду того, что выделение сини (неизменяемой) у этого больного оказалось неправильным (первые слюды ее в мочѣ определены только через 5 часов), явилось предположение, не зависит ли заболѣвание от недостаточной выделительной функціи почек этого больного, почему ему была назначена строгая діета, а через нѣсколько дней, когда онъ оправился и когда новое изслѣдованіе показало правильное выделение сини (начало в теченіе перваго часа послѣ выписки), ему было разрѣшено перейти на обыкновенную пищу. На 4-й день такого режима у больного вновь развились приступы гастрическихъ разстройствъ и крайнѣйшей высины по тѣлу. Бѣлка в мочѣ попрежнему не было, но при выписываніи сини выделение ее опять было найдено неправильнымъ (начало через 4 часа). Еще через 8 дней, когда наступило окончательное выздоровленіе, изслѣдованіе было повторено, и на этотъ разъ начало выделенія оказалось правильнымъ (в теченіе 1 часа). Такимъ образомъ наблюденія Lemoine'a, повидному, вполне согласовались съ заключеніями Achard'a и Castaigne о возможности опредѣленія при помощи ихъ метода такихъ разстройствъ, проходимости почекъ, которыя вызваны временными нарушеніемъ ихъ выделительной функціи. Интересно поставленныя изслѣдованія Lemoine'a значительно теряютъ однако въ своей цѣности, благодаря тому, что авторы опредѣлять только одну неизмѣняемую синь и, повидному, только начало, а не весь ходъ выделенія ее.

Тотъ же недостатокъ замѣчается и въ работѣ Bazy²⁰. На основаніи давно установленнаго факта, что при піонефритахъ исходъ всякаго хирургическаго вѣдѣтельства (нефротомія, первичная или вторичная нефректомія) въ значительной степени зависитъ отъ функциональной способности какъ оперируемой, такъ особенно другой почки, Bazy воспользовался для опредѣленія этой способности методомъ А. и С. и получилъ слѣдующіе результаты. Въ 5 случаяхъ, гдѣ выделение сини началось рано (въ теченіе перваго часа послѣ выписки), результаты операціи (нефротомія) получились вполнѣ удовлетворительныя—больные хорошо перенесли ее и скоро оправились, и въ 1 случаѣ, гдѣ начало выделенія сини наступило поздно (часъ не указанъ) и гдѣ „въ силу обстоятельствъ“ была произведена та же операція, исходъ послѣдней былъ неудачнымъ—больная вскорѣ послѣ операціи скончалась и при вскрытіи ее были най-

дены двусторонній піонефритъ²¹). Bazy высказываетъ убѣжденіе, что методъ А. и С., помимо научнаго, имѣетъ также и большое практическое значеніе и что примѣненіе его можетъ оказать существенную пользу для правильной оптики показаній къ хирургическому вѣдѣтельству при различнаго рода заболѣваніяхъ почекъ.

Такую же благоприятную оптику новаго метода изслѣдованія почекъ дали Guyon²² и Albarran въ своемъ очень интересномъ сообщеніи. Наблюденіе это напоминаетъ случай Schwartz'a и Imbert'a и относится къ женщинамъ, страдавшимъ одностороннимъ, и, какъ оказалось впоследствии, при операціи, далеко уже зашедшимъ піонефритомъ. Выпуснувъ этой больной метиленовую синь и собирая мочу, посредствомъ катетеризаціи мочеточниковъ, изъ каждой почки отдѣльно, Guyon и Albarran нашли, что въ то время, какъ здоровая почка начала выделять неизмѣняемую синь (хромотентъ авторы не опредѣляли) въ правильный срокъ (въ теченіе 1-го часа), въ мочѣ, вытекавшей изъ больной почки, та же краска появилась лишь послѣ 3-го часа и притомъ въ такомъ небольшомъ количествѣ, что для обнаруженія ее необходимо было прибѣгнуть къ пробѣ съ хлороформомъ. Неоднократно изслѣдуя у той же больной количественный составъ мочи, полученной также посредствомъ катетеризаціи мочеточниковъ изъ каждой почки отдѣльно, авторы нашли, что больная почка, начавшая выделять поздно и въ небольшомъ количествѣ метиленовую синь, въ то же время дала значительно меньшее количество мочевины, фосфатовъ и хлоридовъ, чѣмъ здоровая почка, несмотря на почти одинаковое суточное количество выделявшейся ими мочи.

Такое же уменьшеніе количественнаго состава мочи, также собранной посредствомъ катетеризаціи мочеточниковъ, Guyon и Albarran наблюдали у цѣлаго ряда другихъ подобныхъ больныхъ и при послѣдовательныхъ операціяхъ находили, что чѣмъ больше была разниа въ количественномъ составѣ мочи здоровой и больной почки, тѣмъ въ большей степени послѣдняя оказывалась патологически измѣненной. Явленіе это наблюдалось авторами настолько постоянно, что они высказали даже убѣжденіе въ существованіи прямой пропорціональности между степенью

²⁰) Детальнѣе изложеніе въ почкахъ авторъ не приводитъ.

нарушения выделительной функции почек и количеством углубившей и функционирующей еще их паренхимы.

Наблюдение Guyon¹ и Albarran², произведенное в условиях, близких к эксперименту, несмотря на некоторые недостатки (отсутствие указаний на выделение хромогена и продолжительность выделения сини), все же явилось солидным доказательством практического значения нового метода исследования почек; вместе с тем, благодаря их сравнительным наблюдениям над выделением сини количественным составом мочи и анатомическим состоянием почек, новый метод получил для себя недостававшую ему раньше более положительную научную основу.

Как бы в pendant к исследованиям Guyon¹ и Albarran², уже вскоре появилось новое сообщение Achard³ и Castaigne⁴ о сравнительном изучении выделения метиленовой сини и состава мочи при застойной почке сердечных больных и при нефрите. Результаты этого исследования вполне подтвердили ожидания авторов: у 4 сердечных больных, исследованных в период асистолии, несмотря на небольшое суточное количество мочи и периодическую альбуминурию, как тип выделенной сини, так и количество твердого остатка мочи были близки к нормѣ, наоборот, у 4 нефритиков (3 с интересциальной формой и 1 с паренхиматозной), несмотря на периодическое наблюдавшееся высокое суточное количество мочи и ничтожное содержание бѣлка, выделение сини оказалось неправильным (позднее начало выделения, увеличенная продолжительность) и количество твердого остатка мочи больше или меньше резко уменьшенным (въ 2—3 раза ниже нормы). В одном случае (паренхиматозный нефрит) клинический диагноз был подтвержден вскрытием, причем были найдены резкие паренхиматозные изменения в почках (большая бѣлая почка). Но если эти наблюдения могли еще доказывать возможность по выделению метиленовой сини делать заключения об анатомических изменениях почечной ткани, то вряд ли они давали право судить о временном функциональном расстройстве почек; скорее наоборот, ибо трудно признать нормально функционирующей почку, выделяющую и малое количество мочи, и периодическое количество бѣлка. Тем не менее, на первых порах наибольшее внимание различных исследователей как раз сосредоточилось на попытках доказать или опровергнуть с помощью нового метода теоретические представления об участии нарушенной функции по-

чек в патогенез различных рода заболеваний. Так, Voisin и Hauser⁵⁶, Féré и Laubry⁴⁹ принимают метод А. и С. для определения участия функции почек в происхождении припадков у энцептиков, Bonnaire и Potocki⁵², Bar, Menu и Mercier⁵⁷, Goin⁵⁸ и Guenard⁵⁹ пытаются тем же способом выяснить состояние функции почек у беременных и у экламптичек; Troisier⁵², Mascarel⁵², Achard и Weill¹⁰ исследуют функцию почек при диабете, Frenkel⁵⁰—у больных с катарактой, Gillet⁵³—у детей с циклической альбуминурией.

Результаты, в общем, получились довольно разноречивые и, как следовало ожидать, малоубедительные, поэтому, не вводя в подробный разбор их, мы перейдем к исследованиям других авторов, которые отнеслись более критически к новому методу и таким образом способствовали его дальнейшему развитию.

В этом отношении особенное значение имеют работы Bard¹⁸. Bard¹⁸ в начале в краткой замѣткѣ, а впоследствии, вместе с Boynet¹⁹, в более подробном сообщении первый выступил против заявления Achard³ и Castaigne⁴ о позднем начале выделения метиленовой сини при нефритах вообще, без различия отдельных форм страдания. На основании своих наблюдений, произведенных на 25 больных (5 с явлениями паренхиматозного нефрита, 3 со смешанной формой, 9 с интересциальным нефритом и 8 с заболеванием других органов), Bard пришел к заключению, что позднее начало выделения сини (послѣ 1 часа) наблюдается главным образом при интересциальном и смешанном нефритах, при паренхиматозном же нефритѣ начало выделения сини или происходит в нормальный срок (до истечения 1 часа), или даже ранее (в течение 1 получаса). Принимая во соображение другие особенности выделения сини, замѣченные им у больных с паренхиматозным нефритом (ранний и интенсивный максимум, уменьшенная продолжительность выделения), а также на основании своих наблюдений над выделением тем же больными JK²⁰) (количество юда нормально или выше нормы), Bard высказал даже предположение, что при паренхиматозном нефритѣ проходимость почек не только не уменьшена, но даже увеличена (excès de la perméabilité, permé-

²⁰) JK. выписывался под кожу в количестве 0.04 и определялось какое количество его выделится за первые сутки.

abileté augmentée) и что это увеличение проходимости почечек составляет существенную особенность паренхиматозного нефрита, наличием которой объясняется вся сумма наблюдающихся при нем своеобразных болезненных явлений.

Отмеченное Bard'ом ранее выделение неизменной сими при паренхиматозном нефрите вскорѣ нашло ряд подтвержденій въ работах другихъ исследователей, хотя не все соглашались съ данными имъ объясненіемъ этого явления.

Указанія на ранее выделение неизменной сими у больных съ явлениями паренхиматозного нефрита мы находимъ въ сообщенияхъ Lemoine'a²² (Val de Grâce), въ отдѣльныхъ наблюденіяхъ Pèrès'a²³, Bourg'a²⁵, Gibert'a²⁴, Landouzy и Bernard'a²⁶, а также въ одномъ изъ сообщений Achard'a и Castaigne², которые наблюдали ранее выделение неизменной сими въ одномъ случаѣ протѣреннаго вскрытіемъ (большая бѣлая почка) паренхиматозного нефрита.

Однако ближайшее знакомство съ наблюденіями какъ Bard'a, такъ и съ наблюденіями другихъ авторовъ обнаруживаетъ, что въ дѣйствительности у исследованныхъ ими больныхъ наблюдалось нормальное начало-выдѣленія и очевидно оно названо ими раннимъ только потому, что въ то время существовало твердое убѣжденіе въ непреложности заявленія Achard'a и Castaigne о запаздываніи начала выдѣленія метиленовой сими при нефритѣ. Это убѣжденіе въ послѣдствіи сильно поколебалось благодаря исследованиямъ Muggia²⁷, Assfalg'a¹⁴ и особенно послѣ превосходной работы Albarran'a и Bernard'a¹¹, сдѣлавшихъ рядъ сравнительныхъ наблюденій надъ выдѣленіемъ неизменной сими и хромогена здоровой и больной почками у лицъ съ одностороннимъ поврежденіемъ послѣднихъ. Свои наблюденія Albarran и Bernard производили пользуясь катетеризаціей мочеотчиковъ; во многихъ случаяхъ они слѣдили за количественнымъ составомъ мочи, выдѣлявшейся здоровой и больной почками, и въ нѣсколькихъ случаяхъ имѣли возможность проверить свои наблюденія гистологическимъ исследованиемъ. На основаніи поставленныхъ такимъ образомъ исследованийъ Albarran и Bernard пришли къ заключенію, что въ ряду другихъ особенностей выдѣленія больными почками метиленовой сими начало выдѣленія ея является признакомъ весьма непостояннымъ и неточнымъ, такъ какъ у нѣкоторыхъ больныхъ съ рѣзкими измѣненіями почечъ они наблюдали правильное начало выдѣленія обихъ формъ сими, и наоборотъ,

позднее начало выдѣленія ихъ въ одномъ случаѣ при здоровой почкѣ. Съ другой стороны, диагностическое значеніе этого признака также не велико, такъ какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ наблюдался, авторы не могли установить никакого прямого соотвѣтствія между степенью запаздыванія начала выдѣленія сими и степенью функциональнаго разстройства или глубины патологическаго процесса въ почкахъ.

Такимъ образомъ, благодаря только-что изложеннымъ работамъ, заключенія Achard'a и Castaigne о важности опредѣленія начала выдѣленія сими, какъ наиболее точнаго показателя проходимости почечекъ, въ сильной степени утратили свое первоначальное значеніе, но въстѣ съ тѣмъ, по мѣрѣ накопленія новыхъ и болѣе детально изученныхъ наблюденій, стали все болѣе выступать и приобретать извѣстную силу другія особенности выдѣленія сими, не получившія въ началѣ достаточной оцѣнки.

Уже въ первыхъ сообщенияхъ Achard'a и Castaigne приводятся случаи, преимущественно интерстиціального нефрита, гдѣ кромѣ поздняго начала выдѣленія сими наблюдалось также слабое и болѣе продолжительное выдѣленіе ея. Позднѣе Bard¹², сравнивая выдѣленіе сими у здоровыхъ и у больныхъ съ различными формами нефрита, пришелъ къ установкѣ трехъ типовъ выдѣленія ея, отличающихся между собой не только по началу, но и по интенсивности и времени наступленія maximum'а выдѣленія, и по продолжительности, и по всему ходу или, какъ это называется Bard, по характеру кривой выдѣленія ея. По Bard'у, при первомъ типѣ, у здоровыхъ людей, начало выдѣленія сими наступать въ теченіе перваго часа, maximum, средней интенсивности, появляется въ теченіе 3 часа, продолжительность не превышаетъ 50—60 часовъ, а весь ходъ выдѣленія (кривая) имѣетъ постоянный характеръ, въ началѣ постепенно нарастая, а затѣмъ такъ же постепенно уменьшаясь. Отличительными признаками втораго типа, который Bard наблюдаетъ при паренхиматозномъ нефритѣ, являются: раннее начало выдѣленія (въ теченіе перваго получаса), ранній (въ теченіе 2 часа) и сильный maximum выдѣленія, укороченная или нормальная продолжительность и то ровная, то колеблющаяся кривая выдѣленія. Наконецъ, при третьемъ типѣ, по Bard'у характерномъ для интерстиціальной формы нефрита, начало выдѣленія сими наступать послѣ 1 часа (черезъ 2—3 часа и позднѣе), maximum слабой интенсивности появляется поздно, продолжительность увеличенная

(3, 4 дня и больше), а кривая выделения часто неправильная, колеблющаяся.

Соответственно этим трем типам Bard признает и три состояния проходимости почек: нормальную, увеличенную и уменьшенную.

Уже при ближайшем знакомстве с литературой нельзя не убедиться в наличии схематизации установленными Bard'ом трех типов выделения метиленовой сини, и хотя они и принимались другими исследователями, однако фактически подтверждались не всегда и не вполне; в любой работе, произведенной даже на небольшом материале, всегда на ряду со случаями, где наблюдалось полное соответствие между формой нефрита и установленным для него типом выделения сини, не трудно найти и такие случаи, где указанное соответствие или совершенно отсутствовало, или наблюдалось только отчасти. Особенно это следует заметить о втором типе, к установке которого Bard пришел, как мы увидим это впоследствии, повидимому, благодаря несовершенству и некоторым недочетам применявшейся им техники определения сини в моче.

Тем не менее работы Bard'a оказали значительное влияние на развитие нового метода исследования почек, так как главным образом благодаря ей было обращено внимание на выяснение значения тех признаков неправильного выделения сини, которые раньше оставались в тени.

В этом отношении особенно важным и наиболее спорным является вопрос о значении продолжительности выделения сини. Уже в своем первом сообщении Achard и Castaigne¹ указывают на то отсутствие единообразия в продолжительности выделения сини, которое они наблюдали у нефритиков: у одних она оказывалась близкой к норме (30—50 часов), у других она была больше или менее резко увеличенной (3—4 дня), у некоторых она была найдена сильно уменьшенной (всего несколько часов); впрочем впоследствии, когда А. и С. стали определять не только выделения неизменной сини, но и выделения хромогена, случаи с укороченной продолжительностью выделения приводятся этими авторами значительно реже. К сожалению, однако, в первых работах Achard'a и Castaigne наблюдения, где указана продолжительность выделения метиленовой сини, настолько редки, что, несмотря на значительное число

исследованных ими больных, почти невозможно воспользоваться их работами для изучения вопроса о продолжительности выделения сини. То же можно сказать и относительно двух более поздних работ тех же авторов, посвященных вопросу о диагностическом значении увеличенной продолжительности выделения метиленовой сини. Анализируя наблюдавшиеся им 52 случая с увеличенной продолжительностью выделения, Achard и Castaigne² пришли к заключению, что эта аномалия выделения хотя и представляет собой один из важных признаков непроходимости почек, но не патогномична для какой-либо определенной формы нефрита и, вообще, не может служить для анатомического диагноза. Авторы указывают, что они наблюдали значительное увеличение продолжительности (5—7—9 дней), как у лиц с резкими функциональными и анатомическими изменениями в почках (5 вскрытий), так и у больных, не имевших вовсе этих признаков (только 1 вскрытие).

Должно отметить, что в обычных цитируемых работах А. и С. клинические сведения о больных весьма скудны. Авторы часто ограничиваются одним диагнозом „Брайтова болезнь“ или даже только одним указанием на существование или отсутствие альбуминурии. В этом отношении несколько лучший материал представляют работы Deriaud, Bourg'a, Pèrès'a и Gibert'a. По работ Deriaud¹⁰, продолжительность выделения и неизменной сини и хромогена у нефритиков не представляет собой ничего постоянного: у одного она показана в 30 часов, у другого в 112 часов, у остальных она колеблется в пределах этих двух крайних цифр. В наблюдениях Bourg'a²² такими крайними цифрами являются 48 и 124 часа, а у одного больного с явлениями паренхиматозного нефрита она показана в 240 часов. В случаях, приводимых Pèrès²², предельными цифрами являются 60 и 120 часов, а у Gibert'a²⁴ 25 и 96 часов.

Более высокие цифры продолжительности выделения сини наблюдались упомянутыми авторами чаще всего у больных с явлениями интерстициального нефрита, а более низкие у больных с явлениями паренхиматозного нефрита. Так, напр., у Gibert'a из 4 случаев интерстициального нефрита (у 3-х диагноз подтвержден вскрытием) у троих продолжительность выделения сини показана больше 3-х суток²⁵), а в 2-х случаях паренхи-

²⁵) Точная цифра не приводится.

матозного нефрита она показана в 2 дня. Однако на ряду с этим у того же Gibert'a мы встречаем случай интерстициального нефрита (без секции) с продолжительностью выделения в 24 ч. и у Bourga случай паренхиматозного нефрита с продолжительностью в 240 ч. Нельзя, впрочем, не заметить, что в первом случае Gibert указывается на очень сильную щелочную реакцию мочи, которая, по его мнению, затруднила определение сини в моче, а во втором случае (Bourga) клинические сведения, сообщаемая о больном, настолько недостаточны (указывается только на альбуминурию), что правильность диагноза может быть оспариваема.

На существование разницы в продолжительности выделения сини при паренхиматозном и интерстициальном нефритах, как было сказано выше, определенно указал впервые Bard. Особенно от настаивает на значении увеличенной продолжительности выделения сини при интерстициальном атрофическом нефрите, для которого она является, по его мнению, самым важным и наиболее постоянным признаком. Мы уже указали, что взгляды Bard'a находят себе значительное подтверждение в отдельных наблюдениях цитированных выше работ Deriaud, Bourga и Gibert'a; такое же подтверждение они нашли себя и в сравнительно недавних работах Bernard'a²², Lemoine'a⁶⁸ (из Val de Grâce), Landouzy и Bernard'a⁶⁶, Albarran'a и Bernard'a¹¹, а также в изъясненных работах Assfalg'a¹⁴, Landau⁶⁵ и Strauss'a⁸⁹.

Подтверждение это однако далеко не абсолютное. Так, в работ Bernard'a²² (20 наблюд., 4 вскрытия), на ряду с 2-мя случаями паренхиматозного нефрита с резко укороченной продолжительностью выделения (36 и 24 часа), мы находим 1 случай (без вскрытия) такой же формы нефрита (наблюд. V), где продолжительность выделения показана в 9 дней, а среди семи случаев с явлениями интерстициальной и смешанной формы нефрита (3 вскрытия), для которых продолжительность выделения показана между 3 и 7 днями, мы встречаем 1 случай (наблюд. XI, без вскрытия), где она равнялась 30 часам.

Lemoine⁶⁸, исследовавший выделения метиленовой сини у одного больного с явлениями интерстициального нефрита и у одного с явлениями паренхиматозного нефрита, у первого нашел увеличенную продолжительность выделения (3 дня), у второго — укороченную (34 ч.).

Landouzy и Bernard⁶⁶ в 3-х случаях хронического паренхиматозного нефрита (1 вскрытие) нашли продолжительность выделения сини нормальной (48 ч.) или нежного укороченной и в 2-х случаях (без вскрытия) увеличенной (4 дня).

Должно однако заметить, что как Lemoine, так и Landouzy и Bernard, по видимому, исследовали выделения только одной неизменной сини; по крайней мере они ничего не упоминают о выделении хромогена.

Albarran и Bernard¹¹, исследовавшие выделения обеих форм метиленовой сини у 24 лиц, с явлениями гидро- нно- нефроза, туберкулеза почек, цистопиелита и т. п., причем в 7-ми случаях имели возможность исследовать почки гистологически, нашли увеличенную (от 3 до 8 дней) продолжительность выделения почти во всех случаях, где функция почек представлялась глубоко-нарушенной на основании тщательного клинического исследования и особенно в тех случаях, где при гистологическом исследовании были обнаружены значительные атрофические изменения в почках. В целом ряде случаев с односторонним поражением почек авторы, пользуясь катетеризацией мочеточников, имели возможность проследить за выделением метиленовой сини каждой почкой порознь и заметили, что больная почка выделяла как неизменную сини, так и хромоген в малых количествах и недолго, тогда как почка, предполагавшаяся или оказывавшаяся на секции неповрежденной, выделяла метиленовую сини большими количествами и значительно дольше, „как бы компенсирова этим недостаточность выделения первой почки“. Авторы указывают даже на существование в подобных случаях известного параллелизма между глубиной анатомических (атрофических) изменений в почке и степенью нарушения выделения метиленовой сини. Именно, чем сильнее была атрофирована больная почка, тем короче была продолжительность выделения метиленовой сини со стороны больной почки и тем больше была продолжительность выделения со стороны здоровой почки. Только в одном случае, у больного с сапсегом почки (набл. XIV), авторы наблюдали близкую к норме продолжительность выделения (36—48 ч.), тогда как на секции обе почки оказались порядочно измененными (в одной охолох и уфренина дегенеративны изменения, в другой значительны дегенеративны изменения и уфренина явления склероза).

Интересно отметить, что в одном случае Albarran и Bernard

наблюдали увеличенную продолжительность выдѣления метиленовой сини у больного съ нормально функционировавшей одной почкой (другая была удалена при операциі). На основаніи своихъ изслѣдованій авторы пришли къ заключенію, что увеличеніе продолжительности выдѣления метиленовой сини является важнымъ, но не абсолютно постояннымъ признакомъ нарушеній функций почекъ. По клинической обработкѣ наблюденій и по интересной постановкѣ ихъ цитируемая работа несомнѣнно является одною изъ лучшихъ въ литературѣ вопроса о выдѣленіи метиленовой сини.

Landau⁴², изслѣдовавшій выдѣленіе метиленовой сини у 19 больныхъ съ различнаго рода заболѣваніями (1 вскрытіе), нашелъ въ 3-хъ случаяхъ остраго паренхиматознаго нефрита немого увеличенную продолжительность выдѣления метиленовой сини (72 ч.), и наоборотъ, въ 3-хъ случаяхъ, гдѣ на основаніи клиническаго наблюденія было предположено существованіе атрофической артеросклеротической почки, онъ нашелъ близкую къ нулю или даже укороченную продолжительность выдѣления сини. Landau не согласенъ поэтому съ заключеніемъ Bard'a относительно уменьшенія продолжительности выдѣления сини, какъ постояннаго явленія у больныхъ съ паренхиматознымъ нефритомъ, и увеличенія ея въ случаяхъ атрофическаго состоянія почекъ.

Assfalg⁴⁴, изслѣдовавшій выдѣленіе метиленовой сини у 40 больныхъ (5 вскрытій), среди которыхъ у 12 имѣлись явленія интерстиціального нефрита, у всѣхъ 12-ти нашелъ значительное увеличеніе (отъ 4 до 9 дней) продолжительности выдѣления метиленовой сини; но такъ какъ такое же увеличеніе продолжительности (около 8 дней) Assfalg наблюдаетъ въ 1-мъ случаѣ травматическаго невроза у больного, не имѣвшаго никакихъ признаковъ разстройства функций почекъ, то онъ полагаетъ, что эта аномалія выдѣления метиленовой сини не можетъ имѣть значенія признака, указывающаго на характеръ патологическаго процесса.

Наоборотъ, Strauss⁴⁹, изслѣдуя выдѣленіе метиленовой сини у 12 больныхъ, изъ которыхъ у 11 имѣлись явленія интерстиціального нефрита, пришелъ къ заключенію, что увеличеніе продолжительности выдѣления ея является характернымъ и цѣннымъ признакомъ, который можетъ оказать серьезнаго услуги для diagnosa скрыто протекающаго интерстиціального атрофическаго нефрита.

Такимъ образомъ, заключенія различныхъ авторовъ о значеніи продолжительности выдѣления метиленовой сини несходны, что, видимо, зависѣло отчасти отъ различія въ методѣ опредѣленія

этого момента выдѣления (нѣкоторые авторы, какъ мы указали, опредѣляли продолжительность выдѣления только одной неизмѣненной сини), отчасти отъ неодинаковой клинической обработки матеріала и малого количества случаевъ, подвергнутыхъ вскрытію. Укажемъ также, что авторы, за рѣдкимъ исключеніемъ, не указываютъ въ своихъ работахъ марки метиленовой сини, применявшейся ими для вырѣскаваній. Между тѣмъ наши наблюденія показали (см. I группу наблюдо.), что продолжительность выдѣления различныхъ марокъ этой краски неодинакова. Если же къ этому прибавить, что у большинства приведенныхъ авторовъ совершенно отсутствуютъ самостоятельныя наблюденія относительно продолжительности выдѣления этой краски у вполне здоровыхъ лицъ, то становится совершенно понятна какъ разнница въ окончательныхъ выводахъ авторовъ относительно значенія продолжительности выдѣления метиленовой сини, такъ и громадная разнница въ предѣльныхъ цифрахъ (отъ 24 до 240 ч.) этой продолжительности у различныхъ изслѣдователей.

Во всякомъ случаѣ, сопоставляя всѣ опубликованныя наблюденія, гдѣ клиническій diagnoz былъ проверенъ вскрытіемъ, можно придти къ заключенію, что увеличенная продолжительность выдѣления сини чаще всего наблюдалась у лицъ съ атрофическимъ состояніемъ почекъ, и что заключеніе Bard'a о характерности этой аномаліи выдѣления для лицъ съ явленіями интерстиціального атрофическаго нефрита весьма правдоподобно.

Еще менѣе опредѣлены выводы различныхъ авторовъ относительно значенія времени появленія и интенсивности *maximum'a* выдѣления метиленовой сини.

Bard¹⁹ первый обратилъ вниманіе на разнницу, наблюдающуюся въ этомъ отношеніи у здоровыхъ и у больныхъ съ различнымъ состояніемъ функций почекъ. Онъ замѣтилъ, что у лицъ съ явленіями паренхиматознаго нефрита *maximum* наступалъ раньше и отличался большей интенсивностью, чѣмъ у здоровыхъ людей, тогда какъ у пациентовъ съ явленіями интерстиціального нефрита *maximum* наступалъ поздне и отличался слабой интенсивностью. Явленіе это наблюдалось Bard'омъ съ такимъ постоянствомъ, что при обсужденіи диагностическаго значенія отдѣльныхъ моментовъ выдѣления сини онъ придаетъ большое значеніе опредѣленію времени появленія и интенсивности *maximum'a*, на основаніи которыхъ, по его мнѣнію, сразу можно судить о массивности нару-

нения проходимости почек. Почти к таким же заключениям пришли Albarran и Bernard, превосходную работу которых мы цитировали выше. Они указывают, что ни разу не наблюдали такого случая, где бы сильная интенсивность maximum'a была отмечена у лиц с нарушенной функцией почек, и обратно, они не встречали таких случаев, где бы слабый maximum наблюдался у лиц с неизменной функцией почек. Мало того, они указывают на постоянный параллелизм между интенсивностью maximum'a и количественным составом мочи, наблюдавшийся ими у лиц с односторонним поражением почек, у которых, благодаря прижизненной катетеризации мочеточников, они имели возможность одновременно следить и за выделением метиленовой сини, и за составом выдвлившейся каждой почкою мочи. „En un mot, nous pensons“, говорят они, „que c'est à l'intensité de l'élimination qu'il convient d'attribuer la plus grande valeur indicatrice de la perméabilité du rein“.

Наоборот, другие авторы (Deriaud, Pères, Bourg и др.) или совершенно игнорируют значение maximum'a выделения сини и дают в своих работах точное обозначение только времени появления maximum'a, или, как, например, Assfalg, прямо заявляют, что время появления и интенсивность maximum'a не может дать определенного представления о состоянии функции почек. Отметим, что ни у одного из авторов мы не встречаем указания на то, принимали ли они во расчет при определении интенсивности maximum'a суточное количество мочи и ее собственную окраску, что, как мы убедились при своих наблюдениях, имеет громадное значение для сколько-нибудь точного определения maximum'a выделения. Возможно, что парадоксальное заявление Bard'a об обычной проходимости почек у лиц с явлениями паренхиматозного нефрита, опирающееся главным образом на раннее начало и особенно на ранний и интенсивный maximum у такого рода больных, явилось именно вследствие неправильного определения интенсивности как начала, так и maximum'a выделения метиленовой сини. Если не принимать во расчет ни суточного количества мочи, ни ее собственного цвета, то при обычно наблюдающемся у больных с явлениями паренхиматозного нефрита уменьшении суточного количества мочи и большей интенсивности собственной ее окраски, легко можно найти увеличенную интенсивность как начала, так и maximum'a метиленовой сини не только в случаях, где вы-

деление ее совершается нормально, но даже в тех случаях, где оно ниже нормы.

Несколько больше изучено диагностическое значение *кривой* выделения, на которую также впервые обратил внимание Bard¹⁹. Проследив за последовательным ходом выделения метиленовой сини у одного здорового субъекта и у 25 больных, Bard построил два схематических типа этой кривой для неизменной сини—правильный и неправильный. При первом, „правильном“, типе кривой выделения сини, начавшись в правильный срок (в пределах первого часа), быстро нарастает, в течение 3—5-го часа достигает maximum'a, после чего медленно, без резких колебаний, падает вплоть до самого конца выделения. При „неправильном“ типе начало и maximum наступают позднѣе, продолжительность выделения увеличивается и, что особенно характерно, выделение периодически то повышается, то резко уменьшается, вследствие чего кривая принимает колеблющийся, иногда интермиттирующий характер. Так как „правильный“ тип кривой выделения наблюдался Bard'ом у единственного здорового субъекта и у нескольких больных с явлениями паренхиматозного или смешанного нефрита, а второй с большим постоянством во всех случаях нефрита интерстициального, то Bard и считает себя в правѣ признать схему „неправильной“ кривой выделения за один из признаков уменьшения проходимости почек при интерстициальном нефрите.

Работы дальнейших исследователей не дали подтверждения этой схематизации. Неправильная кривая была наблюдаема, правда, и в случаях интерстициального нефрита, но также и при других формах поражения почек, и у больных, страдавших заболеваниями других органов, при отсутствии каких-либо болезненных симптомов со стороны почек. Так, например, мы можем привести наблюдения Bourg'a, получившего неправильный тип кривой выделения сини и в одном случае интерстициального нефрита, и в одном случае атрофического цирроза печени; Bernard'a, исследовавшего кривую выделения у 24 больных и получившего неправильный ее тип, кроме четырех случаев интерстициального нефрита, еще в 2 случаях пиелонефрита и в 3 случаях смешанного нефрита.

Goin²⁰, Bar, Menu и Mercier²¹, Guenard²² наблюдали часто неправильную кривую выделения у роженцев и экламптиков, но имевших никаких признаков поражения почек. Chauffard²³

же, исследовавший выделение метиленовой сини у нескольких больных с явлениями инфекционной желтухи, у всех получил неправильную кривую выделения, причем не было никакого повода заподозрить у них какое-либо поражение почек. Такая находка привела даже Chauffard'a к обобщающему заключению о зависимости кривой выделения неизменной сини от функционального состояния печени: а так как новые наблюдения того же автора в сотрудничестве с Cavass'ом²² и Castaigne²³ вполне, по его мнению, подтвердили такое заключение, то в результате появилась новая, более сложная, схематизация. Основываясь на этих наблюдениях, произведенных на 6 здоровых лицах, на 6 нефритиках и на 10 больных, страдавших различного рода заболеваниями печени (инфекционная желтуха, катаральная желтуха, цирроз печени, желчно-каменная болезнь и т. п.), причем обращало внимание на выделение и неизменной сини, и хромогена, Chauffard принимает 3 основных типа кривой выделения метиленовой сини: 1) постоянный циклический (type continu cyclique), 2) постоянный полициклический (type continu polycyclique) и 3) непостоянный полициклический или интермиттирующий (type discontinu polycyclique, t. intermittent). Первый тип соответствует правильному типу Bard'a, при втором типе выделение совершается непрерывно, но с постоянными колебаниями по силе, а при третьем оно прерывается.

Первый тип Chauffard наблюдает у 5 здоровых лиц и у 4 хронических нефритиков; второй — у 1 нефритика, у нескольких больных с поражением печени и у 1 здорового лица, третий — у 1 нефритика и у громадного большинства печеночных больных. У здоровых лиц последние периоды заболевания, причем наблюдает сини повторно в различные периоды заболевания, выделение последовательные переходы от интермиттирующей кривой (в период раннего болязны) к полициклической (в период улучшения) и к правильной циклической (после выздоровления). Одновременно с этим, давшая в нескольких случаях положительный результат, у период интермиттирующей или полициклической кривой выделения сини и отрицательной в период правильной циклической. В 4 случаях результаты наблюдения были противны ожиданиям, причем в 3 случаях с интермиттирующей кривой при микроскопическом исследовании печени были найдены ботры или менее грубые изменения в печеночных клетках (невроз, жировое перерождение), а в одном случае с постоянной циклической кривой печени, по мнению, не представляла никаких изменений (авторы не упоминают о ней), но был найден хронический атрофический нефрит.

Эти различные типы кривой выделения сини, по Chauffard'у, находятся в зависимости не столько от состояния почек, сколько

от состояния печени. В частности полициклическая и особенно интермиттирующая кривая являются, по его мнению, одним из признаков так называемой печеночной недостаточности, и самая реакция с метиленовой синью может быть поставлена на ряду с исследованием алиментарной глюкозурии, гипозотурии и т. п., к слову сказать, далеко еще неустановленными методами изучения печеночной функции.

Этот новый взгляд на значение кривой выделения сини не подтвердился однако достаточно убедительными наблюдениями. Появились описания случаев, где при несомненных заболеваниях печени наблюдались правильная, постоянная циклическая кривая выделения (Achard, Bard); случаи, в которых и полициклическая и интермиттирующая кривая наблюдались различными авторами у одного ряда больных, страдавших: эпилепсией (Féré и Laubry²⁴), эклампсией (Goin²⁵, Bar, Menu и Mercier²⁶), неврастенией (Chauffard и Castaigne²⁷), и принимая в соображение все разнообразие болезненных состояний, при которых наблюдались различные формы неправильных кривых, Bernard²², Albarran²¹ и Achard²⁸ пришли к справедливому заключению, что при определении проходности почек по данным выделения метиленовой сини, кривая выделения не может иметь серьезного диагностического значения.

Считаем необходимым обратить внимание, что применявшиеся авторами методы изучения кривой выделения сини страдают, по нашему мнению, большими проблемами как в технике исследования, так и в анализе наблюдений. Простает в глаза, что один исследователь, как, напр., Bard, изучал кривую выделения исключительно неизменной сини, а в числе наблюдений приводятся случаи, где выделение метиленовой сини совершалось или преимущественно, или исключительно в форме хромогена. Другие авторы, как Chauffard, Albarran и Bernard, хотя во всех наблюдениях изучали кривую выделения и неизменной сини и хромогена, но каждую отдельно, не суммируя всего хода выделения метиленовой сини.

Между тем, анализируя отдельные наблюдения различных авторов (Chauffard²¹, Albarran и Bernard²¹), мы встречаемся с интересным фактом, что в большинстве тех случаев, где кривая выделения была признана полициклической или интермиттирующей, выделение неизменной сини и выделение хромогена совершалось альтернативно, т. е. в те часы, когда усиле-

важнѣе выдѣленіе неизмѣнной сини, выдѣленіе хромогена уменьшается и обратнѣе. Такимъ образомъ, въ этихъ случаяхъ кривыя выдѣленія неизмѣнной сини и хромогена какъ бы дополняли другъ друга, и если бы авторы прослѣдили за ходомъ выдѣленія всей метиленовой сини, безъ различія отдѣльных формъ ея, то, вѣроятно, получили бы или совершенно правильную кривую, или очень близкую къ ней.

Этотъ недостатокъ примѣнявшагося авторами метода получать еще большее значеніе, если принять во вниманіе, что вопросъ о мѣстѣ и объ условіяхъ образованія хромогена до сихъ поръ еще не выясненъ. Achard и Castaigne, какъ было указано выше, полагаютъ, что переходъ метиленовой сини въ хромогенъ происходитъ въ крови, вследствие задержки метиленовой сини, обусловленной нарушеніемъ проходимости почекъ. За это говорило бы отмѣчаемое всѣми авторами наблюденіе, что у нефритиковъ выдѣленіе хромогена происходитъ въ значительно большихъ размѣрахъ, чѣмъ у здоровыхъ; однако, какъ въ наблюденіяхъ Achard'a и Castaigne, такъ и у другихъ авторовъ приводятся случаи несомнѣннаго нефрита (провереннаго иногда вскрытіемъ), гдѣ при наличности всѣхъ остальныхъ признаковъ уменьшенія проходимости почекъ выдѣленіе хромогена или совершенно отсутствовало, или же совершалось въ очень небольшомъ количествѣ.

Voisin и Hauser⁶⁶ объясняютъ переходъ метиленовой сини въ хромогенъ не нарушеніемъ проходимости почекъ, а расстройствомъ общаго питанія организма (*trouble de la nutrition générale*). Въ доказательство они приводятъ свои наблюденія надъ эпилептиками, у которыхъ въ періодъ покоя выдѣленіе метиленовой сини совершалось главнымъ образомъ въ формѣ неизмѣнной сини, а въ періодъ припадковъ почти исключительно въ видѣ хромогена.

Подобное же явленіе наблюдали Dufour и Roques de Fursak⁴⁷, изслѣдуя выдѣленіе метиленовой сини въ періодъ покоя и въ періодъ угнетенія у одной психической больной.

Gibert⁵⁴, Linossier и Barjon⁷⁰ высказываютъ убѣжденіе, что переходъ метиленовой сини въ хромогенъ происходитъ подъ влияніемъ щелочной реакціи мочи. Въ доказательство они приводятъ свои наблюденія надъ здоровыми людьми, у которыхъ выдѣленіе метиленовой сини совершалось почти исключительно въ формѣ хромогена всякій разъ, когда реакція мочи становилась щелочной подъ влияніемъ принятыхъ соды или щелочныхъ минеральныхъ

водъ. Въ пользу этой теоріи говорить также прочно установленный фактъ преобладающаго выдѣленія хромогена при щелочной реакціи у больныхъ (случай пѣнонефрита и дисита Bard'a Deriaud'a, Albarran'a и Bernard'a). Съ другой стороны, въ литературѣ имѣются противорѣчивыя указанія (Achard и Castaigne⁵, Albarran и Bernard¹¹).

Въ своей совместной работѣ Albarran и Bernard, основываясь на результатахъ своихъ клиническихъ и экспериментальныхъ изслѣдованій, а также на изученіи вопроса по даннымъ литературы, приходятъ къ заключенію, что переходъ метиленовой сини въ хромогенъ является результатомъ сложнаго химическаго процесса, вѣроятно, совершающагося въ различныхъ органахъ (въ почкахъ, въ крови, можетъ быть, на мѣстѣ впрыскиванія) и зависящаго частью отъ состоянія кѣтокъ почечнаго эпителия, частью отъ состоянія другихъ органовъ, частью отъ состоянія общаго питанія организма. Цитируемые авторы полагаютъ поэтому, что изученіе выдѣленія хромогена не можетъ имѣть серьезнаго діагностическаго значенія.

Такимъ образомъ, по мѣрѣ дальнѣйшаго изученія, методъ Achard'a и Castaigne, въ своей первоначальной формѣ отличавшійся крайней простотой, значительно развился какъ по отношенію къ техникѣ изслѣдованія, такъ и по способамъ объясненія получаемыхъ съ его помощью данныхъ. Къ первоначальному, единственному діагностическому признаку Achard'a и Castaigne—ко времени начала выдѣленія—присоединились постепенно: время наступленія и интенсивность *maximum'a*, продолжительность выдѣленія, характеръ его кривой, а также соотношеніе выдѣленія неизмѣнной сини и хромогена. Всѣ такіе признаки, какъ позднее начало выдѣленія, поздній и слабый *maximum*, увеличенная продолжительность выдѣленія, неправильная кривая, преобладаніе выдѣленія хромогена, по мнѣнію большинства изслѣдователей указываютъ на нарушеніе проходимости почекъ. При этомъ слѣдуетъ отмѣтить, что не всѣ изъ перечисленныхъ признаковъ достаточно хорошо изучены и не всѣ авторы придаютъ имъ одинаково важное значеніе. По мѣрѣ дальнѣйшаго изученія, способа, сами первоначальные авторы его, Achard и Castaigne, пришли къ признанію, что всѣ приведенные выше признаки указываютъ на расстройство проходимости почекъ, все равно, встрѣчаются ли

они вместе или порознь. Подводя итоги своим исследованиям, произведенным совместно с Achard'ом, Castaigne²² резюмирует выводы относительно диагностического значения метода следующим образом:

А) „Если выделение метиленовой сини начинается не позже конца первого часа, если окраска мочи ею, очень сильная в продолжение первых часов, впоследствии постепенно слабеет и исчезает около 60-го часа, то можно заключить, что почки нормальны.“

В) Во всех случаях, где имеется позднее начало, слабый максимум, интермиссия в кривой и увеличенная продолжительность выделения, можно заключить, что проходимость почек нарушена. В частности: 1) интерmittирующий тип выделения метиленовой сини указывает на недостаточность функции печени; 2) раздельное выделение метиленовой сини (élimination dissocée) указывает на слабую степень проходимости почек, зависящую или от простого функционального расстройства деятельности их, или от грубого, но недостаточно глубокого поражения их; 3) при значительно увеличенной продолжительности выделения (от 5 до 6 дней) и при нормальном начале выделения можно предположить, что почки в общем резко изменены, но что в них сохранились еще участки с ненарушенной проходимостью; 4) позднее начало выделения неизменной сини является наиболее важным признаком непроходимости почек.“

В последнем заключении Castaigne, опять резко обрисовывается обычное в литературе вопроса стремление к точным определениям, точным не в том смысле, в каком допускались бы они количеством и качеством положенных в их основу наблюдений. Добавим к этому, что во всех своих работах, допуская, что извещая комбинация признаков неправильного выделения метиленовой сини может иногда указывать на известное анатомическое состояние почек, Achard и Castaigne настаивают на том, что их метод исследования *имеет своей главной задачей не анатомический диагноз, а определение достаточности физиологической функции почек.*

Если, по Achard'у и Castaigne, вышеприведенные признаки имеют диагностическое значение безразлично от того, взяты ли они вместе или порознь, то другие исследователи допускают диагностическое значение только определенной комбинации отдель-

ных моментов выделения сини. По мнению Bard'a и Bonnet¹⁹, таких форм отдельных комбинаций существует 3, и каждой из них отвечает определенное состояние проходимости почек. Первая комбинация или *первый тип* заключается в себе такое сочетание признаков: начало выделения неизменной сини в пределах первого часа, maximum порядочной интенсивности нарастает постепенно в течение 2—3 часа, продолжительность выделения не выше 50—60 ч., кривая правильного (циклического) характера. Тип этот по Bard'у и Bonnet отвечает *нормальной проходимости* почек и наблюдается, по праву, у здоровых. *Второй тип* характеризуется ранним началом выделения неизменной сини (в пределах 1-го полутора), ранним (в течение 2-го часа) и более интенсивным maximum'ом, правильной кривой и нормальной или немного укороченной продолжительностью выделения; он отвечает *уменьшенной проходимости* почек и специфичен для паренхиматозного нефрита. Комбинация позднего начала выделения сини (после первого часа), позднего и слабого maximum'a, увеличенной продолжительности и неправильной кривой выделения составляет *третий тип*, указывающий на *уменьшение проходимости* почек, и наблюдается при всех стадиях развития интерстициального нефрита. Установив такую схему, Bard и Bonnet все-таки признают, что новый метод является практически наиболее пригодным для диагностики интерстициального нефрита, при котором и отдельные моменты выделения, и весь его тип наиболее резко отличается от нормы. Авторы полагают даже, что, судя за всем ходом выделения метиленовой сини, можно судить о степени патологических изменений в почках, хотя, впрочем, не дают в этом отношении никаких определенных указаний.

К этим взглядам близко подходят выводы интереснейших исследований Albarran'a и Bernard'a. И они считают необходимым пользоваться не одним каким-либо признаком, а *всею их суммою*, отмечая особенное значение интенсивности maximum'a, продолжительности и характера кривой выделения. И по их мнению тип выделения метиленовой сини, указывающие на уменьшение проходимости почек, доказывают существование анатомических изменений в почках, хотя не в той степени, какая позволяла бы судить о природе и размерах патологического процесса. Albarran и Bernard¹¹ считают метод А. и С. недостаточно еще разработанным, но практически существенно

полезным как при диагностике заблуждения почек, так и при установке показаний к оперативному вмешательству, для чего особенно рекомендуют исследование выделения метиленовой сини с помощью катетеризации мочеточников, чтобы иметь представление о состоянии каждой почки отдельно.

Еще ближе к заключениям Bard'a и Bonnet подходят выводы обстоятельной диссертации Bernard'a²², исследовавшего выделение метиленовой сини при различных формах хронического нефрита. Bernard также считает обязательным пользоваться всею совокупностью отдельных моментов выделения, признавая главными признаками уменьшение проходимости почек, позднее начало, слабый максимум, увеличение продолжительности и неправильную кривую выделения. Он признает все 3 типа Bard'a и Bonnet, отбывающие тремя состояниями проходимости почек (нормальная, увеличенная и уменьшенная). По его мнению, проходимость почек для метиленовой сини повышена при паренхиматозном нефрите, понижена при интерстициальном и также понижена, но в "более слабой степени" при смешанном нефрите. К возможности точного определения степени патологического процесса в почках при помощи реакции с метиленовой синью Bernard относится, как то и следовало ожидать на основании допускаемой им в схематизации неточности, — с сомнением.

Заключения не французских авторов относительно значения нового метода исследования почек более осторожны.

Assfalg²⁴, применивший метод Achard'a и Castaigne на довольно большом и разнообразном материале, приходит к заключению, что метод не оправдал возлагавшихся на него в начале надежд. Совершенно отрицая возможность применять его для распознавания паренхиматозного нефрита, Assfalg не считает его также достаточно точным для распознавания интерстициального нефрита, так как наблюдая иногда (только в 2 случаях) у больных, не имевших никаких клинических признаков поражения почек, т. е. особенности выделения метиленовой сини, какие считаются характерными для интерстициального нефрита. Признавая за новым методом известную ценность как хорошего вспомогательного средства для клинического исследования функции почек, Assfalg рекомендует большую осторожность при оценке полученных с его помощью данных.

К тем же выводам пришел и Landau²⁵ (в Варшаве), работа

которого произведена на небольшом количестве лиц, среди которых преобладают больные с явлениями расстройства компенсации сердца и артериосклероза. Оба последние автора придают большее значение определению начала и продолжительности выделения метиленовой сини и мало уделяют внимания другим моментам выделения. Более сочувственный отзыв о новом методе дает Strauss²⁶ в своей книге, посвященной главным образом разбору существующих в настоящее время методов клинического исследования функции почек при хронических нефритах. На основании своих исследований Strauss приходит к заключению, что изучение выделения метиленовой сини может оказать существенную услугу клиническому исследованию больных и упоминает в своей книге о нескольких случаях, где подтвердившийся на вскрытии диагноз скрыто протекавшего нефрита был основан главным образом на данных неправильного выделения метиленовой сини. При оценке этих данных Strauss руководствуется указаниями Bard'a, но особое значение придает поднему началу и увеличенной продолжительности выделения.

Таким образом, мнения отдельных исследователей относительно практического значения нового метода разделились. Одни, как Achard и Castaigne, полагают главную заслугу метода в возможности с помощью его определять состояние *функциональной* способности почек даже в таких случаях, где обычные методы клинического исследования оказываются малоприменимыми для этого, другие, как, напр., Bard, Bernard, Strauss, более склонны признать за новым методом заслугу довольно хорошего клинического способа исследования, допускающего возможность определения *анатомического* состояния почек.

В защиту своих взглядов Achard и Castaigne²⁷ ссылаются на свои, цитированные нами выше, сравнительные наблюдения над ходом выделения метиленовой сини и количественным составом мочи у так называемых сердечных больных и у нефритиков; с этою же целью Achard, в сотрудничестве с Delamar'eом²⁸, предпринимал впоследствии ряд новых сравнительных наблюдений над выделением метиленовой сини и ходом так называемой флоридиновой гликозурии²⁹). Однако,

²⁹) С этой целью они вырабатывали под кожу 0.05 флоридина и определяли начало выделения сахара в мочу и количество сахара.

мысль о контроле выделении сахара по высккиванию флоридина, вряд ли можно признать удачною, так как Achard и Delamare сами указывают, что совпадение между выделением метиленовой сини и выделением сахара, въ ихъ опытахъ, наблюдалось не всегда; кромѣ того, при всей вѣроятности почечнаго происхожденія флоридиновой глюкозуріи, вопросъ объ образованіи при ней сахара и въ особенности объ отношеніи этой глюкозуріи къ здоровымъ и больнымъ почкамъ далеко еще не рѣшенъ, несмотря на произведенныя въ этомъ направленіи довольно многочисленныя изслѣдованія (Волковъ, Klempereger, Levy, Luntz и др.).

Другой приемъ проверки пробы съ метиленовой синью мы находимъ въ цитированной выше работѣ Albarran'a и Bernard'a и въ диссертациі Bernard'a.

Albarran и Bernard¹¹ опредѣляли одновременно выделение метиленовой сини и количественный составъ мочи (содержаніе мочевины, хлоридовъ, фосфатовъ) у больныхъ съ различнаго рода страданіями почекъ и пришли къ выводу, что методъ Achard'a и Castaigne въ громадномъ большинствѣ случаевъ даетъ лишь приблизительное понятіе о состояніи проходимости почекъ, такъ какъ постоянное соотвѣтствіе между степенью неправильнаго выделения метиленовой сини и степенью нарушенія количественнаго состава мочи они наблюдали только у больныхъ съ глубокими патологическими измѣненіями въ почкахъ. При небольшихъ же измѣненіяхъ на ряду съ неправильнымъ выделеніемъ метиленовой сини количественный составъ мочи оказывался близкимъ къ нормѣ или нарушеннымъ въ незначительной степени. Особенно рѣзко было выражено это явленіе у больныхъ съ одностороннимъ поражениемъ почекъ, причемъ, пользуясь категоризаціей мочеточниковъ, Albarran и Bernard являли возможность прослѣдить за выделеніемъ сини и за количественнымъ составомъ мочи для каждой почки отдѣльно.

Въ своей диссертациі Bernard¹² примѣнилъ для контроля тотъ же количественный анализъ мочи и, очевидно, въ виду совершенной неточности такого способа контроля, дополнить его еще изслѣдованіемъ токсичности мочи и токсичности крови. Таки изслѣдованія, произведенныя у различныхъ больныхъ, показали, что только у больныхъ съ тяжелой формой нефрита (главнымъ образомъ при интерстиціальномъ нефритѣ) рядомъ съ признаками, указывавшими на уменьшеніе проходимости почекъ для метиле-

новой сини обнаруживалось и уменьшеніе суточного количества мочевины, фосфатовъ и хлоридовъ, а также уменьшеніе токсичности мочи и увеличеніе токсичности крови.

Съ тою же цѣлю контроля новаго метода Bard и Bonnet¹³ производили сравнительныя наблюденія надъ выделеніемъ метиленовой сини и выделеніемъ іодистаго калия у больныхъ съ различными формами нефрита; Gilbert¹⁴ — надъ выделеніемъ метиленовой сини и токсичностью мочи у подобныхъ же больныхъ, Landouzy и Bernard¹⁵ пытались проверить методъ Achard'a и Castaigne и одновременно наблюденіемъ надъ выделеніемъ метиленовой сини, и криоскопическими свойствами мочи и крови при хроническомъ паренхиматозномъ нефритѣ у туберкулезныхъ больныхъ. Результатъ получился одинаковый: только въ рѣдкихъ случаяхъ, преимущественно у лицъ съ значительнымъ атрофическимъ процессомъ въ почкахъ наблюдалось известное соотвѣтствіе между опредѣленіемъ состоянія функціи почекъ по даннымъ выделения метиленовой сини и по даннымъ другихъ методовъ.

Взгляды Achard'a и Castaigne относительно возможности опредѣленія по ихъ методу функциональной способности почекъ, даже въ случаяхъ съ небольшимъ нарушеніемъ ея, не подтвердились также и клиническими наблюденіями: въ настоящее время въ литературѣ имѣются многочисленные сообщенія различныхъ изслѣдователей (Widal¹⁷, Muggia¹⁸, Landau¹⁹ и др.) о случаяхъ полного несоотвѣтствія между нормальнымъ типомъ выделения метиленовой сини и наблюдавшимся у тѣхъ же больныхъ тяжелыми уремическими явленіями.

Нельзя также не привести по этому поводу мнѣнія проф. Lеріне'a²⁰, который сомнѣвается въ возможности опредѣленія функциональной способности почекъ по даннымъ выделения какъ метиленовой сини, такъ и всякаго другаго введеннаго въ организмъ вещества. Lеріне думаетъ, что дѣятельность секретирующаго эпителия почекъ элективна и что каждое вещество имѣетъ свой коэффициентъ проходимости; возможно поэтому, что почки, проходимыя для метиленовой сини, могутъ оказаться непроеходимыми для токсиновъ и обратно.

Итакъ, несмотря на многочисленныя изслѣдованія, посвященныя вопросу о выделеніи метиленовой сини при различныхъ состояніяхъ функціи почекъ, научное и практическое значеніе метода Achard'a и Castaigne до сихъ поръ еще не получило окончательнаго рѣшенія. За-

висело это отчасти от допущенных отдельными исследователями неточностей в техник определения отдельных моментов выделения метиленовой сини, отчасти от излишней схематизации случайно подмеченных и недостаточно анализированных особенностей выделения этой краски при различных патологических состояниях, главным же образом, благодаря малому количеству солидных работ, произведенных на хорошо обследованном клиническом материале с достаточным количеством случаев проверенных секций.

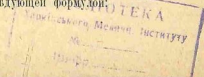
ГЛАВА II.

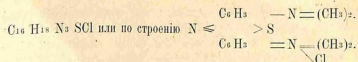
О метиленовой сини по данным литературы и собственным наблюдениям.

Химическая и физическая свойства метиленовой сини. Токсическая свойства ее. Всаживание и выделение ее при различных условиях. Наблюдения, которые она претерпевает в организме. Методы количественного определения ее.

Метиленовая синь в химически чистом виде представляет собой кристаллический порошок, состоящий из больших или малых листочков темно-серого цвета, с металлическим блеском, легко растворяющихся в воде, спирте и хлороформе и нерастворимых в эфире. Она обладает сильной красящей способностью и ее растворы в отношении 1 на 500000 и даже 1 на 1000000 и больше сохраняют еще довольно интенсивный синий цвет. Крѣпкая серная и соляная кислоты не изменяют окраски растворов метиленовой сини; крѣпкая же азотная кислота изменяет синий цвет водного раствора в зеленоватый. Подъ влиянием фдких щелочей слабые растворы метиленовой сини приобретают красноватую или фиолетово-красную окраску, что, по Le Goffy⁵⁷, зависит от перехода метиленовой сини в фенольные дериваты—тионоль и тионилин; при обыкновенной т° этот переход совершается довольно медленно, при нагревании до 100° быстро.

По Bernthsen'y²³, Le Goffy и Nietz'кому⁷⁸, химически чистая метиленовая синь представляет собой солинокислую соль так называемого метиленового синего пигмента и ее химический состав выражается следующей формулой:





Разлагая эту соль посредством окиси серебра, можно получить основание, которое по Nietzki иметь следующую втроянную формулу $C_{16}H_{18}N_3S.OH$.

Фабричным путем чистая метиленовая синь получается действием хлорного железа на амидо-диметил-анилин в присутствии сероводорода; если же реакция совершается в присутствии хлористого цинка, то получается двойная хлорцинковая соль метиленовой сини, химический состав которой выражается формулой $(C_{16}H_{18}N_3SCl)_2 \cdot ZnCl_2$.

Эта соль в чистом виде представляет собой красно-бурый или темно-красный кристаллический (в виде иголь) или аморфный порошок, обладающий такой же сильной красящей способностью и таким же отношением к кислотам и щелочам, как и чистая метиленовая синь, но только отличается плохой растворимостью в растворах $ZnCl_2$.

Как сама метиленовая синь, так и ее хлорцинковое соединение при действии на водные растворы их восстанавливающих веществ (железные опилки, сернистый аммоний, сероводород, алкогольные растворы эдких щелочей, цинковая пыль, кипячение с раствором виноградного сахара в присутствии щелочи и т. д.) переходить в безцветное соединение, в так называемый лейкодериват метиленовой сини. Соединение это легко растворяется в воде, кристаллизуется в форме длинных желтых иголь и отличается малой устойчивостью по отношению к окисляющим веществам (бром, хлорное железо, железисто-синеродистый калий, перекись водорода и др.), при действии которых и даже при простом взбалтывании с воздухом оно вновь переходит в прежнее цветное состояние *).

В продажу метиленовая синь поступает или в виде чистой солянокислой соли (*coeruleum methyleni medicinale*), или в виде двойной хлорцинковой соли, или в форме различных

*) Если восстанавливающее средство взято в избытке, то, по нашим наблюдениям, при переходе лейкодеривата в метиленовую синь одного взбалтывания с воздухом недостаточно.

смесей, обозначаемых фабрикантами разными марками (2B, 4BE, BG и т. д.), указывающими, главным образом, на красящие свойства и различные цветные оттенки краски.

Кроме того, под именем метиленовой сини в продажу иногда поступают другие синие краски, также производные анилина, как, например, метиловая синь, синь Courrier, синь Nicholson'a, синь под маркой BZS и некоторые другие, значительно отличающиеся от метиленовой сини по своему химическому составу. Для отличия этих красок от настоящей метиленовой сини Villefosse³⁴, Achard и Castaigne³⁵ предложили воспользоваться спектроскопическим анализом: по их наблюдениям, водный раствор настоящей метиленовой сини, в отличие от других синих красок, дает две полосы поглощения—одну, более темную, в красной части спектра, между линиями В и С, а другую, менее интенсивную, в оранжевой части спектра, между линиями С и D *).

Как большинство анилиновых красок, метиленовая синь обладает известными токсическими свойствами, довольно хорошо изученными, частью благодаря многообразному применению ее при терапии малярий, злокачественных опухолей, туберкулеза, невралгий и т. п. заболеланий, главным же образом благодаря произведенным в этом направлении экспериментальным исследованиям на животных. Combemale³⁶, вводя собакам и морским свинкам метиленовую синь (per os или подкожно) в количестве 0,3 на килограмм веса, наблюдал у них явления резко выраженной мышечной слабости, уменьшение болевой чувствительности, рвоту, понос, небольшое понижение t°, уменьшение количества мочи и иногда альбуминурию.

Через 24 часа явления эти проходили и животные вскоре вполне оправлялись. Если же количество принятой животным краски превышало 0,3 на килограмм веса, то все перечисленные выше симптомы отравления наступали почти моментально, были выражены в более резкой форме, и уже через 2—3 часа заканчивались смертью при явлениях асфиксии.

При вскрытии погибших животных наиболее серьезные изменения были находимы в крови их: жидкой, имевшей шоколад-

*) Слабые растворы метиленовой сини дают одну полосу поглощения в красной части спектра.

ный цветъ и при спектроскопическомъ изслѣдованіи обнаружившей присутствіе метгемоглобина. Форменные элементы, кромѣ синеватой окраски нѣкоторыхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, въ остальныхъ не представляли замѣтныхъ измѣненій. Эндокардіи и intima сосудовъ, слизистыя оболочки желудка и кишечника, а также брюшина и легкія наблюдались окрашенными въ синеватый цветъ, а въ печени и въ почкахъ были найдены небольшія воспалительныя измѣненія.

Подобныя же измѣненія наблюдалъ Михайловъ⁷⁴ въ крови и въ органахъ кроликовъ, которымъ онъ вводилъ въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени сравнительно небольшія дозы метиленовой сини (0,04—0,06). Вскрывая кроликовъ, убитыхъ на 10, 12 и 20-й день отъ начала опыта, Михайловъ находилъ у нихъ явленія метгемоглобинизаціи крови, скопленіе въ полостяхъ плевры, околосердечной сумки и брюшины окрашенной въ зеленый цветъ водянистой жидкости и довольно значительныя воспалительныя и особенно дегенеративныя измѣненія въ печени, въ почкахъ и въ нервныхъ клеткахъ аутоматическихъ узловъ сердца.

У человѣка, даже при употребленіи довольно большихъ дозъ метиленовой сини (1,0—1,5—2,0 gr. pro die), иногда въ теченіе продолжительнаго времени, непріятыя побочныя явленія наблюдались не всегда, и обыкновенно были выражены въ легкой формѣ. При внутреннемъ употребленіи чаще всего отмѣчаются явленія раздраженія со стороны слизистыхъ оболочекъ желудка, кишечника и мочевыхъ путей, выразившихся рвотой, поносомъ и болью въ области мочевого пузыря или уретры. У нѣкоторыхъ больныхъ на ряду съ этими симптомами наблюдались головныя боли и сердцебиенія (Strassmann), иногда пониженіе t^0 нормальной и особенно повышенной (Richard d'Aulnay⁷⁵, Althen⁷⁶), небольшая, но продолжительная альбуминурия (Galliard⁷⁷, Невѣдѣевъ⁷⁷) и въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, именно у слабыхъ больныхъ, явленія значительнаго упадка дѣятельности сердца. Въ чемъ заключались эти явленія, въ цитируемой работѣ⁷⁶ не указано. Назначая метиленовую синь какъ терапевтическое средство нѣкоторымъ больнымъ съ альбуминуріей, мы наблюдали иногда у нихъ повышеніе t^0 (38°, рѣдко выше), появившееся обыкновенно послѣ 2—3-дневныхъ приемовъ по 0,2 или 0,06 три раза въ день. Чаще всего это наблюдалось у больныхъ съ явленіями

геморрагическаго нефрита (см. набл. № 35, № 36 и № 38). Послѣ отнятія метиленовой сини t^0 вновь возвращалась къ нормѣ.

При подкожномъ способѣ пригнѣтенія метиленовой сини (0,05—0,1, рѣдко болѣе, въ водномъ, стерилизованномъ растворѣ) авторами отмѣчаются только явленія мѣстнаго раздраженія въ видѣ болѣзненной припухлости на мѣстѣ впрыскиванія. Черезъ 1—2 дня и боль и припухлость обыкновенно исчезаютъ безслѣдно, и изъ многочисленныхъ наблюденій послѣднихъ лѣтъ только въ работѣ Gibert'a⁷⁴ приводится случай, гдѣ послѣ впрыскиванія метиленовой сини, вѣроятно, вследствие недостаточной асептики, на мѣстѣ впрыскиванія развился абсцессъ. Еще менѣе болѣзненныя впрыскиванія въ толщу мускулатуры, такъ называемыя внутримышечныя впрыскиванія.

Всасываніе метиленовой сини, какъ при введеніи ея per os, такъ особенно при глубокихъ внутримышечныхъ впрыскиваніяхъ, совершается довольно быстро; у здороваго человѣка, по наблюденіямъ авторовъ и по нашимъ собственнымъ наблюденіямъ, уже въ теченіе перваго получаса послѣ впрыскиванія можно обнаружить присутствіе метиленовой сини въ мочѣ, а Achard и Castaigne⁷⁸, при вскрытіи одного больного, умершаго спустя 5 часовъ послѣ впрыскиванія, не могли найти даже слѣдовъ краски въ томъ мѣстѣ, куда было произведено впрыскиваніе. Отечное состояніе тканей, по наблюденіямъ Achard'a и Castaigne, Deriaud⁷⁹, а также по нашимъ собственнымъ наблюденіямъ (см. набл. № № 7—18) не оказываетъ замѣтнаго вліянія на быстроту всасыванія метиленовой сини, введенной въ толщу мышечной ткани; по крайней мѣрѣ, у больныхъ съ отеками сердечнаго происхожденія, при отсутствіи всякихъ указаній на пораженіе почекъ, выдѣленіе ея наблюдалось въ тѣ же сроки, что и у здоровыхъ людей.

Какимъ бы путемъ ни была введена въ организмъ метиленовая синь, она довольно быстро выдѣляется изъ него, причемъ, при внутреннемъ употребленіи, выдѣленіе совершается почками и отчасти кишечникомъ, чрезъ который, повидимому, выдѣляется та часть метиленовой сини, которая не всосалась.

При подкожномъ введеніи метиленовой сини выдѣленіе ея совершается, повидимому, только почками; по крайней мѣрѣ неоднократныя попытки открыть присутствіе сини въ жидкихъ испраженіяхъ больныхъ, которымъ была введена обычная доза метиленовой сини, всегда давали отрицательный результатъ (см. набл.

№ 69, 74 и др.). Такие же отрицательные результаты были получены при исследовании пота, слюны (Villefosse⁸⁴, собственное наблюдение № 74), желчи (Chauffard⁸⁰), мокроты (собственное набл. № 70), отечной жидкости кожи и транссудата из полости плевры (собствен. наблюд. № 18, 54), а также при исследовании отделяния молочной железы. Только при выписывании метиленовой сини беременным Sicard и Mercier⁸⁷ наблюдали довольно быстрое появление этой краски в околоплодной жидкости и в моче новорожденного и даже предложили воспользоваться этим явлением для определения проходимости плаценты.

После подкожного выписывания метиленовая синь поступает в мочу в двух состояниях: в форме неизменной сини, присутствием которой обуславливается характерная синяя или зеленоватая окраска мочи, и в форме безцветного соединения, так называемого *хромогена*, переходящего в цветное состояние при кипячении мочи с уксусной кислотой, молибденовым аммонием, а также при действии на мочу различных окисляющих веществ (бром, перекись водорода, железисто-синеродистый калий и т. п.). Химический состав хромогена, равно как и условия происхождения его в организм, точно неизвестны. С большой однако вероятностью можно думать, что по химическому составу хромоген весьма близок к тому лейкодермату метиленовой сини, который получается при действии на водный раствор сини восстанавливающих веществ и который известен в химии под названием метиленового бледного пигмента; по крайней мере по отношению к окисляющим веществам так называемый хромоген и лейкодермат сини вполне соответствуют друг другу и отличаются только тем, что хромоген более устойчив по отношению к окисляющему действию воздуха, при всасывании с которым не изменяется. Что же касается условий, при которых метиленовая синь переходит в организм в хромоген, то из большого числа высказанных на этот счет предположений, разсмотренных нами при общем обзоре литературы, предположение Albatgan'a и Bergard'a (стр. 35) представляется наиболее вероятным. Взаимное количественное отношение обычных форм выделения метиленовой сини не представляет ничего постоянного, — только у здоровых людей наблюдается, как обычное явление, преобладание неизменной сини, в патологических же случаях

преобладающей формой выделения является то неизменная синь, то хромоген.

Движение и покойное положение, повышенная t° , состав пищи, как показывают наблюдения различных авторов и как видно из некоторых наших наблюдений, не оказывают заметного влияния на преобладание той или иной формы выделения метиленовой сини и только как частое, но все же непостоянное явление мы наблюдали особенно резкое преобладание неизменной сини в ближайшее время после приема большими порциями пищи.

Присутствие в моче била, сахара, крови или желчных пигментов, по наблюдениям Achard'a и Castaigne, Mascarelli⁷², Chauffard⁸⁰, по нашим собственным наблюдениям, также не оказывает влияния на взаимное отношение обычных форм выделения метиленовой сини; что же касается производимого кровью и желчными пигментами затемнения цветной реакции на неизменную синь и хромоген, то оно легко устраняется предложенной Chauffard'ом прибавкой к моче насыщенного раствора свинцового сахара, в отношении 1 на 5 частей мочи. После всасывания и отстаивания такой смеси кровь, желчные, а также нормальные пигменты мочи осаждаются, и в просветленной моче, если она содержит метиленовую синь, ясно выступают характерные синие окрашивания.

Реакция мочи, повидному, также не влияет на преобладание в ней определенной формы выделения метиленовой сини, хотя, как было указано при общем обзоре литературы, мнения различных авторов относительно этого вопроса неодинаковы.

При выписывании метиленовой сини здоровым людям, при обычной кислой реакции свежесобранной мочи, по наблюдениям всех авторов, преобладающей формой выделения метиленовой сини является неизменная синь, хромоген же определяется обыкновенно в небольшом количестве, главным образом в первые и последние часы выделения, когда моча нередко содержит только хромоген.

В патологических случаях, при кислой реакции свежесобранной мочи, преобладающей формой выделения метиленовой сини является то хромоген, то неизменная синь, причем, как было указано выше, это непостоянство взаимного отношения обычных форм выделения метиленовой сини, судя по данным литературы и по нашим собственным наблюдениям, и вопреки мнению Achard'a и Castaigne, встречается при заболевании

почек так же часто, как и при заболѣваніяхъ другихъ органовъ.

При щелочной реакціи свѣже-собранной мочи у вполнѣ здоровыхъ людей, по наблюденію Gibert'a²⁴, и у больныхъ съ страданіями различныхъ органовъ, по наблюденіямъ Linossier и Barjon'a²⁵, преобладающей формой выдѣленія метиленовой сини является хромогенъ; указанные авторы даже высказали предположеніе что въ процессѣ перехода метиленовой сини въ хромогенъ щелочная реакція мочи играетъ первенствующую роль. Съ этимъ мнѣніемъ не согласны Achard и Castaigne²⁶, а также Albarran и Bernard, которые указываютъ, что они наблюдали случаи, гдѣ при щелочной реакціи мочи послѣдняя содержала въ себѣ значительное количество неизмѣненной сини и обратно—случаи съ большимъ содержаніемъ хромогена при кислой реакціи мочи.

Аналогичное явленіе приходилось неоднократно наблюдать и намъ, какъ это видно изъ наблюденій. Среди нихъ особенный интересъ въ этомъ отношеніи представляетъ наблюденіе № 40, относящееся къ женщинѣ съ рѣзко выраженными явленіями хроническаго диффузнаго нефрита. Въ первые дни наблюденія этой больной ея моча имѣла кислую реакцію и при впрыскиваніи метиленовой сини послѣдняя опредѣлялась почти исключительно въ формѣ неизмѣненной сини; съ назначеніемъ соды реакція мочи этой больной сдѣлалась щелочной, между тѣмъ какъ при новомъ впрыскиваніи метиленовой сини преобладающей формой выдѣленія попрежнему оставалась неизмѣненная синь. На основаніи подобнаго рода фактовъ можно думать, что реакція мочи оказываетъ лишь косвенное вліяніе на преобладаніе той или иной формы выдѣленія метиленовой сини. вѣроятно, играя роль фактора, способствующаго переходу ея въ хромогенъ; процессъ же перехода, вѣроятно, совершается подъ вліяніемъ восстанавливающихъ веществъ, содержащихся въ крови, въ различныхъ органахъ и въ мочѣ²⁷).

По крайней мѣрѣ in vitro, если прибавить къ кислой мочѣ, содержащей метиленовую синь, немного винограднаго сахара и прокипятить, то цвѣтъ мочи не измѣнится; если же къ той же мочѣ прибавить соды до щелочной реакціи, то при кипяченіи моча быстро обезцвѣчивается даже при минимальномъ количествѣ

²⁷) По Le Goffy и Tiegerstedt'y²⁸ нормальная моча всегда содержитъ нѣкоторое количество восстанавливающихъ веществъ (сахаръ, гликуроновая кислота и др.).

сахара. При кипяченіи мочи, содержащей метиленовую синь только съ содой обезцвѣчиванія не происходитъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда щелочная реакція мочи обуславливается броженіемъ ея, какъ это бываетъ при бактеріиныхъ циститахъ, пилэктахъ и т. п. заболѣваніяхъ, метиленовая синь выдѣляется почти исключительно въ обезцвѣченномъ состояніи—въ формѣ хромогена. При этомъ, какъ показали наблюденія Albarran'a и Bernard'a, моча въ подобныхъ случаяхъ содержитъ въ себѣ хромогенъ въ двухъ состояніяхъ: въ формѣ соединенія болѣе стойкаго, обнаруживаемаго только при кипяченіи мочи съ уксусной кислотой, молибденовымъ аммоніемъ и различными окисляющими веществами и въ формѣ менѣе стойкаго соединенія, для обнаруженія котораго достаточно избалтыванія съ воздухомъ.

Первая форма хромогена, обыкновенно, находится въ небольшомъ количествѣ; это тотъ хромогенъ, который содержится въ маломъ количествѣ въ мочѣ здоровыхъ людей и, иногда, является преобладающей формой выдѣленія сини у нефритиковъ: ее Albarran и Bernard называютъ хромогеномъ выдѣленія (chromogène d'élimination). Вторая форма, содержащаяся въ большомъ количествѣ въ забродившей мочѣ и совершенно не встрѣчающаяся у здоровыхъ людей, названа тѣмъ же авторами хромогеномъ броженія (chromogène de fermentation). На эту форму хромогена первый обратилъ вниманіе Charrin²⁹, замѣтившій, что свѣже-выпущенная моча, имѣвшая синюю окраску и оставленная въ пробиркѣ на воздухѣ, по мѣрѣ того какъ начинаетъ бродить обезцвѣчивается, а при избалтываніи съ воздухомъ опять становится синей. Объ этомъ явленіи упоминается почти у всѣхъ авторовъ и мы также многократно наблюдали его.

Съ цѣлью выяснитъ, подъ вліяніемъ какихъ бактерій можетъ совершаться переходъ сини въ нестойкій хромогенъ, мы взяли рядъ пробирокъ со стерильной мочей и рядъ пробирокъ со стерильнымъ бульономъ, подкрасили ихъ стерильнымъ растворомъ метиленовой сини и ввели какъ въ первую, такъ и во вторыя пробирки по петлѣ чистой культуры различныхъ бактерій: bacterii coli communis, bacilli typhi abdominalis, staphylococci albi, staphylococci aurei, bacilli pyocyanei, bacilli anthracis, streptococci pyogenis и micrococci ureae.

Всѣ пробирки были поставлены въ термостатъ при 37°C. и черезъ сутки уже всѣ онѣ, за исключеніемъ пробирокъ, заражен-

ных стрептококком, оказались обезцвеченными. Раньше других (через 10—12 ч.) оказались обезцвеченными пробирки, зараженные культурой *Bacilli pyocyaneae*, затем в последовательном порядке пробирки, зараженные культурой *bacterii coli communis*, *micrococci ureae*, *staphylococci albi et aureae*, *bacterii typhi* и позже всех (через 24 часа) *bacilli anthracis et streptococci*. Во всех пробирках обезцвечивание начиналось вместе с помутнением мочи или бульона, т.е. вместе с ростом бактерий, которая, впрочем, выделяют при этом какое-либо вещество, обладающее восстанавливающими свойствами и переводящее метиленовую синь в нестойкий хромоген.

В пользу этого говорит то обстоятельство, что в пробирках, зараженных *bacillo pyocyaneae*, культуры которого, как известно, обладают наибольшими восстанавливающими свойствами, обезцвечивание наступило значительно раньше, чем в пробирках, зараженных другими бактериями. Втроем же восстанавливающие вещества выделяются бактериями, растущими в моче у больных с бактериальным циститом или пиелитом, чем и обуславливается преобладание в ней нестойкого хромогена. В практическом отношении, этим свойством метиленовой сини Albarran и Bernard¹² предложили воспользоваться для диагностики односторонних пиелитов. Выпуская больным с односторонним пиелитом метиленовую синь и собирая мочу с помощью катетеров из каждого мочеоточника отдельно, они всякий раз наблюдали, что из мочеоточника, относящегося к пораженной почке, выделялась обезцвеченная моча, а из мочеоточника здоровой почки — окрашенная в синий цвет. Должно однако заметить, что для полного обезцвечивания мочи недостаточно одного присутствия в ней бактерий, а необходим рост их в моче, при котором они, впрочем, и вырабатывают свое восстанавливающее вещество. По крайней мере, изследова бактериологически мочу у больных с острым геморрагическим нефритом, мы имели возможность много раз убедиться в том, что моча у них нестерильна, между тем как она содержала в себе, как обычно, и неизмененную синь, и обыкновенный стойкий хромоген, и совсем не содержала хромогена брожения. Такая моча может однако обезцвечиться, если ее стерильно собрать в стерильную пробирку и поставить в термостат при 37° С., но только в том случае, если бактерии находясь в ней достаточно питательных веществ и не потеряли еще способности роста.

Интересный вопрос о том, в каком виде циркулирует метиленовая синь в организме до выделения ее почками, до сих пор еще недостаточно выяснен.

С большой однако вероятностью можно думать, что после всасывания она циркулирует в организме в форме какого-то безцветного соединения, может быть в форме хромогена или очень близкого к нему деривата. По крайней мере Albarran и Bernard¹¹, выпуская собаке 20 к. с 5%-ного раствора метиленовой сини и вызвав потом путем венеэксии достаточное количество крови, не нашли в ней, при разнообразной обработке (свертывание крови, кипячение ее с уксусной кислотой, извлечение ее хлороформом или амилловым алкоголем и т. п.) ни неизменной сини, ни того хромогена, который обычно определяется в моче. Только в одной порции крови, после обработки ее кипячением с уксусной кислотой, они наблюдали едва заметное синеватое окрашивание раствора, но спектроскопическое изследование его не дало, впрочем, характерных для метиленовой сини полос поглощения.

Основываясь на этом наблюдении можно было бы подумать, что метиленовая синь после всасывания быстро переходит в почки и, может быть, в другие органы, и почти совершенно исчезает из крови; однако другой опыт тех же авторов говорит против такого заключения. Именно, они выпустили собаке 1 к. с 5%-ного раствора метиленовой сини, и когда она стала выделять мочей эту краску, Albarran и Bernard сделали ей венеэксию и 40 к. с добитой сыворотки выпустили другую, контрольную собаку; через 1 час в моче этой собаки также появилась метиленовая синь. Эти опыты с несомнительностью указывают, что метиленовая синь после выпуска в организм не циркулирует в крови в форме какого-то безцветного соединения, для открытия которого, очевидно, недостаточно обычно применяемых реактивов. Первая стадия перехода метиленовой сини в безцветное состояние, надо полагать, совершается уже в момент всасывания ее, впрочем под влиянием восстанавливающих свойств живой протоплазмы. За это говорит общезвестное наблюдение, что окраска метиленовой синью свежих препаратов из тканей недавно убитого животного, когда клеточные элементы еще живы, отличается своей нестойкостью и гораздо скорее обезцвечивается, чем препараты из мертвых тканей; это подтверждается также и тем, что при вскрытии животных,

которым была введена метиленовая синь подкожно, внутривенно или *per os*, србы из органов их представляют лишь очень слабо окрашенными, тогда как при обработке их окисляющими веществами (слабым раствором уксусной кислоты, 5 или 10%-м раствором молибденового аммония) и даже при встраивании в воздух, препараты становятся ясно окрашенными в синий цвет. Интересно при этом отметить, что через некоторое время после действия на препарат слабого окислителя (как, напр., воздух) он довольно скоро опять обесцвечивается и вновь окрашивается при обработке окислителем *). Наконец, как показали опыты Achard'a и Castaigne⁴, даже соприкосновение сини с живой клеткой достаточно для обесцвечивания их. Авторы вырыскивали в полость брюшины кроликов небольшое количество слабого раствора метиленовой сини и, добывая ее через некоторое время посредством пункций обратно, всякий раз находили раствор обесцвеченным, но способным вновь окрашиваться при взбалтывании с воздухом или при кипячении с уксусной кислотой.

Все эти факты с несомненностью указывают на то, что животная клетка, особенно живая, обладает способностью обесцвечивать, т. е. восстанавливать метиленовую синь, причем, как показали нам наши наблюдения, эта способность находится в известных пределах, так как, впрыскивая кроликам подкожно большие дозы (5 к. с. 5% раствора) метиленовой сини, мы находили довольно интенсивную синюю окраску тех органов (печень, почки, легкия), которые при введении небольших доз краски (1 к. с. 5% раствора), без соответствующей обработки, представлялись почти бесцветными. Интересно при этом, что восстановленная животной клеткой метиленовая синь по своему отношению к воздуху и к окислителям вполне соответствует тому нестойкому хромогену, в который переходит метиленовая синь под влиянием бактерий. Вбрюжно в результате жизнедеятельности как животной клетки, так и бактерий вырабатываются вещества, обладающие довольно сильными восстанавливающими свойствами, при соприкосновении с которыми метиленовая синь переходит в нестойкое бесцветное соединение, в так называемый хромоген брожения.

Поступая в кровь, этот хромоген претерпевает следующую стадию изменения и, как показали цитированные выше опыты

*) В гистологической технике выработано даже целый ряд методов для фиксации окраски метиленовой синью препаратов из органов животных, которым предварительно была введена синь. Укажем, например, на метод, предложенный проф. Догелем.

Albarran'a и Bernard'a, циркулирует в ней в форме какого-то более стойкого бесцветного соединения, не обнаруживаемого обычными реактивами, переходя же из почки в мочу, испытывает в ней (вбрютно, под влиянием окисляющих и восстанавливающих веществ мочи) последнюю стадию изменений, в результате которых являются два конечных продукта: так называемая свободная или неизменная синь (*bleu en liberté*) и стойкий хромоген (*chromogène d'élimination*).

Некоторые авторы (как, напр., Achard и Castaigne²) думают, впрочем, что оба упомянутые выше конечные продукты выделения сини являются в мочу в результате действия на метиленовую синь выделительного аппарата почек, а Bard и Bonnet¹⁹ высказывают даже предположение, что хромоген, обладающий якобы большей диффузионной способностью *), выделяется в мочу клубочками почек, а неизменная синь — эпителием называемых канальцев. Однако предположение это не проходит себя подтверждения во клинических наблюдениях, произведенных гистологическим исследованием почек; нам неоднократно приходилось наблюдать случаи (см., напр., № 54), где при значительных изменениях в клубочках выделение метиленовой сини совершалось почти исключительно в форме хромогена, и обратно, случаи с значительным изменением названных канальцев при хорошо сохранившихся клубочках, где преобладающей формой выделения сини была почти исключительно неизменная синь (см. наблюд. № 60). Кроме того известно факт, что у некоторых животных (как, напр., у кроликов) при совершенно здоровых почках метиленовая синь выделяется почти исключительно в форме хромогена, между тем как следуя почки кроликов, убитых через некоторое время после впрыскивания метиленовой сини, мы всегда находили последнюю главным образом в эпителии называемых канальцев и очень немного в эпителии капсулы клубочков.

Гораздо вбрютно, кажется нам, предполагать, что обе формы выделения метиленовой сини образуются уже по выходе

*) Заключение авторов о большей диффузионной способности хромогена основывается на том, что хромоген появляется в мочу раньше, чем неизменная синь, но они не привели в расчет, что в громадном большинстве случаев как у здоровых людей, так и у больных в конце выделения метиленовой сини она определяется в мочу только в форме хромогена. Если бы диффузионная способность последнего была действительно выше таковой же способности неизменной сини, то следовало бы ждать ее большей вбрютностью, что хромоген не только раньше появится в мочу, но и раньше выделится из организма, чего не наблюдается в действительности.

из почек в мочу, под влиянием того или иного состава ее, колебанием которого можно было бы объяснить и ту разницу, которая наблюдается между количеством выделяющихся неизменяемой сини и хромогена не только у различных лиц, почки которых совершенно здоровы, но и у одного и того же субъекта в различные часы дня. Правда, на основании анализов мочи, произведенных нами у многих больных, равно как и на основании анализов, произведенных другими авторами (как, напр., Achard и Castaigne, Albarran и Bernard, Bard и Bonnet и мног. др.) трудно подметить какую-нибудь прямую связь между качественным составом мочи и степенью преобладания в ней той или иной формы выделения метиленовой сини, но, может быть, причина заключается в том, что в обычно практикуемые анализы мочи не входят определение таких веществ, как, напр., гликуроновая кислота, пентозы и другие мало еще изученные вещества, находящиеся в мочи в небольших количествах, и определение которых представляет большую техническую трудность.

Конечно, высказывая такое предположение, мы вовсе не отрицаем влияния деятельности почек на происхождение обычных форм выделения метиленовой сини, но нам кажется, что влияние это не прямое и что выработка конечных продуктов выделения ее зависит от состояния почек постольку, поскольку деятельность последних влияет на состав мочи и особенно на содержание в ней тех веществ, которые обладают возстапавливающими и окисляющими свойствами.

Выше мы уже говорили, что метиленовая синь при подкожном введении, по крайней мере в обычно практикуемой дозе (1 к. с. 5%-го раствора), выделяется исключительно почками. *Вся ли краска выделяется при этом, и если не вся, то какая часть и в одинаковом ли количестве при различных условиях деятельности почек?* Несмотря на произведенные в этом направлении исследования, мы не имеем до сих пор достаточно убедительного и точного ответа на эти вопросы, главным образом вследствие отсутствия точного метода количественного определения метиленовой сини в моче.

Achard и Castaigne, как мы уже указывали, воспользовались для этой цели видоизмененным ими способом Le Goffa, предложившего в 1897 г. новый способ количественного определения в моче сахара посредством титрования определенным

раствором метиленовой сини в присутствии щелочи. Achard и Castaigne предлагают обратно: титровать находящуюся в моче метиленовую синь определенным раствором виноградного сахара в присутствии щелочи. Определение метиленовой сини ведется по их методу следующим образом: из определенного количества мочи, собранной за все время, пока пациент выделяет метиленовую синь, извлекается посредством взбалтывания с хлороформом сначала неизменяемая метиленовая синь, а затем после перевода хромогена в метиленовую синь извлекается таким же образом и хромоген. Хлороформная вытяжка сливается в фарфоровую чашку, хлороформ при слабом подогревании отгоняется, остаток же извлекается водой и получившийся при этом синеватый раствор сливается в небольшую колбочку, куда приливается также определенное количество раствора 1-й кислоты и нагревают до кипения в водяной бане. Когда раствор начинает кипеть, его титруют из бюретки слабым раствором виноградного сахара, который приливается в колбочку до тех пор, пока раствор не обезцветится совершенно. Тогда, зная, сколько mgrm-ов метиленовой сини возстапавливает 1 к. с. виноградного сахара, определяют по количеству израсходованного сахара количество метиленовой сини, находившейся во взятой порции мочи, а затем и во всей моче.

Другой способ, которым пользовались для той же цели те же авторы — колориметрический; при нем количество выделенной с мочой метиленовой сини определяется путем сравнения окраски мочи сильно (или растворенного в воду остатка хлороформной вытяжки) с заранее заготовленными образцами различной концентрации растворов метиленовой сини с определенным содержанием этой краски. Определяют по этим методам количество метиленовой сини, выделяемой мочей у различных больных. Achard и Castaigne⁴ в одной из своих работ приводят цифры, указывающие на количественные отношения между неизменяемой синью и хромогеном при различных состояниях функций почек.

Однако эти цифры не могут иметь серьезного значения. Наши собственные попытки воспользоваться первым способом показали, что при кипячении (особенно при продолжительном) подделоченного водного раствора остатка хлороформной вытяжки обезцвечивание раствора наступало нередко еще до титрования его раствором сахара, а в некоторых случаях, особенно при насыщенной моче, замечалось даже обезцвечивание неподделочен-

ной хлороформной вытяжки. Очевидно, явление это нужно объяснить тем, что хлороформ, извлекая из мочи метиленовую синь, в то же время извлекает из нее и те вещества, которые обладают способностью восстанавливать метиленовую синь и которая по Le-Goffy, Tigerstedt'у и др. находится во всякой моче и прежде во значительном количестве. Что касается второго способа — колориметрического, то его существенный недостаток заключается в его зависимости от чисто субъективной способности сравнивать и различать довольно тонкие цветные оттенки, причем возможность ошибки увеличивается еще оттого, что приходится сравнивать водные контрольные растворы краски с растворами ее в моче, изменяющей цвет краски, благодаря присутствию в ней собственных пигментов. В виду этого Achard впоследствии предложил воспользоваться методом, который был применен Dreyfuss'ом⁴⁵⁾ для количественного определения розанилина в моче. При этом способе, также колориметрическом, определение ведется следующим образом: собирают у исследуемого субъекта мочу до выписывания метиленовой сини, затем берут в отдельные сосуды одинаковые количества той и другой мочи и в первый прибавляют из бюретки определенный раствор метиленовой сини до тех пор, пока цвет обоих образцов мочи сдвигается одинаково; тогда по количеству прибавленной к первой порции мочи метиленовой сини судят о количестве сини во второй порции. Но не говоря уже о том, что цвет мочи меняется у одного и того же субъекта не только в различные дни, но даже в различные часы одних суток, вследствие чего цветные оттенки, зависящие от содержания пигментов в обоих образцах мочи, могут не совпадать, необходимо также принять во внимание, что при определении хромогена мочу нужно подвергнуть обработке (кипячение с уксусной кислотой), которая также влияет на окраску мочи, благодаря чему точность этого метода становится также весьма сомнительной. Все же, допуская известное относительное значение для колориметрических способов количественного определения метиленовой сини в моче, можно на основании исследований Achard'a и Castaigne заключить, во-1-х, что метиленовая синь даже у здоровых людей выделяется мочой или не вся, или что недостающая часть ее выделяется мочой в форме такого соединения, для открытия которого мы не знаем еще соответствующих реактивов, и во-2-х, что у нефритиков метиленовая синь выделяется в меньшем количестве, чем у здоровых.

Верьность первого предположения подтверждается отчасти тем, что в литературе приводится описание случаев⁴⁶⁾, где у лиц с ничтожными почечными расстройствами метиленовая синь выделялась лишь следами и в течение очень немногих часов, отчасти упомянутым выше опытом Albarran'a и Bernard'a, которым не удалось обнаружить в крови собаки выписнутой ей метиленовой сини, хотя последние несомненно находились в крови. Второе заключение представляется нам менее верным. Действительно, в моче нефритиков, особенно в тяжелых случаях интересиального нефрита, метиленовая синь выделяется небольшими количествами, но зато этот недостаток компенсируется значительно увеличенной продолжительностью выделения; кроме того, в подобных случаях, в конце выделения, иногда в течение 1—2 суток, метиленовая синь содержится в моче в ничтожных количествах, в виде следов, которые, как мы неоднократно убеждались, обнаруживаются только после выпаривания мочи вдвое и обработки ее свинцовым сахаром (для удаления мочевых пигментов), между тем как в работ Achard'a и Castaigne мы не встречаем упоминания о принятии этой меры предосторожности. Если ко всему этому прибавить, что авторы не указывают, как велико было число произведенных ими исследований, то становится ясным, что вопрос о количестве метиленовой сини, выделяющейся почками при различных условиях для их функции, останется открытым до тех пор, когда будут найдены более точные и верные способы количественного определения этой краски в моче. Конечно, отсутствие его значительно понижает научную ценность данного Achard'ом и Castaigne метода определения „проходимости почек“, хотя, с другой стороны, невозможность точного количественного определения, напротив, в значительной степени способствовала более тщательному изучению других моментов выделения метиленовой сини, как начало выделения, кривая выделения, maximum, продолжительность выделения, вследствие чего не только компенсирован до некоторой степени упомянутый недостаток метода, но и сообщена давняя ему популярность простота.

⁴⁵⁾ Такие случаи можно найти почти в каждой работе, пропавшей или на большем материале (напр. у Achard'a и Castaigne¹, см. также наше издание № 74).

ГЛАВА III.

Техника исследования и постановка наблюдений.

Переходя к изложению собственных наблюдений относительно выделения метиленовой сини при различных условиях для функции почек, считаем необходимым предпослать им некоторые указания относительно техники применявшегося нами метода и относительно общей постановки наших наблюдений.

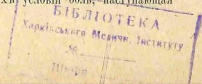
Стараясь в отношении техники исследования по возможности ближе следовать тем указаниям, которые были даны на этот счет в работах Achard'a и Castaigne'я (о них мы упоминали при общем обзоре литературы), мы однако уже на первых порах должны были остановиться перед вопросом, какою из множества существующих в продаже марок метиленовой сини пользоваться для своих наблюдений.

Как мы указывали уже раньше, Achard и Castaigne ни в одной из своих работ не приводят точного обозначения той марки метиленовой сини, выписывания которой они применяли сами; они не считают также необходимым пользоваться химически-чистой метиленовой синью или какою-либо определенной маркой ее, а требуют только, чтобы выписываемая краска была действительно метиленовая синь, и для отличия ее от других синних красок, как было указано выше, предлагают воспользоваться спектроскопическим исследованием. При последнем метиленовая синь, в отличие от других красок, дает в слабых растворах одну полосу поглощения между линиями В и С, а в более крепких две полосы поглощения между линиями С и D. Так как подобным спектроскопическим свойствам, как показали нам наши исследования, обладает целый ряд имеющихся в продаже марок метиленовой сини (химически-чистая, марки В, 2В, ВЕ, ВГ и метиленовая синь Grüber'a), то мы решили вначале пользоваться химически-чистой метиленовой синью Merck'a, которую выписывали в толщу ягодичных мышц в количестве 1 к. с. 5% водного раствора.

Однако уже после первых проб, произведенных на самом себе и на некоторых пациентах, нам пришлось отказаться от употребления этой краски, отчасти в виду сильной и продолжительной болезненности после выписывания ее, отчасти потому, что продолжительность выделения ее у здоровых людей оказалась значительно превышающей ту продолжительность выделения, которая была найдена у здоровых людей Achard'ом и Castaigne. Испробовав затем выписывания метиленовой сини марок В, 2В и метиленовой сини фирмы Grüber'a (из Leipzig'), мы остановились на последней, так как выписывания этой краски оказались наименее болезненными и так как продолжительность выделения ее ближе всего подходила к таковой же по исследованьям Achard'a и Castaigne.

Указанную краску мы применяли также в 5% водном растворе, приготовляя последний из фарфоровой чашки постепенным прибавлением небольших количеств краски в нагретой до кипения дистиллированной воды, при постоянном энергичном помешивании. Горячий раствор фильтровался затем через обыкновенный бумажный фильтр, собирався в банку с притертой пробкой и стерилизовался в Ковховском аппарате. Хотя, при многократных бактериоскопических и бактериологических исследованиях приготовленных таким образом растворов, мы ни разу не могли обнаружить в них присутствия бактерий, все же, для большей осторожности, непосредственно перед выписыванием небольшое количество раствора кипятилось в стерилизованной пробирке, откуда, по охлаждении, раствор набирался в стерилизованный шприц.

Выписывания, в количестве 1 к. с., производились в толщу ягодичных мышц, отступая на 3—4 с. вниз от середины гребня подвздошной кости, причем кожа на месте выписывания предварительно обмывалась водой с мылом, а затем смесью спирта с эфиром. У больных с значительными отеками кожа на месте выписывания подвергалась предварительно легкому массажу для удаления избытка отечной жидкости. Как показали наши наблюдения, при выписывании необходимо заботиться, чтобы игла шприца была достаточно остра (лучше мять ее после каждого 3—4 выписывания), чтобы вколоть ее производился быстрым коротким ударом, в направлении, перпендикулярном к поверхности кожи, и чтобы самое выписывание производилось не слишком скоро. При соблюдении этих условий боль, наступающая



вскорѣ послѣ выпрыскиванія краски, значительно меньше. Впрочемъ, по отношенію къ интенсивности боли, должно замѣтить, что она зависитъ, видимо, не только отъ свойствъ самой краски и техники выпрыскиванія, но также и отъ чисто индивидуальной способности къ поспрѣтію болевыхъ ощущеній. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ боль послѣ выпрыскиванія была невелика и непродолжительна, у цѣлага ряда больныхъ она даже совершенно отсутствовала и только въ рѣдкихъ случаяхъ она настолько беспокоила больныхъ, что для уменьшенія ея приходило прибѣгать къ назначенію на мѣсто выпрыскиванія смоченнаго въ горячей водѣ полотенца или къ назначенію общей теплой ванны ^{*)}. Въ подобныхъ случаяхъ при необходимости повторныхъ исследований мы прибѣгали къ выпрыскиванію метиленовой сини съ солянокислымъ кокаиномъ, который прибавлялся въ количествѣ 1 грамма на 100 к. с. раствора краски.

Примѣнявшійся нами методъ изслѣдованія выдѣленія метиленовой сини былъ по преимуществу *колориметрической* о ходѣ выдѣленія ея мы судили по появленію и колебанію вызываемой ею специфической окраскѣ мочи.

Присутствіе въ мочѣ такъ называемой неизмѣнной сини опредѣлялось или на глазъ, или посредствомъ избалтыванія мочи съ небольшимъ количествомъ хлороформа или амилваго шифта, причемъ въ тѣхъ случаяхъ, когда моча содержала много собственныхъ желчныхъ или кровяныхъ пигментовъ, присутствіе которыхъ маскируетъ окраску мочи метиленовой синью, мы всегда прибѣгали къ предварительной обработкѣ ея уксусноосвинцовой смѣсью, состоящей изъ равныхъ частей насыщенныхъ растворовъ *plumbi acetici basici* и *plumbi acetici neutralis*. Взабалтывая мочу съ этой смѣсью, которая прибавлялась въ количествѣ 1 на 5 или 1 на 10 частей изслѣдуемой мочи и давъ отстояться послѣдней отъ образующагося при этомъ осадка, мы достигали обыкновенно полного осажденія указанныхъ пигментовъ, благодаря чему окраска мочи метиленовой синью, даже при ничтожномъ содержаніи по-

^{*)} Боль послѣ выпрыскиванія метиленовой сини, по наблюденіямъ на самомъ себѣ, появляется черезъ 3—4 минуты; черезъ 15—20 мин. достигаетъ наибольшей силы, затѣмъ быстро уменьшается, такъ что черезъ 1 часъ она уже незначительна, но еще обостряется при ходьбѣ, а черезъ 10—12 час. исчезаетъ совершенно. Она имѣетъ характеръ тупой, жгучей боли, распространяющейся по ходу н. ischiadicae соответствующей ногѣ и сопровождается легкими явлениями парестезіи (онѣмѣніе, покалываніе).

слѣдней, становилась ясно замѣтной на глазъ. Необходимо извѣщать при этомъ фильтрованія мочи, въ виду того, что метиленовая синь задерживается фильтромъ, а такъ какъ, при отстаиваніи, осадокъ иногда осаждался и на стѣнкахъ пробирки, благодаря чему уменьшается прозрачность ея, то лучше отстоявшуюся жидкость перенести посредствомъ пипетки въ чистую пробирку.

Если указанного выше количества раствора уксусноосвинцовой смѣси оказывалось недостаточно для полного осажденія пигментовъ, то, во избѣжаніе значительнаго разбавленія мочи, мы прибавляли къ ней, кромѣ раствора уксусноосвинцовой смѣси, еще небольшое количество той же смѣси въ порошокъ.

Для открытія въ мочѣ хромогена мы пользовались или простымъ кипяченіемъ ея, или кипяченіемъ ея съ несколькими каплями 10%'-наго раствора уксусной кислоты, или кипяченіемъ съ нѣсколькими каплями 10%'-наго раствора молибденоваго аммония. При кипяченіи необходимо возможно чаще взбалтывать мочу, такъ какъ при этомъ, аэролітно благодаря окисляющему дѣйствию кислорода воздуха, переходя безцвѣтнаго хромогена въ метиленовую синь (или въ обладающій такими же красящими свойствами дериватъ ея) происходитъ значительно быстрее и полнѣе.

Наиболѣе вѣрные результаты получаются при кипяченіи мочи съ уксусной кислотой; но иногда, особенно для обнаруженія слѣдовъ хромогена въ мочѣ, приходится послѣдовательно примѣнять всѣ 3 способа ^{*)}.

Для открытія хромогена въ мочѣ съ большимъ содержаніемъ пигментовъ необходимо, послѣ кипяченія ея съ указанными реактивами или безъ нихъ, обработать уксусноосвинцовой смѣсью; для открытія же хромогена въ очень разведенной мочѣ, какъ это бываетъ при діурезѣ, значительно превышающемъ норму, необходимо мочу при кипяченіи сгустить въ 2—3 раза.

Если моча, какъ это обыкновенно бываетъ, содержитъ одновременно и неизмѣненную синь, и хромогенъ, то для открытія послѣдняго мы или сначала извлекали изъ мочи неизмѣненную синь (избалтываемъ съ хлороформомъ), а потомъ кипятили ее

^{*)} Въ общемъ, какъ показали наши наблюденія, для открытія хромогена въ мочѣ съ кислой реакціей и небольшимъ содержаніемъ пигментовъ, лучше употребляетъ кипяченіе съ молибденовымъ аммоніемъ; при большомъ содержаніи пигментовъ и кислой реакціи мочи лучшие результаты получаются при кипяченіи съ уксусной кислотой; при нейтральной же или слабо-кислой реакціи мочи часто достаточно примѣненія простого кипяченія.

сь уксусной кислотой или съ молибденовымъ аммоніемъ, или же судили о присутствіи въ мочѣ хромогена по разницѣ въ окраскѣ мочи до кипяченія и послѣ него.

Для того, чтобы возможно точнѣе прослѣдить за ходомъ выдѣленія метиленовой сины, мы старались во всѣхъ изслѣдованныхъ нами случаяхъ опредѣлять слѣдующіе моменты выдѣленія ея: начало выдѣленія неизмѣнной сины и хромогена, время появленія и интенсивность максимальной окраски мочи неизмѣненной синью и хромогеномъ отдѣльно и обоими вмѣстѣ (общій максимумъ), дальѣ характеръ кривой выдѣленія и продолжительность выдѣленія какъ неизмѣнной сины, такъ и хромогена. Съ этой цѣлью каждому больному непосредственно передъ впрыскиваніемъ метиленовой сины предлагалось освободить мочевой пузырь отъ мочи, а послѣ впрыскиванія моча собиралась въ отдѣльные стаканы вначалѣ черезъ каждыя $\frac{1}{2}$ часа, до тѣхъ поръ, пока не обнаруживались первые слѣды неизмѣненной сины и хромогена, затѣмъ каждый часъ до появленія общей максимальной окраски (неизмѣнной синью и хромогеномъ), послѣ чего, днемъ, моча собиралась черезъ каждыя 2 часа, а ночью черезъ 3 часа, до тѣхъ поръ, пока 2 или 3 послѣднія порціи мочи совершенно *) не содержали ни неизмѣнной сины, ни хромогена. Всѣ дневныя порціи мочи изслѣдовались или точчасъ, или вскорѣ послѣ получения ихъ, ночныя же порціи изслѣдовались утромъ на слѣдующій день, причемъ для того, чтобы предохранить мочу отъ броженія, мы бросали въ каждый стаканъ кристаллы тимола.

Результаты изслѣдованія каждой порціи мочи записывались въ книгу, гдѣ различныя отбѣнки окраски мочи синью отмѣчались словами: сильно, умеренно, слабо, слѣды, и кромѣ того отъ каждой порціи мочи сохранялись, до окончанія изслѣдованія, пробирки съ мочей, служившія образцами окраски ея одной, неизмѣнной синью, однимъ хромогеномъ и обоими вмѣстѣ. Причемъ для тѣхъ порцій мочи, которыя содержали только одну неизмѣненную синь или только одинъ хромогенъ, сохранялась одна пробирка, а для порцій содержавшихъ обѣ формы выдѣленія метиленовой сины, со-

*) Въ громадномъ большинствѣ случаевъ такой порядкомъ собираній мочи удавалось исполнить, иногда мы даже имѣли возможность получать первыя 2—3 порціи мочи черезъ каждыя 15—20 минутъ, но у нѣкоторыхъ больныхъ (преимущественно тяжелыхъ) первую порцію мочи удавалось получить лишь по истеченіи 1 и даже 2 часовъ; наконецъ, въ 1 случаѣ нѣкоторыя порціи мочи были добыты съ помощью катетера.

хранялись 3 пробирки, изъ которыхъ одна указывала на окраску этой мочи только одной неизмѣненной синью, другая—на окраску ея въ зависимости отъ одного хромогена (послѣ извлеченія неизмѣнной сины хлороформомъ), третья—на общую окраску ея (неизмѣненная синь + хромогенъ).

Такъ какъ извлеченіе сины хлороформомъ требуетъ много времени, то иногда мы сохраняли отъ каждой порціи мочи, содержавшей обѣ формы выдѣленія, только 2 пробирки—одну для неизмѣнной сины и одну для неизмѣнной сины + хромогенъ, такъ какъ по разницѣ въ окраскѣ ихъ можно составить довольно вѣрное представленіе о содержаніи въ данной порціи хромогена. Наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда полученная порція содержала немного мочи, намъ приходилось оставлять только одну пробирку ея, указывавшую на окраску мочи неизмѣнной синью + хромогеномъ. Въ каждую пробирку бросались кристаллы тимола для предохраненія мочи отъ броженія.

Такимъ образомъ къ концу изслѣдованія получалась цѣлая рядъ пробирокъ-образцовъ, которыя давали наглядное представленіе о всемъ ходѣ выдѣленія метиленовой сины, и по которымъ мы опредѣляли такъ называемую кривую выдѣленія для неизмѣнной сины, для хромогена и для обоихъ вмѣстѣ. Вначалѣ мы характеризовали различныя кривыя терминами: правильная или неправильная, причемъ правильной кривой называли такой ходъ выдѣленія, когда окраска мочи постепенно увеличивалась отъ начала выдѣленія до появленія максимумъа, а затѣмъ такъ же постепенно уменьшалась до конца выдѣленія; неправильной же кривой мы называли такой ходъ выдѣленія, когда интенсивность окраски мочи метиленовой синью болѣе или менѣе часто колебалась, то увеличивалась, то уменьшалась. Въслѣдствіи, когда появилась работа Chauffard'a ¹⁰⁾, установившаго различныя типы кривыхъ выдѣленія метиленовой сины, мы для обозначенія ихъ стали пользоваться терминами, данными этимъ авторомъ (см. стр. 32) и вошедшими теперь въ общее употребленіе. Впрочемъ, считаемъ нужнымъ оговориться, что установленныя Chauffard'омъ типы кривыхъ въ чистомъ видѣ встрѣчаются рѣдко, почему, обозначая данную кривую тѣмъ или инымъ терминомъ, мы хотѣли этимъ указать только на наибольшее сходство, но не на полное соотвѣтствіе между данной кривой и тѣмъ или инымъ изъ установленныхъ Chauffard'омъ типовъ.

При опредѣленіи максимумъа выдѣленія метиленовой сины мы

отмечали время появления и интенсивность его. Последняя определялась путем сравнения максимальной окраски мочи с окраской заранее заготовленных растворов метиленовой сини различной, но определенной яркости (1 на 10000; 1 на 20000 и т. д.), и при обозначении интенсивности мы отмечали ее цифрой, указывавшей на яркость того раствора-образца, окраска которого ближе всего подходила к окраске исследуемой мочи *).

Вначале мы пользовались большим количеством образцов, но это представляло известные неудобства, так как при слабых растворах метиленовой сини, исследуемых к тому же в тонком слое (в пробирках), разница в оттенках цвета их улавливается с трудом, даже при большой разнице в яркости сравниваемых растворов. Поэтому, в конце концов мы стали пользоваться только 4-мя образцами — следующими растворами метиленовой сини: 1 на 50000; 1 на 90000; 1 на 200000 и 1 на 500000; разница в цвете этих образцов отчетлива и к цвету их, как показали нам опыты, ближе всего подходит к колебаниям в интенсивности maximum'a, которая приходится встречаться на практике. Для упрощения же записи мы обозначали образец с раствором 1 на 50000 цифрой IV, образец 1 на 90000 — III, образец 1 на 200000 — II и образец 1 на 500000 — I; если же интенсивность maximum'a была ниже раствора 1 на 500000, то мы обозначали ее словом — следы.

В тех случаях, когда количество мочи за первые сутки после выписывания было значительно ниже или выше нормальных 1500 к. с., та порция мочи, в которой определялся maximum, или разводилась водой, или выпаривалась настолько, насколько указанное суточное количество мочи было ниже или выше 1500 к. с., причем принимались в расчет только грубые отклонения от нормы, не mehr как около 500 к. с. Так, например, при суточном количестве мочи, равном 2000, исследуемая порция мочи выпаривалась до уменьшения ее объема

*) Так как при определении максимальной окраски мочи, содержащей много пигментов, необходимо подвергнуть ее обработке уксусоэвниновой смесью, отчетный оттенок окраски меняется, то мы делали 2 вида образцов: различные растворы метиленовой сини: один был приготовлен растворением этой краски в воде, другие — в нормальной моче; первыми мы пользовались в тех случаях, когда исследуемая моча подвергалась обработке уксусоэвниновой смесью, вторыми, когда эта обработка не применялась.

на $\frac{1}{4}$ его, при суточном количестве, равном 2500, она выпаривалась до уменьшения ее объема на $\frac{2}{3}$, если же суточное количество мочи было ниже нормы, например, если оно равнялось 1000 к. с., то исследуемая моча разбавлялась водой до увеличения ее объема на $\frac{1}{2}$ и т. д. Небольшие отклонения в 100—200 к. с. не принимались в расчет, так как иначе пришлось бы выпарить или развести мочу водой так мало, что разница в окраске ее до и после выпаривания или разведения вряд ли была бы заметной для глаза. Поэтому, при расчете, насколько нужно выпарить или развести данную мочу, мы принимали цифры суточного количества в 2100; 2200 за 2000, цифры в 2300, 2400 за 2500 к. с. и т. д.

Конечно, такой способ определения интенсивности maximum'a не может претендовать на большую точность, но все же он дает более объективное представление о наблюдавшейся в том или ином случае интенсивности maximum'a, чем обычно употребляемые для этой цели термины авторов: сильный, укрепленный, слабый maximum *).

При определении продолжительности выделения метиленовой сини мы обращали особенное внимание на определение в моче следов как неизменной сини, так и хромогена, для чего часто прибегали к выпариванию и обработке уксусоэвниновой смесью последних порций мочи.

Кроме определения отдельных моментов выделения метиленовой сини, при каждом наблюдении определялся также общий итог количества мочи, полученной за время от начала до конца выделения метиленовой сини.

Значительное большинство наших исследований было произведено на стационарных больных С.-Петербургской городской больницы Св. Марии Магдалины; некоторые исследования были произведены на больных факультетской терапевтической клиники Женского Медицинского Института и несколько исследований было сделано на самом себе. У каждого пациента исследование выделения ме-

*) Кроме определения интенсивности maximum'a в каждой случае отмечалась также продолжительность общего maximum'a (M + Chr), которая во многих случаях оказалась одной из наиболее характерных особенностей кривой выделения.

метиленовой сини производилось 1 раз или повторно в различные периоды клинического наблюдения, продолжавшегося в отдельных случаях от нескольких дней и недель до нескольких месяцев и даже свыше 1 года.

Так как главная цель наших исследований заключалась в изучении влияния на выделение метиленовой сини различных состояний функции почек, то при выборе материала и при клиническом наблюдении больных особенное внимание обращалось на определение функции почек по свойствам мочи и по симптомам заболевания. Поэтому у каждого больного, в течение всего наблюдения, ежедневно определялись, со стороны мочи: цвет, суточное количество, реакция, удельный вес, и в соответствующих случаях содержание бляка (Esbach) и сахара. Повторно производилось микроскопическое исследование мочевого осадка, добытого путем отстаивания или центрифугой. У многих больных, чаще всего в день, предшествовавший выписыванию метиленовой сини, определялись суточные количества мочевины и фосфатов, а у больных наблюдавшихся в клиник было производимо количественное определение азота, мочевины, мочевой кислоты, хлоридов, фосфатов и свободной кислоты. В тех случаях, где определялись суточные количества только мочевины и фосфатов, определение мочевины производилось по способу Liebig'a (с поправкой), а определение фосфатов посредством титрования ураном; при более полном анализе азот определялся по способу Kjeldahl'a или Бородина, мочевина по способу Бородина, хлориды по способу Volhardt'a, а свободная и мочевая кислоты всевозможным способом.

У 16 больных моча была исследована бактериологически, причем у женщин моча для прививки бралась посредством стерилизованного стеклянного катетера, а у мужчин по способу Engel'a: тщательно обмыв glans penis мылом и раствором едкого, больному предлагали выпустить сильной струей первые 150—200 к. с мочи, следующие же порции собирались в одну, две или три стерилизованных колбочки и из последней брали мочу, для посева, посредством стерилизованных Пастеровских пипеток. Запаянный кончик пипетки проводился предварительно через огонь и отламывался затупив стерилизованным пинцетом. Посев производился в 2 пробирки с бульоном (по 1 к. с мочи в каждую) и кроме того из 1-го к. с мочи производи-

лась разливка на агар-агар или на желатину. Пробирки с бульоном и чашечки с агар-агаром ставились в термостат и результат считался положительным, если рост бактерий определялся в двух бульонах или в одном бульоне и на агар-агаре или желатине. У каждого больного бактериологическое исследование мочи производилось не менее 2-х раз, чаще же повторно от 3-х до 6 раз.

Почти у всех больных производилось повторно, иногда ежедневно, в продолжение нескольких дней или недель, определение кровяного давления посредством аппарата Potain'a и наконец у некоторых, благодаря любезной помощи М. К. Эрпротъ и д-ра А. И. Мерца, было произведено исследование глазного дна.

Всех исследований выделения метиленовой сини было произведено 112 у 80 лиц, среди которых 6 в дни исследования пользовались полным здоровьем (I группа наблюдений), у 12 наблюдалась альбуминурия при явлениях общего расстройства кровообращения (II группа наблюд.), у 10 заболевание протекало при явлениях острого паренхиматозного нефрита (III группа наблюд.), у 10 — при явлениях острого геморрагического нефрита (IV группа наблюд.), у 10 — при явлениях хронического паренхиматозного (диффузного) нефрита (V группа наблюд.), у 11 — при явлениях хронического интерстициального атрофического нефрита (VI группа наблюд.), у 6 наблюдались явления амилоидоза почек (VII группа наблюд.) и у 15 лиц заболевание протекало при патологических явлениях со стороны различных органов в присутствии незначительных явлений расстройства функции почек или без таковых вовсе (VIII группа наблюд.).

В 29 случаях мы имели возможность проверить клиническое наблюдение вскрытием, причем во всех таких случаях почки были тщательно исследованы, как макроскопически (осмотр, взвешивание), так и микроскопически (в свежем состоянии и на срезах из уплотненных кусочков). Уплотнение производилось в спирт, Мюллеровской жидкости или в едком, и уплотненные кусочки заливались или в целлодин (чаще), или в массу Altmann'a. Для окраски препаратов мы пользовались квасцовым гематоксилином и эозинном, а также способом van Gieson'a.

Клиническая часть нашей работы была произведена под руководством профессора М. М. Волкова, патолого-анатомическое исследование под руководством прозектора С.-Петербургской Александровской больницы для чернорабочих д-ра Е. А. Пастора.

Въ видахъ удобства изложенія мы помѣщаемъ наши наблюденія систематизированными группами, заключая каждую изъ послѣднихъ резюмированіемъ клиническихъ наблюденій и выводовъ, относящихся къ изслѣдованію выдѣленія метиленовой сини; въ концѣ работы помѣщены общій обзоръ и выводы.

Въ интересахъ краткости и наглядности мы обозначили нѣкоторые изъ данныхъ клиническаго изслѣдованія и изслѣдованія выдѣленія метиленовой сини условными знаками: число пульсовыхъ сокращеній—Р, число дыханій—R, величина артеріальнаго давленія по Potain'у—Pot., суточное количество мочи—U, реакція мочи—г, удѣльный вѣсъ мочи—d; метиленовая синь—М. С., неизмѣненная синь—М, хромогенъ—Chr.

Группа I.

Нормальныя отношенія функці почечъ.

№ 1. Самонаблюденіе.

I.

Впрыскиваніе 1 к. с. 5% раствора химически-чистой метиленовой сини Merck'a въ область m. deltoides dex. произведено 3/xii 1897 г. въ 10 ч. утра. За сутки, истекшія передъ впрыскиваніемъ, U=1700 к. с., d=1014, г—кислая. Цвѣтъ мочи свѣтло-желтый, реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательныя. Форменныхъ элементовъ въ осадкѣ не найдено.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 1/2 ч. (ясная синеватая окраска, замѣтная на глазѣ).
Chr. „ 1/2 ч. (рѣзкая синяя окраска).
Maximum: М. черезъ 2 1/2 ч. (интенсивная темно-синяя окраска).
Chr. „ 3 „ (тоже).
Продолж. выд.: М. — 86 ч.
Chr. — 94 ч.

Выдѣленіе М и Chr до 86 ч. довольно равномерное, послѣ 86 ч. выделяется только Chr.
Кривыя выдѣленія М и Chr: правильныя циклическія.

Примѣчаніе. Черезъ 2—3 минуты послѣ впрыскиванія появилась боль локматнаго характера на мѣстѣ укола; черезъ 1/2 часа боль достигла значительной интенсивности и распространилась на всю правую руку, въ пальцахъ которой ощущалось онемѣніе. Въ теченіе 2-го часа боль постепенно уменьшалась; черезъ 3 часа боль незначительная, черезъ 24 ч. совершенно прекратилась.

II.

Впрыскиваніе 1 к. с. 5% раствора метиленовой сини марки 2B въ область m. gluteae dex. произведено 10/xii 1897 г. въ 10 ч. утра. За сутки, истекшія передъ впрыскиваніемъ, U=1600 к. с., d=1015, г—кислая. Цвѣтъ мочи свѣтло-желтый; реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательныя; форменныхъ элементовъ въ осадкѣ не найдено.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. — 3 ч.
 Снг. — $\frac{1}{4}$ ч. Снг. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 78 ч.
 Снг. — 90 ч.

Выделение М и Снг до 78 ч. равномерное, постъ 78 ч. выделяется только Снг.

Кривые выделения М и Снг: правильные циклическия.

Примѣчаніе. Интенсивность и цвѣтовые оттенки окраски мочи для начала и maximum'a М и Снг очень близки къ тѣмъ, какіе были отмѣчены при вырыскиваніи химически-чистой метиленовой сини Мерска: боль постъ вырыскиванія несколько меньше, по все же значительная.

III.

Вырыскиваніе 1 к. с. 5% раствора метиленовой сини Gräbler'a произведено въ правую ягодищную область 18/II 1897 г. въ 11 ч. утра. За сутки, истекшія передъ вырыскиваніемъ, $U = 1700$ к. с., $d = 1015$, г-кислая. Цвѣтъ мочи желтый; реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательная. Форменныхъ элементовъ въ осадкѣ не найдено.

Суточи. колич. мочевины = 27,0; суточи. колич. Раб = 2,6; Pot. (правая лучевая) = 20.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. — 3 ч.
 Снг. — $\frac{1}{4}$ ч. Снг. — $2\frac{1}{2}$ ч.

Продолж. выд.: М. — 48 ч.
 Снг. — 58 ч.

Выделение М и Снг до 48 ч. равномерное; постъ 48 ч. выделяется только Снг.

Кривые выделения М и Снг и общая кривая: правильные циклическия; отмѣчено болѣе слабое выделение М въ постъобѣденные часы; выделение Снг въ эти часы, наоборотъ, усиливается.

Интенсивность общего maximum'a = IV. Общее колич. мочи за все время выделенія = 3600 к. с.

Примѣчаніе. Интенсивность и цвѣтовые оттенки окраски мочи для отдѣльныхъ моментовъ выделенія слабые, чѣмъ тѣ, которые наблюдались при вырыскиваніи метиленовой сини Мерска и метиленовой сини марки 2В. Боль постъ вырыскиванія по интенсивности и продолжительности значительно слабѣе: полное прекращеніе боли черезъ 12 ч.

IV.

Вырыскиваніе 1 к. с. 5% раствора метиленовой сини марки В произведено въ лѣвую ягодищную область 17/I 1898 г. За сутки, истекшія передъ вырыскиваніемъ, $U = 1300$ к. с., $d = 1016$, г-кислая. Моча желтого цвѣта; бѣлка, сахара и форменныхъ элементовъ не найдено; Pot. = 21.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{4}$ ч. Maximum: М. — 3 ч.
 Снг. — $\frac{1}{4}$ ч. Снг. — 2 ч.

Продолж. выд.: М. — 80 ч.
 Снг. — 88 ч.

Кривые выделения М, Снг и общая кривая — правильная. Интенсивность общего maximum'a значительно сильнѣе IV.

Примѣчаніе. Боль постъ вырыскиванія довольно значительная, почти такая же, какъ и постъ вырыскиванія метиленовой сини Мерска. Продолжительность боли около 16 часовъ. Интенсивность окраски мочи въ отдѣльные моменты выделенія почти такая же, какъ при вырыскиваніяхъ метиленовой сини Мерска и 2В.

Наблюденіе № 2.

Петръ К. — въ 24 лѣтъ, служитель больницы, вполне здоровый, крѣпкаго сложенія, хорошаго питанія мужчина. Происходить изъ здоровой крестьянской семьи. Въ дѣтствѣ переносъ корь. Спиртныхъ напитковъ не употребляетъ. Никакихъ указаній на лues и патологическую наследственность. Объективное наслѣдованіе не обнаруживаетъ никакихъ ненормальныхъ отношеній.

Вырыскиваніе 1 к. с. 5% раствора метиленовой сини (Gräbler'a) произведено 20/I 1898 г. въ 10 ч. утра.

За сутки, истекшія передъ вырыскиваніемъ, $U = 1600$ к. с., $d = 1017$, г-кислая. Моча свѣтло-желтого цвѣта, прозрачная. Реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательная. Форменныхъ элементовъ въ осадкѣ не найдено.

Суточи. колич. мочевины = 25,0; суточи. колич. Раб = 2,3; Pot. (правая лучевая) = 20.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. — 3 ч.
 Снг. — $\frac{1}{4}$ ч. Снг. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 42 ч.
 Снг. — 54 ч.

Интенсивность общего maximum'a = IV.

Кривые выделения М, Снг и общая кривая: правильные циклическия. Въ началѣ выделенія до 18 ч. преобладаетъ М, постъ 18 ч. до конца выделенія — Снг.

Общее колич. мочи за все время выделенія = 3700 к. с.

Примѣчаніе. Боль постъ вырыскиванія ничтожная, продолжительность ея около $\frac{1}{2}$ часа.

Наблюденіе № 3.

Клиническій эпизризмъ: Infectio gripposa; angina catarrhalis, rhinitis acuta.

Александръ Д. — въ 17 лѣтъ, поступилъ въ больницу 9 декабря 1897 г. съ жалобами на боли при глотаніи.

Боли при слотении появились два дня назад, одновременно съ насморком, жаром и общим недомоганием. Передъ заботываниемъ ходилъ въ отдаленную часть города, причѣмъ сильно озябъ. Служить въ течение 2-хъ послѣднихъ лѣтъ въ старшей мастерской, въ хорошихъ, по словамъ Л., условіяхъ по отношенію къ количеству работы, помещенію и питанію. До 14 лѣтъ жилъ въ деревнѣ Ярославской губерніи въ крестьянской семьѣ средняго достатка; отецъ умеръ 48 лѣтъ отъ какой-то «горячки», въ послѣдніе годы жизни злоупотреблялъ алкоголемъ. Мать и 2 брата въплоть здоровы. Патологическое прошлое: въ дѣтствѣ корь и 3 года назадъ отхождение съ испражнениями крупныхъ глыбъ при бывавшихъ изрѣдка поносахъ. Спиртныхъ напитковъ не употребляетъ.

Объективно: крѣпкого сложенія, хорошаго питанія; выгладитъ въ сколько старше своихъ лѣтъ. Небольшая краснота переднихъ и заднихъ дужекъ зѣва и задней стѣнки глотки; умеренная насморкъ. Голосъ чистый, кашель рѣдкій, сухой. Со стороны сердца и легкихъ выслушиваются существенныхъ отклоненій отъ нормы. Артеріи мажги, $R=86$ въ 1/2, правильного ритма. Печень и селезенка не прощупываются; аппетитъ хорошій; отправления кишечника правильны. $U=1100$ к. с., $d=1015$; г—кислая; моча желтаго цвѣта, прозрачна, бѣлокъ и цилиндры не найдены. Испражнения нормальнаго цвѣта и консистенціи; зѣвъ глыбъ при микроскопич. изслѣдованіи не найденъ. Т_в нормальная (36,5°), общее состояніе удовлетворительное.

Назначено полосканіе зѣва 2% растворомъ борной кислоты. Черезъ 2 дня краснота въ зѣвъ и боль при слотении исчезла, на 3-й день прекратился насморкъ, а на 8-й день болѣе вышесказаннаго вышло оправившился. У во все время наблюденія колебалось между 1400—1000 к. с., d между 1012—1017; бѣлокъ и цилиндры ни разу не были найдены. Т_в все время была нормальная.

Изслѣдованіе выдѣленія метиленовой сини было произведено дважды.

При первомъ изслѣдованіи было произведено выписываніе 1 к. с. 50% раствора метиленовой сини Grubler'a, 10/хл въ 12 ч. дня. За сутки, истекшія передъ выписываніемъ, $U=1100$ к. с., $d=1015$, г—кислая. Моча желтаго цвѣта, прозрачна; реакція на бѣлокъ, сахаръ и желчные пигменты отрицательны. Цилиндры въ осадкѣ не найдены.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 1/4 ч. (слабый, опредѣляемый хлороформомъ).
Chr. „ 1/4 „ (ясная синеватая окраска мочи).

Maximum: М. — 2 ч. (очень сильный). Продолж. выд.: Chr. — 40 ч.
Chr. — 2 ч. (сильный).

Интенсивность общаго maximum'a=IV.

Кривая выдѣленія М и Chr. правильная типическая.

Выдѣленіе М и Chr. до 16 ч. равномѣрно, послѣ 40 ч. выдѣляется только Chr.

Примѣчаніе: Боль послѣ выписыванія небольшая.

При второмъ изслѣдованіи было произведено выписываніе 1 к. с. 50% раствора метиленовой сини Merc'h'a, 13/хл въ 10 ч. утра. За сутки, истекшія передъ выписываніемъ, $U=1400$, $d=1012$, г—кислая. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, прозрачна. Бѣлка, сахара и цилиндры не найдены.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 1/4 ч. (слабая синеватая окраска, заметная на глазѣ).
Chr. „ 1/4 „ (ясная синеватая окраска).

Maximum: М. — 3 ч. (очень сильный). Продолж. выд.: М. — 86 ч.
Chr. — 3 ч. (порядочный). Chr. — 98 „

Кривая выдѣленія М и Chr. правильная.

Въ началѣ выдѣленія преобладаетъ М, послѣ 86 ч. выдѣляется только Chr.

Примѣчаніе: Боль послѣ выписыванія значительная, уменьшилась послѣ положенія на мѣсто выписыванія полотенца, смоченнаго въ горячей водѣ. Интенсивность окраски мочи послѣ выписыванія метиленовой сини Merc'h'a была значительно слабѣе, чѣмъ таковая же послѣ выписыванія метиленовой сини Grubler'a.

Наблюденіе № 4.

Клиническій эпизирисъ. Infectio gripposa; angina catarrhalis, rhinitis et bronchitis acuta.

Абрамъ Я.—деятъ, 26 лѣтъ, поступилъ въ больницу 7 декабря 1897 г. съ жалобами на кашель.

Заболеваніе обнаружилось 4 дня назадъ ознобомъ, насморкомъ и ломотой во всемъ тѣлѣ. На слѣдующій день появились кашель, жаръ, потеря аппетита. Наканунѣ заботыванія былъ въ банѣ, гдѣ выпилъ 2 бутылки холоднаго кваса. После этого никакая работа не кашитъ и, за исключеніемъ какой-то длительной лихорадочной болѣзни въ дѣтствѣ (брюшной тифъ), всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. До 21 года жилъ въ деревнѣ С.-Петербургской губерніи, занимался хлѣбопашествомъ; до 25 лѣтъ состоялъ на военной службѣ, а въ послѣдніе 2 года работает на чугуноплавильномъ заводѣ, какъ чернорабочій. Условія помещенія и питанія хорошие; работа не очень тяжелая. Никакихъ указаній на лues, работу со свинцомъ, а также на патологическую наслѣдственность. Алкоголемъ не злоупотребляетъ.

Объективно: высокаго роста, хорошаго сложенія и питанія. Умеренная краснота слизистой оболочки зѣва; насморкъ. При выслушиваніи груди опредѣляются въ небольшомъ количествѣ сухіе, всреду раскаты хрипы. Немного слизистой мокроты, при микроскопическомъ изслѣдованіи которой найдены въ умеренномъ количествѣ гноинные шарикъ и клетки плоскаго эпителия; tuberculosisъ палочекъ не найдено. Разкаты сердца въ предѣлахъ нормы; тоны сердца чисты. Артеріи мажги, R правильный, 84 въ 1'. Отправленія желудочно-кишечнаго канала правильны. $U=800$ к. с., $d=1015$, г—кислая. Моча краснаго-желтаго цвѣта, прозрачна; бѣлка и цилиндры въ мочѣ не найдены. Сопъ удовлетворительный. Т_в въ день поступления въ больницу 37,5°.

Назначены: pulv. Doveri 0,3 + natr. bicarb. 0,2 2 раза въ день и полосканіе зѣва 2% борной кислотой. На 3-й день наблюденія болѣзнь почти совершенно оправилась: с' на 2-й день была уже нормальная, прошелъ насморкъ и рѣзко уменьшился кашель (отмѣненъ pulv. Doveri). На 8-й день выписался въплоть оправившимся. У во все время наблюденія колебалось между 1000—1600 к. с., d между 1017—1015. Бѣлка въ мочѣ ни разу не была найдена.

Выписываніе 1 к. с. 50% раствора метиленовой сини Merc'h'a было произведено 11/хл въ 10 ч. утра. За сутки, истекшія передъ выписываніемъ, $U=1400$ к. с., $d=1018$, г—кислая. Моча желтаго цвѣта, прозрачна; реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательны; цилиндры въ осадкѣ не найдены. Р_{от} (правая лучевая)=21.



Выделение метиловой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. (стбды)
 Chr. „ „ $\frac{1}{2}$ „ (отчетливая синяя окраска)
 Maximum: М. через 3 ч. (темно-синяя окраска)
 Chr. „ 3 „ (синяя окраска)
 Продолж. выд.: М. — 82 ч.
 Chr. — 96 ч.

Кривая выделения М и Chr — правильная. До 82 ч. небольшое преобладание М; после 82 ч. выделяется только Chr. Продолжительность общего maximum'a = 5—7 ч.

Примечание. Острая боль после выскрипания продолжается около 2-х часов; полное прекращение боли после 2-х суток.

Наблюдение № 5.

Клинический эпипризь: *Intoxicatio alcoholica continua recens. Infectio gripposa acuta: angina catarrhalis, polymyositis ac.*

Димитрий С.—инж., 22 лет, поступил в больницу 20-го декабря 1897 г. съ жалобами на боли в руках и ногах.

Заболевание обнаружилось 4 дня назад, оно было, по словам больного и домашними болями в верхних и нижних конечностях, наступившими без видимой причины. Последние 2 дня не работать. Насморка, кашля и боли в затыл в течение заболевания не замечать. В больницу ложится в 1-й раз и никак не связывает заболеваний в прошлое не помнить. В течение последнего месяца работает на пищеваренном заводе, в очень сыром помещении, где ему приходится оставаться до 12 ч. в сутки; раньше жил в деревне, занимался хлебопашеством. В начале своей работы на заводе шил много шва (от 8 до 10 бутылок в день), которое даете всем рабочим завода в вознаграждение количества, но очень плохого качества. Почти каждый день при этом был пьян и часто страдал головными болями, в течение же 2 последних недель, после того как количество выпиваемого шва уменьшилось до 2 бутылок в сутки, чувствовать себя вполне здоровым. Пройсходить из здоровой крестьянской семьи, средней зажиточности. Никаких указаний на патологическую наследственность.

Объективно: хорошего сложения и питания. Умеренная болезненность при ощупывании мышц верхних и нижних конечностей. Чувствительность из давления на нервные стволы не увеличена; рефлексы и чувствительность (болевая и тактильная) кожи в пределах нормы; парестезий не ощущает. Движения в суставах безболезненны, свободны. Ничтожная краснота передних дужек зоба. Со стороны сердца и легких существенных отклонений от нормы не замечается. Тоны сердца чисты; артерии мягки, пульс правильный ритма, хорошего напряжения, 76 в 1'. Язык чист, аппетит немного понижен, опорожнения кишечника правильны. Печень и селезенка не прощупываются. U = 1200 к. с. d = 1012, г — кислая. Моча прозрачная, желтого цвета; реакция на бромок и сахар отрицательны. Вечером в день поступления 37,5°.

Назначены: полоскание зоба 2% борной кислотой и ванны в 30°. На следующий день с° понижается до нормы, на 3-й день прекратились

боли в руках и ногах и исчезла краснота в затыл, а на 5-й день больной, чувствуя себя вполне оправившимся, выпущен из больницы. Т°, за исключением первого дня наблюдения, во все остальное время была нормальной; U в течение наблюдения колебалось между 1200—1400 к. с. d между 1015—1012; б/лка, сахара и цилиндры ни разу не найдено.

Выскрипание метилового сини (Grübler'a) было произведено на 3-й день наблюдения в 12 часов 22-х. За сутки, прошедшие перед выскрипанием, U = 1400 к. с. d = 1012, г — кислая. Моча светло-желтого цвета, прозрачная; б/лка, сахара и цилиндры не найдено. Суточн. кол-ва мочевины = 26,0; суточн. кол-ва P₂O₅ = 1,8.

Выделение метиловой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. — 2 ч.
 Chr. „ „ $\frac{1}{2}$ „ „ Chr. — 2 „
 Продолж. выд.: М. — 52 ч. Интенс. общего maximum'a = IV.
 Chr. — 56 „

Общее количество мочи за все время наблюдения = 3400 к. с. Кривая выделения М, Chr и общая кривая: правильная двиклещая.

Примечание: Боль после выскрипания ничтожная, продолжительность ее около 1 часа.

До 18 ч. преобладающей формой выделения была М, до 52 ч. оба формы выделялись довольно равномерно, после 52 ч. выделяется только Chr.

Наблюдение № 6.

Клинический эпипризь. *Infectio gripposa: bronchitis acuta.*

Александр Ц.—ва, 36 лет, поступил в больницу 4 января 1898 г. съ жалобами на головную боль и кашель.

Кашляет около 1½ недель, головная же боль появилась за последние 4 дня вместе съ наступлением срочной менструации. В начале болезни был насморк и боль в затыл и по видимому жар. Все время до прихода в больницу работал. Перед заболеванием жила под в холодном помещении. Живет в удовлетворительных условиях, занималась домашним хозяйством. За 16 лет замужества рожала 2 раз, последний раз 10 лет назад. Построившись заболела в постель. Дети умерли в раннем возрасте от желудочно-кишечных расстройств. Муж здоров. Никаких серьезных заболваний Ц.—ва не помнит. Менструации начались съ 16 лет, правильны. Отсутствия указаний на лues и патологическую наследственность. Объективно: среднего роста, порядочного питания и сложения. В легких выслушиваются звуки различного влечения и сухие хрипы. Немного слизисто-гнойной мокроты, при микроскопическом исследовании которой туберкулезных паточек не найдено. Размеры сердца в пределах нормы. Тоны чисты, артерии не уплотнены, пульс 84 в 1', правильный. Аппетит сохранен. Опорожнения кишечника правильны. Печень и селезенка не прощупываются.

*) Первые 4 порции мочи получены съ промежутками в $\frac{1}{2}$ часа.

5-й день менструации. $U=1200$, $d=1020$; g —слабо-кислая. Моча кроваво-красного цвета, содержит следы бляк и эритроциты, в осадке цилиндров не найдено. T в день поступления 37,7°.

Назначены: codoin 0,01 + natr. bicarb. 0,2 по 1 порошку при кашле. На 2-й день наблюдения менструации прекратилась. В поилку до поры, с 1-мъ съелъ довольно значительное количество самоучества. На 4-й день наблюдения прекратился кашель и пелески хрипы, а на 7-й день болящая выписалась вполне оправившаяся. За время наблюдения U колебалось между 1200—1600 к. с., d между 1020—1012; постъ прекращения менструации бляк в мочѣ и цилиндров ни разу не найдено.

Выпрыскивание 1 к. с. 5% водного раствора метиленовой сини Grüber'a было произведено на 4-й день наблюдения, 8½ в 10 ч. утра.

За сутки, истекавшая жидкая выпрыскиваниемъ, $U=1400$ к. с., $d=1016$, g —кислая. Моча светло-желтого цвета, прозрачная; реакция на бляк и сахар отрицательная. Цилиндров в осадке не найдено. Суточи. кол-ва. мочевины=27,0; суточи. кол-ва. $P_{2O_5}=2,3$. Pot. (правая лучевая)=18.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через ½ ч. Maximum: М. через 3 ч.
 Chr. " ½ " Chr. " 3 "
 Продолж. выд.: М. — 42 ч. Интенс. общего maximum'a = IV.
 Chr. — 60 ч.

Кривая выделения М. Chr и общая кривая: правильная циклическая. Продолжительность общего maximum'a = 6 ч.

До 15 ч. преобладало выделение М, до 42 ч. обѣ формы выделялись равномерно, постъ 42 ч. выделялся только Chr.

Примѣчаніе: Боль постъ выпрыскивания незначительная.

Въ составъ данной группы вошли наблюдения надъ выделеніемъ метиленовой сини у 6 лицъ, изъ которыхъ 2 пользовались въ моментъ излѣченія полнымъ здоровьемъ, а остальные 4 находились въ періодѣ выздоровленія постъ инфекціонныхъ заболеванийъ съ очень умѣренными общими явленіями. Никакихъ разстройствъ со стороны функций почекъ ни у одного изъ лицъ этой группы не наблюдалось, и вообще болѣзненные явленія, наблюдавшіеся нездалго до изслѣдованія, были выражены весьма слабо. Поэтому мы не очень удалились отъ истины, если обозначимъ эту группу какъ наблюдения надъ здоровыми людьми.

Для изслѣдованія выделения метиленовой сини, какъ видно изъ описанія отдѣльныхъ наблюдений, мы пользовались 4 различными марками этой краски: метиленовой синью Grüber'a, метиленовой синью Mercè'a, метиленовой синью марки 2В и метиленовой синью марки В, причѣмъ у 2 лицъ (набл. № 1 и № 3) были произведены сравнительныя наблюдения надъ выделеніемъ метиленовой сини Grüber'a и Mercè'a, а у одного (самонаблюденіе) сравнительныя наблюдения надъ выделеніемъ всѣхъ 4 марокъ.

Наблюдения надъ выделеніемъ метиленовой сини Grüber'a были произведены на 5 лицахъ (набл. №№ 1, 2, 3, 5 и 6), причѣмъ, сравнивая данныя относительно отдѣльныхъ моментовъ выделения этой краски у различныхъ лицъ, можно отмѣтить слѣдующее:

1) Начало выделения во всѣхъ 5 случаяхъ было определено въ теченіе перваго получаса постъ выпрыскиванія, причѣмъ у 4 (набл. №№ 1, 2, 5 и 6) начало выделения Chr было определено на ¼ часа раньше начала выделения М, а у одного (набл. № 3) начало выделения М, такъ и Chr было определено одновременно (черезъ ¼ ч.).

2) Maximum выделения какъ М, такъ и Chr у 3 лицъ определены черезъ 3 часа, у двухъ черезъ 2 часа, причѣмъ интенсивность максимальной окраски мочи для М у всѣхъ была выше таковой же для Chr.

3) Продолжительность выделения у различныхъ лицъ отмѣчена неодинаково, хотя въ общемъ разнича была небольшой. Для М продолжительность выделения колебалась между предѣльными цифрами въ 40—52 часа, для Chr—между 54—60 ч.

4) Кривая выделения М, Chr и общая кривая (М+Chr) у всѣхъ отмѣчена правильной циклической.

5) Интенсивность общего maximum'a у 3 лицъ (набл. №№ 1, 3, 2) соответствовала IV, а у двухъ (набл. № 5 и 6) она была немного ниже IV (отмѣчена IV—III).

6) Во всѣхъ случаяхъ въ началѣ выделения въ теченіе первыхъ 16—18 часовъ преобладающей формой выделения является М, въ концѣ же выделения, въ теченіе послѣднихъ 8—10 ч., резко преобладаетъ Chr.

Схематизируя эти наблюдения, можно сказать, что у здоровыхъ людей выделение метиленовой сини Grüber'a определяется слѣдующими моментами: начало выделения въ теченіе перваго ½ часа, maximum черезъ 2—3 часа, продолжительность выделения М=40—52 ч., продолжительность выделения Chr=54—60 ч., интенсивность общего maximum'a=IV—III, кривая выделения—правильная циклическая; преобладающая форма выделения: въ началѣ М, въ концѣ Chr.

Наблюдение надъ выдѣленіемъ метиленовой сини Merck'a было произведено у 3 лицъ (набл. №№ 1, 3 и 4), причемъ результаты получились слѣдующіе:

- 1) Начало выдѣленія М и Chr у всѣхъ определено въ теченіе перваго получаса послѣ впрыскиванія.
- 2) Maximum выдѣленія у всѣхъ черезъ 3 часа.
- 3) Продолжительность выдѣленія для М определена въ 82—86 ч., для Chr въ 94—98 ч.
- 4) Кривая выдѣленія у всѣхъ правильная циклическая.
- 5) Интенсивность общаго maximum'a (точно определенная въ набл. № 4) значительно выше IV.
- 6) Преобладающая форма выдѣленія: въ началѣ М (30 ч.), въ концѣ—Chr (10 ч.).

Данныя для отдѣльныхъ моментовъ выдѣленія метиленовой сини марокъ 2В и В, какъ видно изъ набл. № 1, очень близки къ таковымъ для метиленовой сини Merck'a, отличааясь отъ послѣдней только немного меньшей продолжительностью выдѣленія, которая для 2В отмѣчена въ 90 ч. (Chr), а для В въ 88 ч. (Chr).

Такимъ образомъ, сравнивая между собой данныя выдѣленія метиленовой сини указанныхъ выше марокъ, можно замѣтить, что въ общемъ всѣ изслѣдованныя нами марки этой краски выдѣляются по одному типу, различаясь другъ отъ друга главнымъ образомъ продолжительностью выдѣленія и интенсивностью общаго maximum'a, причемъ наименьшая продолжительность выдѣленія и болѣе слабый общій maximumъ были определены для метиленовой сини Grüber'a. Другая разница, отмѣченная при нашихъ наблюденіяхъ, заключается въ неодинаковости послѣ впрыскиванія растворовъ этихъ марокъ метиленовой сини: наиболѣе сильная болѣзненность наблюдалась при впрыскиваніяхъ метиленовой сини Merck'a, наименьшая—при впрыскиваніяхъ метиленовой сини Grüber'a. Этой маркой метиленовой сини, какъ было уже указано, мы пользовались при всѣхъ своихъ дальнѣйшихъ наблюденіяхъ.

Итакъ, формулируя наши наблюденія относительно выдѣленія метиленовой сини у данной группы лицъ, можно сказать:

1) выдѣленіе метиленовой сини Grüber'a у лицъ съ нормальной функцией почекъ характеризуется слѣдующими моментами: начало выдѣленія наступаетъ въ теченіе перваго получаса, maximumъ черезъ 2—3 ч., продолжитель-

ность выдѣленія для М=40—52 ч., для Chr=54—60 ч., кривая выдѣленія—правильная циклическая, интенсивность общаго maximum'a=IV—III, преобладающая форма выдѣленія: въ началѣ М, въ концѣ выдѣленія Chr.

2) Выдѣленіе различныхъ марокъ метиленовой сини у одного и того же лица по продолжительности выдѣленія и интенсивности общаго maximum'a—неодинакова.

Группа II.

„Застойная почка“.

Наблюдение № 7.

Клинический эскиз: *Status degenerativus hereditarius. Infectiones reiteratae (polyarthritidis, ostiilli, dyphtheria?).—Endocarditis chron. vv. mitralis: stenosis aortae venosi sin. Hypertrophia ventr. dex. cordis.—Infectio pneumonica recens (bronchitis). Insufficiencia cordis: dilatatio cordis, hyperlymphia (anasarca universalis), hyperaemia passiva hepatis et renum. Aegritudo.—Endocarditis valvularis acuta (ex. infectione pneumonica?). Insufficiencia cordis continua. Septicaemia. †.*
Oliguria, albuminuria.

Елена III—на, 22 летъ, поступила въ больницу 19/III 1898 г.: отеки, сердцебиение и кашель. Около 3-хъ недель тому назад, промочила ноги, после чего вскоре появились: кашель, сердцебиение и одышка, а съ недѣлю назадъ показались отеки. Отеки появляются въ 1-й разъ, сердцебиениями же страдаетъ около 2-хъ лѣтъ. Три года назадъ болѣла поремежала тяжелой полларитомъ, а въ лѣтѣ въ корь и, повидимому, дифтеритъ. До полларитиса пользовалась хорошимъ здоровьемъ и полной работоспособностью, после же значительно ослабла и не могла уже вполнѣ оправиться.

До 17 лѣтъ жила въ деревнѣ въ условіяхъ бѣдной крестьянской семьи; съ 13 лѣтъ занималась работой по домашнему хозяйству, а съ 17 лѣтъ, по приѣздѣ въ Сиб., служила, чаще въ качествѣ одной прислуги. Условія жизни въ Сиб. въ общемъ удовлетворительны, но на послѣднемъ мѣстѣ чувствовала себя хуже, такъ какъ часто приходилось подниматься по высокой лѣстницѣ, что всегда вызывало порядочную одышку и сердцебиение. Отецъ III—ной алкоголикъ, страдаетъ запоемъ; мать, братья и сестры здоровы.

Небольшой роста, плохого питанія, слабаго сложія. Выглядитъ, моложе своихъ лѣтъ. Покровы лица и рукъ, патологичны, покровы всего туловища, особенно ноги, порядочно отекутъ. Истеричное окрашивание склеры. Толчекъ сердца между 5/6 ребр. на 1 палецъ кнаружи отъ соска, радитой; правая граница сердца заходитъ на 1½ палеца на правый край грудины; верхняя—на 3-мъ ребрѣ. Ясно выраженное *Embossment cataire*. У верхушки сердца пресистолическій шумъ, акцентъ на 2 токъ art. pulmon. Р. небольшого наполненія, неправильнаго ритма, съ перерывами. 94 въ 1'. Ротъ—13. Умеренное количество сухихъ хриповъ въ верхнихъ отдѣлахъ груди. Число дыханій—28 въ 1'. Частый сухой кашель, особенно при лежаніи. Языкъ чистъ, аппетитъ плохой. Животъ немного вздутъ, чувствительнъ къ давленію въ области печени. Селезенка и печень не прощупываются. Стулъ поухлядый, 1 разъ въ день. $U=700$ к. с., $d=1019$, $g=$ нейтральная. Моча желтаго цвѣта, содержитъ

сѣды бѣлка. Реакція на сахаръ и желчные пигменты отрицательная. Форменныхъ элементовъ въ мочѣ не найдено. Жалуются на головные боли и частый кашель по ночамъ.

Назначены: коденъ (по 0.015×2 раза) и легкая возбуждающія (смѣсь *t-gae valer.* + *t-gae cony. majalis* по 15 кап. ×3 раза) при легкой смѣшанной дѣтѣ. Въ первые 3 дня самочувствіе больной улучшилось, но объективные явленія оставались безъ перемѣны. На 4-й день назначенъ *digitalis* (e 0.2—900), после чего общее улучшеніе пошло быстрее. У въ первые 4 дня колебалось между 700—800 к. с., при $d=1020$ —1018, на чьяя же съ 5-го дня U , постепенно возрастаетъ, дошло до 4000 к. с., а затѣмъ установилось между 1900—1800 к. с., при $d=1015$ —1010. Сѣды бѣлка въ мочѣ опредѣлялись только въ первые 5 дней наблюденія. Цилиндры ни разу не было найдено. Вместе съ увеличеніемъ U стали опадать отеки, уменьшились размеры сердца, появились сонъ и хороший аппетитъ, и черезъ 20 дней болѣзнь выписана значительно оправившейся.

Въ день выписки отмечено: толчекъ сердца между 5/6 ребр. по сосковой; правая граница по 1. mediane, верхняя между 3/4 ребр. Пресистолическій шумъ у верхушки выражень ясно. $P=68$ въ 1', правильн. Печень не прощупывается, отековъ нѣтъ. Вѣсъ тѣла при поступленіи = 60,800, при выходѣ 54,100 gr.

Выпрямленіе желтойной сины было произведено на 2-й день наблюденія, 20/III въ 10 ч. утра. За сутки, истекшія передъ выпрямленіемъ, $U=750$ к. с., $d=1019$, $g=$ нейтральная. Моча желтаго цвѣта, содержитъ сѣды бѣлка; реакція на сахаръ и желчные пигменты отрицательная. Цилиндры не найдено (цитруфа). Суточн. кол-во мочевины = 16,5; суточн. кол-во $P_2O_5=2,3$. Ротъ (правая лучевая) = 16.

Выдѣленіе мочеполовой сины:

Начало:	M. черезъ 1 ч.	Maximum:	M. черезъ 3 ч. (слабый).
Chr.	$\frac{1}{2}$ ч.	Chr.	3 ч. (сильный).
Продолж. выд.	M. — 24 ч.	Intens.	Maximum = IV.
	Chr. — 55 ч.		

Кривая выдѣленія M. Chr и общая кривая: правильная циклическая. Преобладающая форма выдѣленія: Chr. Общее количество мочи за все время выдѣленія = 1500 к. с.

Черезъ 8 мѣсяцевъ III—на вновь поступила въ 6-цу (23/III 1899) опять по поводу кашля, одышки и значительныхъ отековъ. Сообщила, что по выходѣ изъ 6-цы чувствовала себя въ теченіе 7-ми мѣсяцевъ удовлетворительно, а недѣль 3 назадъ, после выпитого въ банѣ холоднаго кваса, почувствовала боли въ правомъ боку и стала кашлять. Вскоре въ этихъ явленіяхъ присоединились сердцебиенія и боли по груди, часто анболю. Отеки появились обильныя, особенно покровы.

При наблюденіи отмечено: значительная обильная отечность покрововъ, двухсторонній гидроthoraхъ, небольшой (до пупка) асцитъ, влажные хрипы въ нижнихъ отдѣлахъ груди. Рѣзкое увеличеніе тупости сердца (вправо сливается съ тупостью праваго гидроthoraха), пресистолическій шумъ, увеличенная печень, порочная альбуминурия (2—4‰), олигурия. Тѣ немного повышена (37,5—37,2°).

Послѣ назначенія сердечныхъ (адонис вernalis, digitalis, cofferin) черезъ 2 недѣли наступило общее улучшеніе, однако неполное (оставалась умеренная отечность ногъ, кашель и чувствительность печени), начиная же со 2-го мѣсяца наблюденія вновь увеличились отеки, появились мучительный сухой кашель и частая рвота. Моча все время выдѣлялась въ маломъ количествѣ (500—800 к. с.) и все время содержала порядочное количество бѣлка (2—5‰). Цилиндры не было найдено.

петь. Детство провел в деревнѣ, въ зажиточной крестьянской семьѣ; съ 16 лѣтъ живетъ въ Сиб., столицы. Условія помѣщенія и питания удовлетворительны, работа не тяжелая, въ последнее время утомляетъ. Указанія на патологическую наследственность отсутствуютъ. Имѣетъ двухъ здоровыхъ дѣтей.

Высокаго роста, крѣпкаго сложенія. Значительная отчетность ногъ и половыхъ органовъ, небольшая отчетность туловища и лица. Слабая истерическая окраска скелета. Сердечный толчекъ между 3/6 ребр., на 1 1/2 пальца правѣе отъ соска; правая граница сердца заходитъ на палецъ за правый край грудины; перхия между 3/4 ребр. У верхушки сердца выслушивается рѣзкій систолическій шумъ; акцентъ на 2-мъ топѣ арт. ритм. Р = 98 въ 1', порадочнаго наполненія, правильнаго ритма. Pot. правая лучевая = 18. Въ нижнемъ отдѣлѣ груди, слыша, пося, притупленного звука и ослабленныхъ дыхательныхъ шумовъ, шириной около 1/2 ладони. Вездѣ помѣнено раскѣпленіе сухихъ и влажныхъ хриповъ. Небольшой сухой кашель. К = 27 въ 1'.

Аппетитъ пониженъ; пость 4-й Г — въ послѣднее время подл. ложечкой; въ послѣднее времяhardtа бывають отрыжки и изжога. Животъ не вздутъ, чувствительнъ къ давленію въ области печени, край которой выступаетъ пальца на 2 изъ-подъ реберъ. Селезенка не прощупывается. Стулъ 1—2 раза въ день, полужидкій, безъ крови. Яйца глѣзны въ испражненіяхъ, не найдены. Моча красно-желтого цвѣта. U = 300 к. с., d = 1027, г = 1950, кочка бѣлая = 0.5 (1950) реакция на желчные пигменты — положительна, на сахаръ — отрицательна. Циндирровъ не найдено (центрифуга). Общее состояніе больного — умереннаго тяжести.

Въ первые 4 дня наблюденія состояніе оставалось безъ существенныхъ перемѣнъ, съ 5-го же дня начало постепенно нарастать кочка, мочи, стали опадать отеки и ухудшились самочувствіе. Къ концу второй недѣли Г — въ совершенно особомъ отъ отековъ.

Тѣченіе въ началѣ было индифферентное (т-та valer), на 3-й день были назначены digitalis 0.2 — 0.00 по 6 ложечекъ въ день, а черезъ недѣлю ваннъ. Дѣла все время смѣшанныя. U въ первые 4 дня колебалось между 500—700 к. с. при d = 1027—1020 и при содержанія бѣлка около 1900, начиная съ 5-го дня U, постепенно нарастало, дошло въ 8-й день до 3500 к. с., затѣмъ на 11 день уменьшилось до 1600 к. с. и въ остальное время колебалось между 1200—1800 к. с. при d = въ 1015—1012. Бѣлокъ на 6—7-й день наблюденія определялся слѣдами, а затѣмъ исчезъ, начиная съ 7-го дня перестали определяться въ мочѣ желчные пигменты.

Въ теченіе дальнѣйшаго наблюденія состояніе нѣсколько ухудшилось благодаря появившемуся сухому правостороннему плеуриту. Довольно упорно державшемуся почти около мѣсяца. Черезъ 2 1/2 мѣсяца Г — въ вышесказанномъ общаго ухудшенія.

При вышесказанномъ толчекъ сердца между 3/6 ребр. на палецъ кнаружи отъ соска; правая граница немного заходитъ за лѣвый край грудины. Систолическій шумъ у верхушки. Печень не прощупывается. Отоковъ нѣтъ. Р правильный, 64 въ 1'.

Высѣкание метелочковой сими было произведено на 2-й день наблюденія, 29/xii, въ 11 ч. утра. За сутки, истекшія передъ высѣканіемъ, U = 650 к. с., d = 1025, г = кислая. Моча красно-желтого цвѣта, содержитъ отъ 1/2 бѣлка и даетъ слабо-положительную реакцію на желчные пигменты. Циндирровъ въ осадкѣ не найдено (центрифуга). Суточн. кочка, мочевыны = 35.3; суточн. кочка, Р = 0.8. Pot. (правая лучевая) = 17.

Выдѣленіе метелочковой сими:

Начало: М. черезъ 1 ч. (рѣзно) Maximum: М. черезъ 3 ч.
Chr. = 1. Chr. = 3.

*) Первая порція мочи получена только черезъ 1 ч.

Продолж. выд.: М. — 46 ч. Интенс. общаго max. = 1.
Chr. — 56.

Кривая выдѣленія М. Сиг и общая кривая: правильная циклическая. Продолжительность общаго maximum'a = 8 ч.

Преобладающая форма выдѣленія: обѣ формы выдѣляются равно-мѣрно.

Общее количество мочи за все время выдѣла = 1500 к. с.

Черезъ 3 1/2 мѣсяца Г — въ вновь поступилъ въ 6-ицу (18/iii 1899 г.), опять по поводу одышки и отековъ, равнавшихся вѣсздъ за усиленной работой. Отмѣчено: значительная общая отчетность покрововъ, увеличеніе поперечника сердца, увеличеніе печени, тяжелое общее состояніе, одышка и альбуминурия. Въ первая 1 1/2 недѣли пребыванія въ 6-ицѣ отмѣчено общаго улучшенія, затѣмъ, несмотря на примѣненіе сердечныхъ средствъ (digitalis, aconitum, veratrum и т. п.), развиваются значительные отеки, одышка, поносъ. Все время одышка и порадочнаго альбуминурия. На 23 день кончатся и смерти.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Г. С. Кулеша). Трупъ мужчнина среднего роста. Покровы тѣла цианотичны, сильно отеки. Оба легка перикардій плотно сращены почти на всемъ протяженіи. Сердце увеличено. Размеры его: 140 — 120 — 25. Стѣны лѣваго желудочка значительно гипертрофированы, мѣстами пропитаны тѣлами плотной соединительной ткани. Полости лѣваго и правого желудочковъ сердца растянуты. Мышца сердца умеренной драбности, желтовато-краснаго цвѣта. Клапаны v. mitralis утолщены, обезображены; chordae papillares укорочены. Эндокардія зѣбистая фибринозно утолщена. Клапаны аорты слегка утолщены по краямъ. Отвѣтствія коронарныхъ артерій зѣбисты. Внутренняя поверхность аорты въ начальной части убѣдена фибринозными бляшками.

Въ полости лѣвой плевры содержится около 1 литра кровянистой жидкости. Правая плевра на всемъ протяженіи плотно сращена. Тѣла обоихъ легкихъ въ нижнихъ отдѣлахъ отека, полнокровна. Полость брюшины содержитъ много свѣтлой серозной жидкости. Желудокъ слегка растянутъ, слизистая его стѣнка блѣдно-розоваго цвѣта, атрофична, покрыта отекомъ. Слизистая толстыхъ и тонкихъ кишекъ въ нижнемъ отдѣлѣ отека.

Печень немного увеличена; поверхность ея ровная, гладкая, цвѣтъ синевато-красный. Въ разрывѣ ткань печени полнокровна, имѣетъ ясно выраженный рисунокъ мускулатуры орха. Селезенка не увеличена, довольно плотна, въ разрывѣ полнокровна.

Почки не увеличены. Размеры: 10.5—5.0—3.0 (правая), 11.5—4.0—3.5 (лѣвая). Поверхность обоихъ почекъ ровная, синевато-краснаго цвѣта; venaе stellatae сильно инфильтрованы. Вещество почекъ укрѣпленной плотности. Крпковый слой не уменьшенъ, рисунокъ его довольно ясный; соуды корки и пирамиды сильно налиты кровью. Артерій почекъ умеренно утолщены. Лоханы, мочеточники, мочевоы пузырь и предстательная желѣза безъ существенныхъ измѣненій.

Кости черепа нормальной толщины. Синусы и pia mater полнокровны. Вещество мозга полнокровоно, отеку; въ желудочкахъ содержится порядочно серозной свѣтлой жидкости. Артерій основанія мозга слегка склерозированы.

При микроскопическомъ изслѣдованіи почекъ найдено: значительное переносженіе кровью соудовъ почекъ и умеренная дегенеративная измѣненія эпитедія мочевыхъ канальцевъ, при нормальномъ развитіи

соединительной ткани. Мочевые каналы везду умеренно раздвинуты растянутыми и наполненными кровью капиллярами. Эпителий слизистых мочевых канальцев, а также эпителий Гейленовой петли мѣстами набух, съ мутно окрашившимся ядром. Въ просветѣ канальцевъ явѣрка замѣчаются въ небольшомъ количествѣ мелкозернистый распадъ, клѣтки вышавшаго эпителия и рѣже эритроциты. Клубочки тонко очерчены. Канальцевое пространство нѣгдѣ немного растянато рѣже нормальнаго объема; капилляры клубочка наполнены кровью. Эпителий клубочковъ безъ замѣтныхъ измѣненій. Intima артерій немного утолщена.

При изслѣдованіи сѣкционнаго кусочка замѣчено: эпителий почекъ слегка набухъ, протоплазма клѣтокъ часто содержитъ мелкія зернышки, хорошо растворяющіяся въ 1% уксусной кислотѣ. Ядра клѣтокъ носятъ обработку уксусной кислотой отчетливо.

Анатомическій діагнозъ: *Pericarditis chr. adhaesiva. Hypertrophia et dilatatio ventr. cordis utriusque. Myocarditis chr. fibrosa. Endocarditis chr. v. muralis et partim v. aortae. Endocarditis chr. fibrosa parietalis et papillaris. Endoarthritis chr. fibrosa. Synecthia pleur. dextra totalis. Hyperaemia venosa et degeneratio parenchymatosa: hepatis, lienis, renum et pulmonum. Hydrothorax sin. acutis, anasarca. Oedema pulmonum et cerebri.*

Наблюдение № 9.

Клиническій эпиприизъ. *Polyarthritis acuta recidens. Neurasthenia. Obstipatio habitualis. Intoxicatio chr. per viam intestini? Climax. Endocarditis chr. v. muralis: stenosis ostii ven. sin? Hypertrophia ventr. dex. cordis. — Insufficiencia cordis recidens: dilatatio cordis, hyperlymphia (anasarca universalis), hyperaemia hepatis et renum passiva, gastritis chr.? exacerbatia. Arythmia. Oliguria, albuminuria, cylindruria.*

Правская К.—ва, 44 лѣтъ, поступила въ больницу 28/iv 1898 г. съ жалобами на отеки, сердцебиеніе и одышку.

Сердцебиеніе и одышка около 6 лѣтъ. Три года назадъ впервые замѣтила отеки, которые съ тѣхъ поръ часто возобновлялись (черезъ промежутки въ 3—5 мѣсяцевъ), но скоро исчезали при лѣченіи въ больницѣ, или на дому. Обильнонае отеки и сердцебиеніе поаляются вслѣдъ за всякой поштой къ болѣе серьезной работѣ по домашнему хозяйству, а одиъ разъ, послѣ перенесеннаго перваго растройства (смерть родственницы). За послѣдніе 3 года 4 раза лежала въ больницѣ, всаіаъ разъ по поводу отековъ и одышки: въ послѣдній разъ—4 мѣсяца назадъ, и вышла чувствуя себя вполне оправившеюся.

По выходѣ изъ больницы старалась избѣгать тяжелой физической работы и въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ пользовалась хорошимъ самочувствіемъ. Мѣсяцемъ назадъ, послѣ видной причины: боли и тяжести въ области желудка, отрыжка, бѣтъ, запоръ, а нѣдѣлю назадъ къ этимъ явленіямъ присоединились сердцебиеніе, и вновь появились отеки, одышка и сухая кашель.

Патологическое прошлое: трижды рецидивировавшій подострый (первый приступъ лѣтъ 12 назадъ, послѣдній, наиболѣе тяжелый, лѣтъ 8 назадъ). Наклонность къ запорамъ. Родила 3 раза (вакцинир. 3 мѣс., +правильное—продолженіемъ рода 7 мѣс.). Постродовыхъ заболеваний не было, lies и злоупотребленіе алкоголемъ отрицаетъ. Менструація на

16 году, правильная, въ послѣдній годъ стали запаздывать. Послѣдняя менструація 3 мѣсяца назадъ.

К.—ва, уроженка Лифвандской губерніи, происходитъ изъ здоровой зажиточной крестьянской семьи. До 33-хъ лѣтъ жила въ деревнѣ, а затѣмъ въ Сиб., при условіяхъ полнаго достатка и отсутствіи тяжелой физической работы.

Средняго роста, правильнаго сложенія, довольно полная женщина. Дѣтскія нѣпатическая окраска лица, губъ и пальцевъ рукъ. Покровы всего тѣла умеренно отчеты. Слабый положительный дерматизмъ. Сердечный толчекъ, разлитой между 5/6 ребр., по тѣвой оскоковой: правая граница тупости сердца заходитъ немного за правый край грудны, верхняя граница — между 3/4 ребр. У верхушки лѣвый пресистолическій шумъ; рѣзкій акцентъ на 2-мъ тоѣ арт. pulmonalis. Р. малого наполненія, 84 въ 1 м., съ перебоями. R=27 въ 1'. Небольшой сухой кашель. Животъ умеренно ватухъ, прощупывается на 2 пальца ниже края реберъ края печени, довольно чувствительной къ давленію. Селезенка не опредѣляется. Стулъ въ послѣдніе дни ежедневный, правильный. Моча желто-краснаго цвѣта, U=400 к.с., d=1022, г—кислая; бѣлка 1% (0.4 gr). Въ осадкѣ попадаются въ умеренномъ количествѣ лейкоциты, клѣтки плоскаго эпителия и явѣрка глянцовые цилиндры. Реакція на сахаръ и желчные пигменты отрицательныя.

Аппетитъ пониженъ, жалуетъ на тяжесть въ области желудка, жаготу и пустую отрыжку. Языкъ слегка обложенъ. Кожные рефлексы немного повышены, глоточный — нормальный; чувствительность кожи (болевая и тактильная) въ предѣлахъ нормы. Спитъ худо, вслѣдствіе одышки и отчеты головной боли. При гинекологическомъ изслѣдованіи (д-ръ П. И. Сикъ) никакихъ существенныхъ измѣненій не найдено.

Въ условіяхъ болѣзненной обстановки, при смѣшанной діетѣ и индифферентной терапіи (inf. rad. valer.), состояніе К.—вой стало быстро ухудшаться. У, ежедневно нарастаю, къ 7-му дню наблюденія дошло до 3000 к.с., количество бѣлка: на 2-й день = 1/2%, на 8-й день — сѣды бѣлка, а затѣмъ оны совершенно исчезаетъ. Къ концу первой недѣли наблюденія почти совершенно исчезли отеки, появились аппетитъ и хороший сонъ, оставшіеся же переборъ и небольшая одышка прошли послѣ приѣмовъ (inf. digitalis (20—90)), назначеннаго на 8-й день наблюденія.

Въ дальнѣйшемъ предметомъ частыхъ жалобъ были упомянутыя выше гастрическіе симптомы и головная боль, но послѣ урегулированія функций кишечника (клизмы) и назначенія нечотѣй (карбасеадская смѣсь) исчезли и эти симптомы. Начиная со 2-й недѣли наблюденія U колебалось между 1200 — 1500 к.с. при d=1017 — 1015 и при полномъ отсутствіи бѣлка и цилиндровъ.

На 39-й день болѣзны выписалась. Въ день выхода отмечено: толчекъ сердца между 5/6 ребр. по оскоковой, правая граница по средней грудной, верхняя на 4 ребрѣ; пресистолическій шумъ у верхушки и акцентъ на 2 тоѣ арт. pulm. ясно выражены. Пульсъ правильнаго ритма. Печень не прощупывается. Хорошее самочувствіе.

Изслѣдованіе выдѣленія мѣтленовой сими было произведено дважды. Первое изслѣдованіе было произведено на 2-й день пребыванія въ б-цѣ, 29/iv въ 1 ч. дня. За сутки, истекшія передъ изслѣдованіемъ, U=400 к.с., d=1022, г—кислая, колич. бѣлка=0.4 (1%), Моча красно-желтаго цвѣта. Отрицательныя реакція на сахаръ и желчные пигменты. Небольшое количество лейкоцитовъ, клѣтокъ плоскаго эпителия и глянцовыхъ цилиндровъ въ осадкѣ. Суточн. колич. мочевымъ — 22.5; суточн. колич. R=0.5. Pot.=19.

Выдѣленіе мѣтленовой сими:

Начало:	М. черезъ 1/2 ч.	Maximum:	М. черезъ 2 ч. (слабый).
	Chr. „ 1/2 „		Chr. „ 2 „ (сильный).

Продолж. выд.: М. — 45 ч. Интенс. общего maximum'a = IV — III.
Chr. — 52 „

Преобладающая форма выделения: Chr.

Кривые выделения для M , Chr и общая кривая ($M + Chr$): правильная—циклическая. Продолжительность общего maximum'a = 10 ч. Общее колич. мочи за всё время выделения = 1800 к. с.

Второе исследование (на 30-й день наблюдения). За сутки истекшая перед вырыскиванием, $U = 1600$ к. с., $d = 1017$, г-кислая. Цитъ мочи желтый, реакция на бѣлок и сахар отрицательныя. Немного клѣток плоскаго эпителія въ осадкѣ; цилиндровъ не найдено. Pot. — 19.

Видѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. черезъ 3 ч.
Chr. " $\frac{1}{2}$ " Chr. " 2 "

Продолж. выд.: M. — 50 ч. Интенс. общего maximum'a = IV.
Chr. — 56 —

Преобладающая форма выделения: М. Продолжительность общего maximum'a = 6 ч.

Кривыя выдѣленія M, Chr и общая кривая: правильныя циклическія.

Общее колич. мочи за все время выдѣленія = 3400 к. с.

Наблюденіе № 10.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chron. Labor excessivus. Refrigeratio habitualis. — Arteriosclerosis. Hypertrophia ventr. sin. cordis, Myocarditis chr. et myodegeneratio cordis. Insufficiencia cordis: dilatatio cordis, hyperlymphia universalis (anasarca, hydrothorax bilateralis, ascites), hyperaemia hepatis. Insufficiencia v. mitralis relativa. Aritymia.* †

Oliguria, albuminuria

Левъ П—въ, 64 лѣтъ, поступилъ въ больницу 6-го декабря 1897 г. съ жалобами на отеки и одышку.

сы Аляска, в которых и охотники появились. 8 месяцев назад, нести продолжительной и тяжелой работы, т.к. в то время в С.-Петербургской Биржевой больнице, откуда выехали, через 2 недели почти оправившимся. Через 1/2 года отсы и охотники возобновились; опять лег в б-чу и через 24 дня выехать без отговорок, но при работе стали замечать, болше быстрой утомляемости и постепенно нараставший упадок сил, а 2 недели назад у него вновь появились охотники и отек, к которым в последние дни присоединился понос.

В последние годы П. П. чувствовал себя вполне здоровым и, имея возможность, любил заниматься садоводством и огородничеством, работая в саду и на огороде. Любил также заниматься и другими видами работ, в частности, любил заниматься столярными работами. До 14-ти лет жил в деревне, а затем переехал в город, где занимался столярными работами, а также работал на заводе. В 1910-1912 гг. служил сторожем при дворянском дворе, где нередко ему приходилось носить дрова и часто заблудил. Давно (17-ти лет) злоупотреблял алкоголем. Отец умер в 1905 г., мать в 1907 г. В 1912 г. переехал в город, где занимался столярными работами, а также работал на заводе. В 1912 г. переехал в город, где занимался столярными работами, а также работал на заводе. В 1912 г. переехал в город, где занимался столярными работами, а также работал на заводе.

брат (младший) обладает хорошим здоровьем, сестра умерла на 50 г. при отеках. Среднего роста, удовлетворительного питания, крыжового сложения. Слабая общая интеркариальная окраска кожных покровов, цинкоз губы и палец руки. Порядочная отечность всего тела. На обоих сторонах груди посыл притупленного звука и ослабленных дыхательных шумов. Дыхание шумное, с хрипами. Частота дыхания умеренное количество сухих и влажных хрипов. Немного систолической мокроты. $R=30$ в 1. Точнее, сердца между 6/7 ребр. на 1 см. клинухи от соска, слабые. Тоны сердца глухие; у верхушки при первом томе выступают, в лежачем положении больного, слабый шум, исчезающий в вертикальном положении больного. Артерия плотная, не напряжена. Порядочная наполненность, неправильного ритма (персисто), незначительная задержка. Частота пульса 70 в 1. Число ударов в минуту определяется небольшой асцит. В области печени порядочная чувствительность к давлению; не печен, не селезенка не прощупывается. Слабость раза 4 в день жидко, небольшими количествами, без крови. $U=350$ к с. (не вея). $d=1015$, б/зла — с/зла. Моча желто-красного цвета, дает положительную реакцию на желчные пигменты. В осадке — хлопья из эпителиальных клеток, хлопья плоского эпителия и эритроциты, цилиндры не найдено. Пить плохо, порядочная головная боль.

Назначены ванна и легкія возбуждающія (t-ra valer. и t-ra conv. majalis) — безъ облепихи. Количество мочи было невелико (400—550), общее состояние тяжелое. На 5-й день были назначены digitals и каломель (0,02 гр. раза въ день), послѣ чего количество мочи увеличилось до 1800 к. с., значительно уменьшились отеки и прекратились поносы. Въ слѣдующія дни вышло 72000 гр. до 64000 гр. Перестановились и шумъ у вертунги скоро исчезли.

В течение пятидневного количества мочи колебалось между 1000—1200, уд. вѣст. между 1010—1013; все время въ мочѣ слѣды бѣлка и нѣрѣдка были находимы эритроциты. Цилиндры ни разу не найдены. Желчные пигменты въ мочѣ на 6-й день наблюдения уже не определялись. Несмотря однако на постепенное общее улучшение, на 20-й день наблюдения у больного ночью внезапно развился рѣзкій упадокъ дѣятельности сердца, въ связи закончившейся смертью.

Исследование выделения метиленовой смолы было произведено дважды.

Первое исследование было проведено на 2-й день наблюдения, 8/хл в 12 ч. дня. За сутки, истекшие переды выражением: $U = 400$ к. е., $d = 1017$, г-кислая; пять мочи темно-красной, была около $1/100$ (р-кислая) реакция на желчные пигменты; отрицательная на сахар. В осадке немного клубков плоского эпителия и эритроцитов; цилиндры не найдены. Суточное количество мочевины: $-25,0$; суточное количество $Pro = 1,2$ Prot. $= 20$.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. через 3 ч. (слабы). Maximum: М. — 5 ч. (очень слабый).
Chr. " 1 ч. (ясно). Chr. — 4 ч. (сильный).

Продолжит. выдѣленія: М. — 7 ч. Интенсивность общ. maximum'a=III.
Chr — 58 "

Кривые выделения M , Chr и общая кривая: правильные циклические.

Преобладающая форма Chr_2 ; М выдвигалась только 7 часов, все время ничтожными количествами. Продолжительность общего maxim'a —10 ч. Общее количество мочи за все время выдвигения—1300 к. с.

2-е исследование произведено в период значительного общего улучшения, 20/xii вь 11 ч. утра.

За сутки, истекшія передъ выпрыскиваніемъ, $U=1600$ к. с., $d=1010$, r —кислая. Моча желтаго цвѣта, содержитъ слѣды бѣлка. Реакціи на

желчные пигменты и сахар отрицательны. В осадке форменных элементов не найдено. Суточн. колич. мочи = 310; суточн. колич. P_2O_5 = 2.0. Pot. = 20—18.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1 ч. (ясно). Maximum: М. — 3 ч.
Chr. * $\frac{1}{2}$ ч. (ясно). Chr. — 3 ч.
Продолжит. выделения: М. — 45 ч. Пигмент общ. maximum'a = III—IV.
Chr. — 52 ч.

Кривая выделения М. Chr. и общая кривая: правильная циклическая. Преобладающая форма выделения: об. формы выделялись равномерно.

Общее количество мочи за все время выделения = 3600 к. с.

Протокол вскрытия (д-р Г. С. Кузеша). Труп мужчины среднего роста. Кожа бледная конической отечна. Сердечная сумка содержит около 2 унций светлой серозной жидкости. На перикардии сердца гипсовано молочно-белых итених; на задней поверхности сердца перикардий его срощено с перикардием околосердечной сумки. Сердце значительно увеличено в размерах: ширина = 14.0 с., длина = 10.5 с.; толщина лѣваго желудочка неравномерна, вверху у коронарной борозды = 1.5. Полости предсердий и желудочков растянуты, содержат рыхлые кровяные сгустки. Мышца сердца дряблая, тусклого буровато-краснаго цѣта, неравномерной толщины; мышца задней стѣнки лѣваго желудочка истончена, пронизана тѣками фиброзной ткани. На эндокардии лѣвыхъ желудочка и предсердий находится фиброзная утолщения. Капиллярная мышца лѣваго желудочка укорочена, истончена, на разрьѣхъ обильно пронизана тѣками соединительной ткани. Клапаны лѣваго вѣназанаго отверстія на конѣхъ утолщены. Клапаны аорты безъ намяченій. Устья коронарныхъ отверстій сужены; коронарыя артеріи склерозированы. На внутренней поверхности аорты разбросаны въ небольшомъ количествѣ бѣлыя, плотныя бляшки. Въ полостяхъ обѣихъ лѣверъ содержится около $\frac{1}{2}$ литра (въ каждой) светлой серозной жидкости. Легкія мѣстами приращены къ грудной кѣткѣ. Ткань ихъ вездѣ проходима для воздуха, въ нижнихъ отдѣлахъ отечна и наполнена кровью. Въ полости живота около 2 литровъ светлой серозной жидкости. Желудокъ нормальныхъ размеровъ, пустъ; слизистая его свѣтло-розоватаго цѣта. Слизистая тонкая и полостяхъ имѣетъ атрофію, въ нижнихъ отдѣлахъ отечна. Печень немного увеличена; размеры ея: 29.0; 18.0; 9.0; поверхность печени гладкая, консистенція нормальная; ткань печени въ разрьѣхъ богата кровью, имѣетъ ясно выраженный рисунокъ мускулатуры. Селезенка нормальныхъ размеровъ; ткань ея темно-краснаго цѣта, умеренной дряблости.

Почки немного увеличены. Размеры правой почки: 11.5; 7.0; 3.5; размеры лѣвой почки: 11.0; 6.5; 4.0. Вѣсъ правой = 165.0; вѣсъ лѣвой — 160.0. Капсула почти снимается легко. Поверхности почек неровныя, съ рѣдкими небольшими углубленіями; цѣтъ почек синеваго-красный. Вѣнае stellatae рѣдко налиты кровью. Корковое вещество почек свѣтло-краснаго цѣта, лосится корки мѣстами неравномерна, въ общемъ близка къ порку; консистенція корки плотная. Пирамиды, какъ и корка богаты кровью. Артеріи почек умеренно склерозированы. Объемъ лоханокъ и слизистая оболочка ихъ безъ намяченій. Мочеточники, мочевая пузырь и предстѣтельная железа безъ намяченій.

Кости черепа нормальной толщины; мозговые синусы наполнены кровью, также какъ и сосуды piaе matris. Вещество мозга вѣдно, слегка

отечно, желудочки содержатъ немного серозной жидкости. Сосуды основанія мозга склерозированы.

При микроскопическомъ изслѣдованіи почекъ бросается въ глаза переполненіе кровью капилляровъ, окружающихъ мочевые каналы и капилляровъ клубочковъ, незначительное очаговое развитіе соединительной ткани и небольшой паренхиматозный измѣненія эпителия мочевыхъ канальцевъ и клубочковъ.

Мочевые канальцы рѣдко представляютъ другъ къ другу, за исключениемъ отдѣльныхъ рѣдко ветрѣивающихся фокусовъ, гдѣ они окружены и сдавлены разросшемся соединительной тканью, мѣстами инфильтрированной мелкоклеточными элементами. Вездѣ между канальцами видны расширенныя и наполненныя кровью капилляры; особенно сильно расширены капилляры пограничнаго слоя и прямыхъ канальцевъ. Эпителий канальцевъ мочевыхъ канальцевъ, особенно же эпителий Гольмиевой нити представляетъ умеренно набухшимъ, клубка ступенчатъ. Ядра эпителия мочевыхъ канальцевъ окрашены, болѣе частью хорошо, мѣстами мутно; въ нѣкоторыхъ канальцахъ ядра совсемъ не окрашены. Въ просвѣтъ канальцевъ изрядка попадаютъ мелкозернистая масса и кѣтки вынаивнаго эпителия съ плохо окрашенными ядрами. Капсула клубочковъ не утолщена; эпителий капсулы утолщенъ, мѣстами набухъ, мѣстами выпясть въ капсульное пространство, въ большинствѣ клубочковъ растянута. Капилляры клубочковъ переполнены кровью, растянуты. Ядра эпителия клубочковъ хорошо окрашены. Intima артерій почекъ утолщена; вены почекъ расширены.

Анатомическій діагнозъ: *Arteriosclerosis universalis. Myocarditis chr. fibrosa cum degener. parenchymat. Endocarditis parietalis ventr. et atrii sin. chr. fibrosa. Hypertrophia et dilatatio cordis. Endoarteritis chr. fibrosa disseminata. Hyperaemia venosa: renum, hepatis et lienis. Synchieae partialis pleurae utriusque. Oedema lobi infer. pulmon. utriusque. Hydrothorax bilateralis, hydropericardium, ascites, anasarca.*

Наблюденіе № 11.

Клиническій эпикризъ: *Intoxicatio alcoholica chr. exquisita. — Arteriosclerosis. Hypertrophia ventr. sin. cordis. Myocarditis chr. Insufficientia cordis recidens: dilatatio cordis, hypertrophia universalis (anasarca, hydrothorax bilater., ascites), hyperaemia (passiva) hepatis et renum. Compensatio instabilis. Insufficientiae cordis reiteratae. Hemiplegia sin. acuta (encephalomalacia cerebri ex embolia (?) f.).*

Oliguria, albuminuria, cylindruria.

Михаилъ II-въ, 61 г., поступилъ въ больницу 2-го марта 1898 г. съ жалобами на отеки, кашель и одышку.

Страдалъ отеками уже нѣсколько лѣтъ; въ первый разъ отеки появились лѣтъ 6—7 назадъ и повторялись почти ежедневно; нѣсколько разъ была настолько тяжела, что II-въ принужденъ былъ ложиться въ больницу. Отеки всегда были общие, часто сопровождалась кашлемъ и одышкой, иногда носомаси и головной болью; судорожныхъ припадковъ не было. Въ болѣзняхъ, лечившихъ отъ отековъ 4 раза, въ послѣдній разъ около 1-го года назадъ, лечившихъ въ первые 3 раза оставался въ боль-

нить недёлю по 2 по 3 и скоро оправдался, в последний же раз пролежал около 1½ месяца.

Настоящее ухудшение развилося в течение последних 2—3 недёль и началось отеками лица и ног, кашлем и одышкой, за последние дни настолько усилившиеся, что II—вз не мог лежать и принуждён сидеть.

Привычный потогор, алкогольём злоупотреблял с ранних лет (16—18 лет), причём в последние 5—6 лет пить несколько меньше и скорее выпялеть. Кроме того (ср. с детства) выказывал заботливый не пить и всегда пользовался хорошим здоровьем. Лишь и утратил отрицать, маларий не хворал, занят с сыном никогда не пил. Последние 3—4 года определённых занятий не имел, прежде же работал на фабриках и заводах из качества чернорабочего и пользовался относительным достатком. Условия помещения и питания как в прежние время, так и в течение последних лет как же удовлетворительны. Происходит по поводу этой здоровой крестьянской семьи.

Высокого роста, удлинённый типаж. Кожа лица, туловища, конечностей и половых органов значительно отечна, на коже мошонки небольшая трещина, из которой сочится водянистая жидкость. На обоих сторонах груди, внизу припухлость перкуторного звука, верхняя граница которого стоит сзади пальца на 2 палец угла лопатки. При припухлости даётся в области груди и в области живота, выше везикулы выслушиваются в основном количества сухие и влажные хрипы. R=35 в 1'. Мокрота небольшая, слизистая. Толщина сердца между 6/7 ребр. на 1 палец снаружи от льяного соска; правая граница сердца захватывает немного за правый край грудины, верхняя на 4-х ребр. Тоны сердца чисты. Р. хоронее наполнения, частый, с рёвными переборами, 115 ударов в 1'. Артерии уплотнены, Pot.—24. Аппетит плохой. Живот увеличивается в размерах, удлинённый асцит (до пупка). Печень и селезенка не прощупываются. Стул 1 раз в день, нормальный; моча жёлто-красная, прозрачная, г.—кислая. U=300 к. с., d=1020, кол-ва. б/ка=0,75 г. (1/2²⁰); в осадке найдены в небольшом количестве зернистые и гиалиновые цилиндры и немного лейкоцитов. Реакция на сахар отрицательная. Стул 1 раз в день, жидкий. Умёренная головная боль. Сон плохой; спать сидит.

Назначено ванна 2 раза в день по 30', легкая возбуждающая и легкая сжиганная дёта (суп с курицей, 2 яйца, молоко и б/ль хлб.), причём в течение первой недёли наблюдения состояние оставалось без перемены — замедлился лишь Р. (с 115 до 90) и немного уменьшился одышка (30), отеки же не уменьшились и количество мочи уменьшилось было скудное, с порядочным содержанием б/ка (1/2²⁰—2²⁰ г.). На второй недёле был назначен digitalis, а затем adonis veratrum, что содействовало постепенному увеличению U, уменьшению отеков и улучшению самочувствия.

В течение второй недёли U съ 600 к. с. достигло до 1700 к. с., на третьей недёле U дошло до 3000 к. с. и в дальнейшем колебалось между 2500—1800 к. с. почти до конца наблюдения. Съ увеличением U содержание б/ка в ней и д значительно понижалось, к концу второй недёли количество б/ка в мочи равнялось слёдам, d=1009, начиная же съ третьей недёли и до конца наблюдения б/ок в мочи или совсем не определялся, или определялся в видь слёдов, и д колебался между 1008—1005. При повторном микрооскопировании в течение третьей недёли цилиндры в ней не было найдено. Описанное съ увеличением количества мочи отеки стали постепенно опадать, прекратилось выделение водянистой жидкости из трещины на мошонке, припухлость в нижних отделах груди скоро исчезло, кашель и одышка значительно уменьшились. К началу третьей недёли II—вз уже мог спать лёжа. Р. начиная съ третьей недёли, установился на 80—78 удар в 1', число дыханий на 20—18 в 1'. Самочувствие в течение дальнейшего наблюдения оставалось довольно

равным—удовлетворительным и лишь нарёдка, по видимому, под влиянием жёсткой дёты появлялось головная боль и тошнота, проходящие вместе съ переменной жёсткой пищи из молочно или с/млянутой.

Къ середине второго месяца наблюдения II—вз, окончательно освободился от отеков и, пробуя в 6-х 56 дней вылезть из неа чувствую себя вполне опранным. В день выхода U=1800 к. с., d=1006, г.—кислая, б/ка и цилиндры не найдено. Толщина сердца между 6/7 ребр. по льявой сосковой, правая граница сердечной туловища по льявому краю грудины; тоны сердца чисты. Р. 74 в 1'; правильного ритма, твердый. Всь т/ла при поступлении—121900, при выходе—80100 гр.

Исследование выделения мелиленовой сини было произведено дважды. Первое исследование было произведено в период расстройства компенсации сердца, на 2-й день наблюдения, в 11 ч. утра 3-го.

За сутки, истекшая перед выписыванием, U=500 к. с., d=1020, г.—кислая. Моча красно-жёлтого цвета, прозрачная, содержит около 2% б/ка. Реакция на сахар и желчные пигменты отрицательная. В осадке найдены в небольшом количестве зернистые и гиалиновые цилиндры и немного лейкоцитов. Pot. (правая л/чая)=24.

Выделение мелиленовой сини.

Начало: M. через 2 ч. (асцит). Maximum: M. — 4 ч.
Chr. — 2 ч. (асцит). Chr. — 4 ч.

Продолж. выделения: M. — 85 ч. Интенсивн. общ. maximum'a=III—II.

Кривая выделения M, Chr и общая кривая: правильная циклическая.

Преобладающая форма выделения: равномерное выделение обих форм. Продолжительность общего maximum'a=16 ч.

Общее количество мочи за все время выделения=1900 к. с.

Примечание. Первая порция мочи была получена только через 2 часа. Собирать сочувствовал из трещины мошонки водянистую жидкость, мы не нашли в ней ни M, ни Chr.

Второе исследование мелиленовой сини было произведено в период полного восстановления компенсации сердца, в 10 ч. утра 18-го.

За сутки, истекшая перед выписыванием, U=2000 к. с., d=1005, г.—кислая. Моча сърко-жёлтого цвета, прозрачная, б/ка, сахара и форменных элементов не найдено.

Pot. (правая л/чая)=26.

Выделение мелиленовой сини.

Начало: M. через 1 ч. Maximum: M. — 3 ч.
Chr. — 1 ч. Chr. — 3 ч.

Продолж. выделения: M. — 65 ч. Интенсивн. общего maximum'a=III.

Chr. — 70 ч.

Кривая выделения M, Chr и общая кривая: правильная циклическая.

Преобладающая форма выделения: обь формы выделения равномерно.

Продолжительность общего maximum'a=12 ч.

Общее количество мочи за все время выделения=3600 к. с.

Через 19 месяцев (12/х 1899 г.). П—т вновь поступил в больницу по поводу отеков и одышки. Отмечены общая анемия, двухсторонний гидрофобоз, асцит, олигурия, повышенная альбуминурия (0,5—1 гр.). В начале значительное ухудшение (печеночные отеки и одышка), в дальнейшем отмечаются повторные приступы растройства компенсации, выражавшиеся умеренными отеками и одышкой, исчезающими при назначении сердечных средств (digitalis, adonis, t-gra strophanti). В конце 2-го месяца пребывания в больнице (3/х 1900 г.), при удовлетворительном состоянии П и К, внезапно ухудшилось — потеря сознания, паралич, титных конечностей. Через два дня смерть при явлениях отека легких.

За последние дни наблюдения отмечена немного повышенной (37,8—37,2).

При вскрытии (д-р Г. С. Кулеба) обнаружены наибольшие изменения со стороны сосудов, сердца (размеры: 14,0—12,0—2,5) и мозга (см. ниже анатомический диагноз).

Почки найдены слишком увеличенными. Размеры правой: 10,0; 3,0; 3,5; левой: 10,5; 4,2; 3,5. Весъ правой почки—210 гр., левой—205 гр. Поверхность почечъ ровная, синевато-красного цвета, капсула снимается легко. Корковый слой не уменьшен, рисунок его мутный. Пирамиды залиты кровью.

При **микроскопическом** исследовании замечается переполнение кровью сосудов почечъ, незначительное очаговое развитие соединительной ткани и обширные дегенеративные изменения.

Мочевые каналы слегка расширены наполненными кровью и растянутыми капиллярами. Наряду между канальцами и вокруг клубочков замечается очаговое развитие соединительной ткани, мстами умеренно инфильтрованной крутоосточными клетками. Эпителий папиллярных канальцев и особенно Гентелевой петли умеренно набух, съ мутновато-окрасившимися ядрами. Клубочки тонко очерчены, капсульное пространство мстами умеренно растянуто и содержит немного красных кровяных шариков. Сосуды клубочков наполнены кровью. Интима сосудов почечъ резко утолщена.

Анатомический диагноз. *Encephalomalacia cerebri in regione thalami optici dex. Arteriosclerosis cerebri et universalis. Hypertrophia ventr. sin. cordis. Myocarditis chr. fibrosa. Incasatio v. v. aortae. Endoarteritis chr. fibrosa. Obliteratio ducti cystici. Cholecystitis chr. et acuta purulenta. Induratio cyanotica et degeneratio parenchymatosa: hepatis, lienis et renum. Oedema pulmonum et cerebri.*

Наблюдение № 12.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chron. Alimentatio deficiens. — Arteriosclerosis. Endoarteritis chr. et endocarditis chr. consecutiva v. v. aortae. Insufficiencia v. v. aortae. Hypertrophia vent. sin. cordis. Angina pectoris. Myodegeneratio cordis. Insufficiencia cordis: dilatatio cordis, anasarca extremid. infer., arhythmia.*

Oliguria, albuminuria.

Николай Ф.—в, 54-лѣтъ, поступил в больницу 6-го августа 1898 г.: одышка и отеки. Однушку начать страдал около 1 года назад. В начале она появлялась на короткое время, при тяжелой работе, в последние же 2—3 месяца появляется приступами, наступающими безъ

видной причины. При одышке часто слышались сердцебиения, головная боль и чувство страха. Нехватъ 1-го назад впервые появилась отеки ногъ, что совпало съ усилением одышки и сердцебиений. Раньше пользовался хорошим здоровьем и только въ молодости перенес, по недомоганию, скорбутъ; на лѣсъ и поларктикъ нѣтъ указаний. Около 20-лѣтъ шель волку. Поиски работы способности замѣтилъ года 3 назад, последние же 3 мѣсяца совсемъ не могъ работать. До отбыванія воинской повинности жилъ въ деревнѣ въ обычныхъ условіяхъ крестьянской семьи, среднего достатка; съ 26-лѣтъ живель въ Сиб., работал на промышленныхъ судахъ, гдѣ нередко приходилось подвергаться холоду, сырости и питался соломенно и хлѣбомъ. Указанія на патологическую наследственность отсутствовали.

Объективно умеренного питания, хорошего сложенія. Цианотическая окраска кожи лица и рукъ, породная отчетливая нижнихъ конечностей и половыхъ органовъ. Точнее сердца между 6-го ребра по сосковой; правая граница сердечной тупости у правого края грудины, верхняя между 3/4 ребр. У верхушки выслушивается слабый шумъ при второмъ тоѣ, на аортѣ—два шума, причемъ второй выраженъ рѣче. Пульсация крупныхъ артерій шеи, скорый, съ перебоимъ пульсъ, 94 уд. въ 1'. Артерій плечи, ливаиста, шероховаты. Рассыпанные сухіе хрипы при выслушиваніи груди. Незначительный сухой кашель. R—28 въ 1'. Отправления кишечника правильны. Печень и селезенка не прощупываются. U=550 к. с., d=1021, r—кислая. Моча красно-желтого цвета, содержитъ слѣды белка, цилиндровъ не найдено.

Синтъ плохъ, въ садичемъ положеніи; въ почъ по поступленію перенесъ 2 большихъ приступа одышки, продолжавшихся около 1 ч., и дышалъ несколько (5—7) минутъ.

Въ условіяхъ больницы и постановки при дифференціи терапій (t-gra valer) состояние больного быстро улучшилось. На третьѣ почъ у него быль уже только 1 врипадокъ и онъ могъ спать уже лежа, а на 4-ый день приступы одышки совершенно прекратились; постепенно стало нарастать кочич, мочи и одновременно съ этимъ начали опадать отеки. Съ 6-му дня наблюданія отеки исчезли, но оставалась еще довольно рѣзкая аритмія, печеночная постъ непродолжительныхъ приемовъ digitalis'a.

У на 3-й день наблюданія =1100 к. с., на 4-й день 3200, на 5-й 3500, на 6-й 2500, а затѣмъ колебалось между 1800—1400 к. с., при d=—1015—1009. Слѣды белка оставались въ теченіе 3-хъ дней, начиная же съ 4-го дня реакція на белокъ была отрицательная.

Пробный въ 6-хъ 16 дней. Ф.—въ вышедшей при многиъ удовлетворительномъ самочувствіи. Въ день выписки отмечено: кочичъ, сердца между 6/7 ребр. по сосковой, правая граница у тѣнаго края грудины. Слабый шумъ при 2 тоѣ у верхушки и 2 шума на аортѣ въ прежней силѣ. Пульсъ ритмичен, целог. Отековъ нѣтъ. R=18.

Весъ тѣла при поступленіи 66400, при выпискѣ 61600 гр.

Исследованіе выдѣленія мочи, синтъ было произведено въ 1-й день наблюданія, въ 2-й, 3-й, 4-й, 5-й, 6-й, 7-й, 8-й, 9-й, 10-й, 11-й, 12-й, 13-й, 14-й, 15-й, 16-й, 17-й, 18-й, 19-й, 20-й, 21-й, 22-й, 23-й, 24-й, 25-й, 26-й, 27-й, 28-й, 29-й, 30-й, 31-й, 32-й, 33-й, 34-й, 35-й, 36-й, 37-й, 38-й, 39-й, 40-й, 41-й, 42-й, 43-й, 44-й, 45-й, 46-й, 47-й, 48-й, 49-й, 50-й, 51-й, 52-й, 53-й, 54-й, 55-й, 56-й, 57-й, 58-й, 59-й, 60-й, 61-й, 62-й, 63-й, 64-й, 65-й, 66-й, 67-й, 68-й, 69-й, 70-й, 71-й, 72-й, 73-й, 74-й, 75-й, 76-й, 77-й, 78-й, 79-й, 80-й, 81-й, 82-й, 83-й, 84-й, 85-й, 86-й, 87-й, 88-й, 89-й, 90-й, 91-й, 92-й, 93-й, 94-й, 95-й, 96-й, 97-й, 98-й, 99-й, 100-й, 101-й, 102-й, 103-й, 104-й, 105-й, 106-й, 107-й, 108-й, 109-й, 110-й, 111-й, 112-й, 113-й, 114-й, 115-й, 116-й, 117-й, 118-й, 119-й, 120-й, 121-й, 122-й, 123-й, 124-й, 125-й, 126-й, 127-й, 128-й, 129-й, 130-й, 131-й, 132-й, 133-й, 134-й, 135-й, 136-й, 137-й, 138-й, 139-й, 140-й, 141-й, 142-й, 143-й, 144-й, 145-й, 146-й, 147-й, 148-й, 149-й, 150-й, 151-й, 152-й, 153-й, 154-й, 155-й, 156-й, 157-й, 158-й, 159-й, 160-й, 161-й, 162-й, 163-й, 164-й, 165-й, 166-й, 167-й, 168-й, 169-й, 170-й, 171-й, 172-й, 173-й, 174-й, 175-й, 176-й, 177-й, 178-й, 179-й, 180-й, 181-й, 182-й, 183-й, 184-й, 185-й, 186-й, 187-й, 188-й, 189-й, 190-й, 191-й, 192-й, 193-й, 194-й, 195-й, 196-й, 197-й, 198-й, 199-й, 200-й, 201-й, 202-й, 203-й, 204-й, 205-й, 206-й, 207-й, 208-й, 209-й, 210-й, 211-й, 212-й, 213-й, 214-й, 215-й, 216-й, 217-й, 218-й, 219-й, 220-й, 221-й, 222-й, 223-й, 224-й, 225-й, 226-й, 227-й, 228-й, 229-й, 230-й, 231-й, 232-й, 233-й, 234-й, 235-й, 236-й, 237-й, 238-й, 239-й, 240-й, 241-й, 242-й, 243-й, 244-й, 245-й, 246-й, 247-й, 248-й, 249-й, 250-й, 251-й, 252-й, 253-й, 254-й, 255-й, 256-й, 257-й, 258-й, 259-й, 260-й, 261-й, 262-й, 263-й, 264-й, 265-й, 266-й, 267-й, 268-й, 269-й, 270-й, 271-й, 272-й, 273-й, 274-й, 275-й, 276-й, 277-й, 278-й, 279-й, 280-й, 281-й, 282-й, 283-й, 284-й, 285-й, 286-й, 287-й, 288-й, 289-й, 290-й, 291-й, 292-й, 293-й, 294-й, 295-й, 296-й, 297-й, 298-й, 299-й, 300-й, 301-й, 302-й, 303-й, 304-й, 305-й, 306-й, 307-й, 308-й, 309-й, 310-й, 311-й, 312-й, 313-й, 314-й, 315-й, 316-й, 317-й, 318-й, 319-й, 320-й, 321-й, 322-й, 323-й, 324-й, 325-й, 326-й, 327-й, 328-й, 329-й, 330-й, 331-й, 332-й, 333-й, 334-й, 335-й, 336-й, 337-й, 338-й, 339-й, 340-й, 341-й, 342-й, 343-й, 344-й, 345-й, 346-й, 347-й, 348-й, 349-й, 350-й, 351-й, 352-й, 353-й, 354-й, 355-й, 356-й, 357-й, 358-й, 359-й, 360-й, 361-й, 362-й, 363-й, 364-й, 365-й, 366-й, 367-й, 368-й, 369-й, 370-й, 371-й, 372-й, 373-й, 374-й, 375-й, 376-й, 377-й, 378-й, 379-й, 380-й, 381-й, 382-й, 383-й, 384-й, 385-й, 386-й, 387-й, 388-й, 389-й, 390-й, 391-й, 392-й, 393-й, 394-й, 395-й, 396-й, 397-й, 398-й, 399-й, 400-й, 401-й, 402-й, 403-й, 404-й, 405-й, 406-й, 407-й, 408-й, 409-й, 410-й, 411-й, 412-й, 413-й, 414-й, 415-й, 416-й, 417-й, 418-й, 419-й, 420-й, 421-й, 422-й, 423-й, 424-й, 425-й, 426-й, 427-й, 428-й, 429-й, 430-й, 431-й, 432-й, 433-й, 434-й, 435-й, 436-й, 437-й, 438-й, 439-й, 440-й, 441-й, 442-й, 443-й, 444-й, 445-й, 446-й, 447-й, 448-й, 449-й, 450-й, 451-й, 452-й, 453-й, 454-й, 455-й, 456-й, 457-й, 458-й, 459-й, 460-й, 461-й, 462-й, 463-й, 464-й, 465-й, 466-й, 467-й, 468-й, 469-й, 470-й, 471-й, 472-й, 473-й, 474-й, 475-й, 476-й, 477-й, 478-й, 479-й, 480-й, 481-й, 482-й, 483-й, 484-й, 485-й, 486-й, 487-й, 488-й, 489-й, 490-й, 491-й, 492-й, 493-й, 494-й, 495-й, 496-й, 497-й, 498-й, 499-й, 500-й, 501-й, 502-й, 503-й, 504-й, 505-й, 506-й, 507-й, 508-й, 509-й, 510-й, 511-й, 512-й, 513-й, 514-й, 515-й, 516-й, 517-й, 518-й, 519-й, 520-й, 521-й, 522-й, 523-й, 524-й, 525-й, 526-й, 527-й, 528-й, 529-й, 530-й, 531-й, 532-й, 533-й, 534-й, 535-й, 536-й, 537-й, 538-й, 539-й, 540-й, 541-й, 542-й, 543-й, 544-й, 545-й, 546-й, 547-й, 548-й, 549-й, 550-й, 551-й, 552-й, 553-й, 554-й, 555-й, 556-й, 557-й, 558-й, 559-й, 560-й, 561-й, 562-й, 563-й, 564-й, 565-й, 566-й, 567-й, 568-й, 569-й, 570-й, 571-й, 572-й, 573-й, 574-й, 575-й, 576-й, 577-й, 578-й, 579-й, 580-й, 581-й, 582-й, 583-й, 584-й, 585-й, 586-й, 587-й, 588-й, 589-й, 590-й, 591-й, 592-й, 593-й, 594-й, 595-й, 596-й, 597-й, 598-й, 599-й, 600-й, 601-й, 602-й, 603-й, 604-й, 605-й, 606-й, 607-й, 608-й, 609-й, 610-й, 611-й, 612-й, 613-й, 614-й, 615-й, 616-й, 617-й, 618-й, 619-й, 620-й, 621-й, 622-й, 623-й, 624-й, 625-й, 626-й, 627-й, 628-й, 629-й, 630-й, 631-й, 632-й, 633-й, 634-й, 635-й, 636-й, 637-й, 638-й, 639-й, 640-й, 641-й, 642-й, 643-й, 644-й, 645-й, 646-й, 647-й, 648-й, 649-й, 650-й, 651-й, 652-й, 653-й, 654-й, 655-й, 656-й, 657-й, 658-й, 659-й, 660-й, 661-й, 662-й, 663-й, 664-й, 665-й, 666-й, 667-й, 668-й, 669-й, 670-й, 671-й, 672-й, 673-й, 674-й, 675-й, 676-й, 677-й, 678-й, 679-й, 680-й, 681-й, 682-й, 683-й, 684-й, 685-й, 686-й, 687-й, 688-й, 689-й, 690-й, 691-й, 692-й, 693-й, 694-й, 695-й, 696-й, 697-й, 698-й, 699-й, 700-й, 701-й, 702-й, 703-й, 704-й, 705-й, 706-й, 707-й, 708-й, 709-й, 710-й, 711-й, 712-й, 713-й, 714-й, 715-й, 716-й, 717-й, 718-й, 719-й, 720-й, 721-й, 722-й, 723-й, 724-й, 725-й, 726-й, 727-й, 728-й, 729-й, 730-й, 731-й, 732-й, 733-й, 734-й, 735-й, 736-й, 737-й, 738-й, 739-й, 740-й, 741-й, 742-й, 743-й, 744-й, 745-й, 746-й, 747-й, 748-й, 749-й, 750-й, 751-й, 752-й, 753-й, 754-й, 755-й, 756-й, 757-й, 758-й, 759-й, 760-й, 761-й, 762-й, 763-й, 764-й, 765-й, 766-й, 767-й, 768-й, 769-й, 770-й, 771-й, 772-й, 773-й, 774-й, 775-й, 776-й, 777-й, 778-й, 779-й, 780-й, 781-й, 782-й, 783-й, 784-й, 785-й, 786-й, 787-й, 788-й, 789-й, 790-й, 791-й, 792-й, 793-й, 794-й, 795-й, 796-й, 797-й, 798-й, 799-й, 800-й, 801-й, 802-й, 803-й, 804-й, 805-й, 806-й, 807-й, 808-й, 809-й, 810-й, 811-й, 812-й, 813-й, 814-й, 815-й, 816-й, 817-й, 818-й, 819-й, 820-й, 821-й, 822-й, 823-й, 824-й, 825-й, 826-й, 827-й, 828-й, 829-й, 830-й, 831-й, 832-й, 833-й, 834-й, 835-й, 836-й, 837-й, 838-й, 839-й, 840-й, 841-й, 842-й, 843-й, 844-й, 845-й, 846-й, 847-й, 848-й, 849-й, 850-й, 851-й, 852-й, 853-й, 854-й, 855-й, 856-й, 857-й, 858-й, 859-й, 860-й, 861-й, 862-й, 863-й, 864-й, 865-й, 866-й, 867-й, 868-й, 869-й, 870-й, 871-й, 872-й, 873-й, 874-й, 875-й, 876-й, 877-й, 878-й, 879-й, 880-й, 881-й, 882-й, 883-й, 884-й, 885-й, 886-й, 887-й, 888-й, 889-й, 890-й, 891-й, 892-й, 893-й, 894-й, 895-й, 896-й, 897-й, 898-й, 899-й, 900-й, 901-й, 902-й, 903-й, 904-й, 905-й, 906-й, 907-й, 908-й, 909-й, 910-й, 911-й, 912-й, 913-й, 914-й, 915-й, 916-й, 917-й, 918-й, 919-й, 920-й, 921-й, 922-й, 923-й, 924-й, 925-й, 926-й, 927-й, 928-й, 929-й, 930-й, 931-й, 932-й, 933-й, 934-й, 935-й, 936-й, 937-й, 938-й, 939-й, 940-й, 941-й, 942-й, 943-й, 944-й, 945-й, 946-й, 947-й, 948-й, 949-й, 950-й, 951-й, 952-й, 953-й, 954-й, 955-й, 956-й, 957-й, 958-й, 959-й, 960-й, 961-й, 962-й, 963-й, 964-й, 965-й, 966-й, 967-й, 968-й, 969-й, 970-й, 971-й, 972-й, 973-й, 974-й, 975-й, 976-й, 977-й, 978-й, 979-й, 980-й, 981-й, 982-й, 983-й, 984-й, 985-й, 986-й, 987-й, 988-й, 989-й, 990-й, 991-й, 992-й, 993-й, 994-й, 995-й, 996-й, 997-й, 998-й, 999-й, 1000-й, 1001-й, 1002-й, 1003-й, 1004-й, 1005-й, 1006-й, 1007-й, 1008-й, 1009-й, 1010-й, 1011-й, 1012-й, 1013-й, 1014-й, 1015-й, 1016-й, 1017-й, 1018-й, 1019-й, 1020-й, 1021-й, 1022-й, 1023-й, 1024-й, 1025-й, 1026-й, 1027-й, 1028-й, 1029-й, 1030-й, 1031-й, 1032-й, 1033-й, 1034-й, 1035-й, 1036-й, 1037-й, 1038-й, 1039-й, 1040-й, 1041-й, 1042-й, 1043-й, 1044-й, 1045-й, 1046-й, 1047-й, 1048-й, 1049-й, 1050-й, 1051-й, 1052-й, 1053-й, 1054-й, 1055-й, 1056-й, 1057-й, 1058-й, 1059-й, 1060-й, 1061-й, 1062-й, 1063-й, 1064-й, 1065-й, 1066-й, 1067-й, 1068-й, 1069-й, 1070-й, 1071-й, 1072-й, 1073-й, 1074-й, 1075-й, 1076-й, 1077-й, 1078-й, 1079-й, 1080-й, 1081-й, 1082-й, 1083-й, 1084-й, 1085-й, 1086-й, 1087-й, 1088-й, 1089-й, 1090-й, 1091-й, 1092-й, 1093-й, 1094-й, 1095-й, 1096-й, 1097-й, 1098-й, 1099-й, 1100-й, 1101-й, 1102-й, 1103-й, 1104-й, 1105-й, 1106-й, 1107-й, 1108-й, 1109-й, 1110-й, 1111-й, 1112-й, 1113-й, 1114-й, 1115-й, 1116-й, 1117-й, 1118-й, 1119-й, 1120-й, 1121-й, 1122-й, 1123-й, 1124-й, 1125-й, 1126-й, 1127-й, 1128-й, 1129-й, 1130-й, 1131-й, 1132-й, 1133-й, 1134-й, 1135-й, 1136-й, 1137-й, 1138-й, 1139-й, 1140-й, 1141-й, 1142-й, 1143-й, 1144-й, 1145-й, 1146-й, 1147-й, 1148-й, 1149-й, 1150-й, 1151-й, 1152-й, 1153-й, 1154-й, 1155-й, 1156-й, 1157-й, 1158-й, 1159-й, 1160-й, 1161-й, 1162-й, 1163-й, 1164-й, 1165-й, 1166-й, 1167-й, 1168-й, 1169-й, 1170-й, 1171-й, 1172-й, 1173-й, 1174-й, 1175-й, 1176-й, 1177-й, 1178-й, 1179-й, 1180-й, 1181-й, 1182-й, 1183-й, 1184-й, 1185-й, 1186-й, 1187-й, 1188-й, 1189-й, 1190-й, 1191-й, 1192-й, 1193-й, 1194-й, 1195-й, 1196-й, 1197-й, 1198-й, 1199-й, 1200-й, 1201-й, 1202-й, 1203-й, 1204-й, 1205-й, 1206-й, 1207-й, 1208-й, 1209-й, 1210-й, 1211-й, 1212-й, 1213-й, 1214-й, 1215-й, 1216-й, 1217-й, 1218-й, 1219-й, 1220-й, 1221-й, 1222-й, 1223-й, 1224-й, 1225-й, 1226-й, 1227-й, 1228-й, 1229-й, 1230-й, 1231-й, 1232-й, 1233-й, 1234-й, 1235-й, 1236-й, 1237-й, 1238-й, 1239-й, 1240-й, 1241-й, 1242-й, 1243-й, 1244-й, 1245-й, 1246-й, 1247-й, 1248-й, 1249-й, 1250-й, 1251-й, 1252-й, 1253-й, 1254-й, 1255-й, 1256-й, 1257-й, 1258-й, 1259-й, 1260-й, 1261-й, 1262-й, 1263-й, 1264-й, 1265-й, 1266-й, 1267-й, 1268-й, 1269-й, 1270-й, 1271-й, 1272-й, 1273-й, 1274-й, 1275-й, 1276-й, 1277-й, 1278-й, 1279-й, 1280-й, 1281-й, 1282-й, 1283-й, 1284-й, 1285-й, 1286-й, 1287-й, 1288-й, 1289-й, 1290-й, 1291-й, 1292-й, 1293-й, 1294-й, 1295-й, 1296-й, 1297-й, 1298-й, 1299-й, 1300-й, 1301-й, 1302-й, 1303-й, 1304-й, 1305-й, 1306-й, 1307-й, 1308-й, 1309-й, 1310-й, 1311-й, 1312-й, 1313-й, 1314-й, 1315-й, 1316-й, 1317-й, 1318-й, 1319-й, 1320-й, 1321-й, 1322-й, 1323-й, 1324-й, 1325-й, 1326-й, 1327-й, 1328-й, 1329-й, 1330-й, 1331-й, 1332-й, 1333-й, 1334-й, 1335-й, 1336-й, 1337-й, 1338-й, 1339-й, 1340-й, 1341-й, 1342-й, 1343-

Преобладающая форма выдѣл.: небольшое преобладание Chr.
Общее колич. мочи за все время выдѣл. = 4600 к. с.

Наблюдение № 13.

Клинический эпикриз: *Alcoholismus moderatus, Labor excessivus, Arteriosclerosis, Endocarditis chr. Myodegeneratio cordis, Insufficiencia cordis: dilatatio cordis, hyperlymphia universalis (anasarca, hydrothorax bilateralis) hyperaemia passiva hepatis et renum. Arthralgia.*

Oliguria, albuminuria.

Василий М.—вѣ, 55 лѣтъ, поступилъ въ 6-цу 2-го августа 1898 г., съ жалобами на отеки и одышку. Страдаетъ около 1 года одышкой, появляющейся при ходьбѣ и работѣ. Иногда одышка сопровождается тупыми болями по груди, ларьдка сухимъ кашлемъ и болью въ лѣвомъ боку. Около 3-хъ мѣсяцевъ назадъ сталъ замѣчать по вечерамъ незначительную отечность стопъ и голеней, которая къ утру исчезала. Недѣлю 2 назадъ, посѣвъ продолжительной ходьбы, почувствовалъ значительную одышку и замѣтилъ, на стопахъ и голеняхъ отечность, которая постепенно нарастала. Въ больницу ложился въ 1-й разъ. Патологическое прошлое не опредѣляется; до послѣдняго года всегда пользовался хорошимъ самочувствіемъ. Суставы не болѣли, левъ отрицаетъ. Воду прежде работалъ на фабрикахъ и заводахъ (термобачей), послѣдніе же 6 мѣсяцевъ не работаетъ вследствие одышки. Занятій со свинцомъ не имѣлъ. Условія помѣщенія и питанія повидному удовлетворительны. Имѣетъ взрослыхъ здоровыхъ дѣтей; вышедшей у жены не было.

Средняго роста, крѣпкого сложенія, удовлетворительнаго питанія. Порывчатая отечность покрываетъ нижнюю конечностей и туловища, ничтожная отечность лица. Умѣренный шумъъ конечностей. Въ нижнихъ отделахъ груди посѣвъ притупленнаго звука и ослабленныхъ дыхательныхъ шумовъ, выслухо на ладно, одинаково на обоихъ сторонахъ. Сухой кашель. Значительная одышка; R=34 въ 1'. Толчокъ сердца между 5/6 ребромъ, немного не доходя до лѣваго соска, правая граница сердечной тупости сдвигается съ тупостью на правой сторонѣ груди, верхняя на 3/4 ребра. У верхушки и на аортѣ при первомъ толкѣ шумъ, рѣзче выраженный на аортѣ. Умѣренный акцентъ на 2-мъ тогѣ art. pulm. Артерия упруга; P=85 ударовъ въ 1', съ рѣдкими перебоями. Животъ слегка раздутъ, прощупывается немного болѣзненный край печени, выступающій пальца на 2 изъ-подъ реберъ, правой. Селезенка не прощупывается. Стулъ правильный, 1 разъ въ день.

U=1700 к. с., d=1008 г. к. кр. моча желтоватого цвѣта, прозрачная, содержитъ следы белка. Въ осадкѣ (центрифуга) цилиндровъ не найдено. Реакція на сахаръ отрицательная. Аппетитъ пониженъ, сонъ плохой. Общее состояние умѣренной тяжести. Въ условіяхъ больницы обстановки, при дифференціальной терапіи (t-ga valer.) и сѣмьянной дѣтѣ, больной сталъ быстро поправляться.

Количество мочи черезъ 5 дней дошло до 3400 к. с., отеки ошли, появился хороший сонъ и улучшился аппетитъ. Одышка тоже рѣзко уменьшилась, перебои исчезли. Въ продолженіе всего дальнѣйшаго наблюденія состояние было вполне удовлетворительнымъ. Назначенную съ 3-го дня полную месячную порцію перенесъ вполне удовлетворительно. Количество мочи вскорѣ установилось на 1800—1400 к. с. при d=1009—1005; следы белка въ теченіе 4-хъ дней, духъ посѣвъ то появлялись, то исчезали, въ послѣднія же 1 1/2 недѣли моча была не

содержала. Цилиндровъ при повторномъ изслѣдованіи на разу не было найдено. Черезъ 26 дней выписанъ вполне оправившимся.

Въ день выхода: размеры сердца въ предѣлахъ нормы; шумъ у верхушки выраженъ очень слабо, на аортѣ попрежнему отчетливъ. Пульсъ правильного ритма, 80 уд. въ 1', число дыханій = 20. Отековъ нѣтъ. Колич. мочи = 1500 к. с., удѣлы. вѣсъ = 1010, белка и цилиндровъ нѣтъ.

Изслѣдованіе выдѣленія метиленовой сини проведено въ 1-й день наблюденія, въ 11 ч. утра 3/ви.

За сутки, истекшія передъ выписканіемъ. U=1700 к. с., d=1008, г.—кислая. Моча желтоватаго цвѣта, прозрачная, содержитъ следы белка; цилиндровъ въ осадкѣ (центрифуга) не найдено. Суточное колич. мочевины = 19.5; суточн. колич. P=13. Pot (въ правой лучевой) = 20.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: M. черезъ 1 ч. Maximum: M. черезъ 3 ч. (слабый).
Chr. 1/2 Chr. 3. (сильный).
Продолж. выд.: M. — 16 ч. Интенс. общаго maximum'a = 2/3 — 1.
Chr. — 55

Кривая выдѣленія M. Chr. в общій кризисъ: правильная пульсисическая. Преобладающая форма выдѣленія—Chr; M выдѣлялось малыми количествами, посѣвъ 9-го часа слѣдами.

Количество мочи за все время выдѣленія = 5300 к. с.

Наблюдение № 14.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chr. moderata, Alimentatio deficiens, Arteriosclerosis (et atheromatosis aortae), Hypertrophia vent. sin. cordis, Myodegeneratio cordis, Compensatio instabilis. Insufficiencia cordis recedens: dilatatio cordis, hyperlymphia universalis (anasarca, ascites), hyperaemia passiva hepatis et renum.*

Oliguria, albuminuria.

Наталья II—ва, 66 лѣтъ, поступила въ больницу 22 марта 1898 г. съ жалобами на одышку, отеки и общую слабость.

Одышкой страдаетъ около 5 лѣтъ; отеки появились въ первый разъ 4 года назадъ въ началѣ отеками только голеней и ступней, въ послѣдніе же 3 года отеки время отъ времени распространяются на все тѣло, а въ общее состояние становится тяжелымъ. За послѣдніе 3 года II—ва по поводу сильныхъ отековъ лежала въ больницу 5 разъ, въ послѣдній разъ 1/2 года назадъ. Изъ заблужденій въ прошломъ указываетъ на перенесенный въ молодости, повидному, брюшной тифъ. Замужъ вышла на 18-мъ году; родила 7 разъ, роды были благополучны; въ дѣти умерли въ раннемъ возрастѣ. Мужъ алкоголикъ, умеръ на 46-мъ году отъ какой-то острой инфекціи. До замужества II—ва жила въ деревнѣ, въ хорошихъ условіяхъ, посѣвъ замужества въ Петербургѣ, гдѣ, благодаря вѣнчанью мужа, условія жизни были очень тяжелы, какъ въ отношеніи обстановки, такъ и въ нравственномъ отношеніи. На 42-мъ году, посѣвъ смерти мужа, II—ва начала скупить въ качествѣ одной прислуги, въ 50 лѣтъ—пьяная, а на 60-мъ году стала замѣчать упадокъ силъ, и съ тѣхъ поръ остается безъ занятій, жила въ углѣхъ и скудно питалась. Сигарные палитки уно-

дневно отъ $\frac{1}{2}$ до 1 бут. въ день, въ послѣдніе же 2—3 года пить много, очень рѣдко допьяна. Дважды (10 и 15 лѣтъ назадъ) перенесъ послѣднее злѣе заболевание на лѣсъ и свинцовое отравленіе указаний нѣтъ. Живетъ постоянно въ Сиб. съ дѣтства работая въ порослевой мастерской, въ началѣ какъ ученикъ, а лѣтъ 20 какъ хозяинъ. Всегда пользовался хорошими условіями помѣщенія и питания. Отсутствіе указаний на патологическую наследственность.

Высокаго роста, хорошаго питания и сложенія, выглядятъ нѣсколько старше своихъ лѣтъ. Незначительная отечность стопъ и голени обѣихъ ногъ. Толчокъ сердца въ 6-мъ межребрѣ на 1 палецъ выше отъ соска; правая граница сердечной тупости по *lin. med.*, верхняя на 4-мъ ребрѣ. Тоны сердца чисты, но 1-й на аортѣ глухой. Артерій плотны, не напряжены: $P=86$ въ 1', хорошаго наполненія, съ переборами. Ротъ (правая дуга) $=20$, $R=30$ въ 1'. Отравленія кишечника правильная. Печень и селезенка не прощупываются. $U=800$ к. с., $d=1018$, $g=$ кислая. Моча желтого цвѣта, прозрачная, реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательная; циндидрогъ въ осадкѣ не найденъ (центрифуга). Сила правыхъ руки и ноги понижена, но объемъ движеній близокъ къ нормѣ. Сухожильные рефлексы на правой сторонѣ повышены; болезненная чувствительность въ предѣлахъ нормы. Незначительная моторная афазія, плохой сонъ.

Большой оставался въ больницѣ 14 дней, изъ нихъ первые 4 дня провести при дифференціальной терапіи, а затѣмъ получать препараты брома и йода, солевая ванна и массажъ. Прогрессивное ухудшеніе началось уже на 3-й день пребыванія въ больницѣ, а ко времени выписки больной чувствовать себя вполне удовлетворительно. Число даханий на 3-й день $=25$ въ 1', на 4-й день $=18$. Количество мочи на 3-й день $=1700$ к. с., а затѣмъ колебалось между 1200—1500 к. с.; ни бѣлка, ни циндидрогъ ни разу не было обнаружено.

Въ день выхода отечность толчка сердца между 6/7 ребр. по сосковой, правая граница сердца по лѣвому краю грудины. Первый тонъ на аортѣ глухой. Р. ровный, 70 въ 1', снѣжниченыя на обѣихъ сторонахъ. Отековъ нѣтъ, паретическая явленія безъ измѣненій.

Исследование выдѣленія мѣтленовой снѣи было произведено на второй день наблюденья, въ 11 ч. утра 9/гт.

За сутки, истекшія передъ выпи́сканіемъ, $U=500$ к. с., $d=1021$, $g=$ кислая. Моча желтого цвѣта, прозрачная, реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательная. Циндидрогъ не найденъ. Суточн. кол. мочевины $=23.5$; суточ. кол. $Pr_{20}=0.9$, $Pr_{10}=20$.

Выдѣленіе метиленовой снѣи:

Начало выдѣл.: М. черезъ 2 ч. (слабымъ) Снѣг. $=12$ (отчетливо) Maximum Снѣг. $=3$ (сильнымъ) Продолжит. выд.: Снѣг. $=32$ г. Интенсивность обіаго maximum'a $=IV$.

Кривая выдѣл. М — интермиттирующая (полное отсутствіе М въ порѣхъ, получившихъ черезъ 6 ч., 12 ч. и 24 ч.), кривая выдѣл. Снѣг — постоянная полициклическая. Обіага кривая (M + Cn) — постоянная циклическая. Преобладающая форма выдѣленія — Снѣг. Обіеое колич. мочи за все время выдѣл. $=2800$ к. с.

Наблюденіе № 16.

Клиническій эпикризъ: *Intoxicatio alcohol, chr. moderata, Labor excessivus, Alimentatio deficiens.—Arteriosclerosis, Myodegeneratio cordis. Insufficiencia cordis recidens: dilatatio cordis,*

hyperlymphism universalis (anasarca, hydrothorax bilateralis, hydro-pericardium?) hyperanemia hepatis et renum passiva. Arythmia. Oliguria, albuminuria.

Юри К.—т., 63 лѣтъ, поступилъ въ больницу 14 мая 1908 г.; сердечныя, одышка, отеки. Сердечными и одышкой страдаетъ около 1½ года, они появляются при ходьбѣ и работѣ и по временамъ настолько усиливаются, что больной принужденъ ложиться въ больницу. Выѣстъ съ сердечными стали появляться отеки ногъ и туловища, отеки же лица показались лишь въ теченіе настоящаго ухудшенія. За время болѣзни лежалъ 4 раза въ больницахъ, причемъ всегда скоро оправлялся. Въ послѣдній разъ выѣхалъ изъ больницы 3 дня назадъ, но дома уже въ второй день появились признаки сердечныя, одышка и возобновились отеки. Патологическое пропитое: полартериитъ и малярия въ 79 г. (въ Болгарин). На лѣсъ указаний нѣтъ. Пониженіе работоспособности 4 года назадъ. Прежде немного злоупотреблялъ спиртными напитками, послѣдніе же 10 лѣтъ совсѣмъ не пьетъ.

Большой уроженецъ Таврической губерніи, въ Сиб. живетъ 32 года, до болѣзни чернорабочій, послѣдніе же 1½ года безъ занятій. Живетъ въ сырости и душномъ помѣщеніи, условія питания плохия. Указанія на патологическую наследственность отсутствуютъ.

Средняго роста, плохого питания. Значительная отечность нижнихъ конечностей, небольшая отечность туловища и лица. Умѣренный цианозъ конечностей. Толчокъ сердца не прощупывается; размеры сердечной тупости: лѣвая граница по лѣвой сосковой, правая немного заходитъ на правый край грудины, верхняя между 8/4 ребр. Въ лежачемъ положеніи размеры тупости уменьшаются. Тоны сердца глухи, значительная аритмія. Артерій плотны, не напряжены. Р. неправильный, съ переборами, небольшого наполненія, 88 въ 1'. $Pr_{10}=18$. Незначительный пощеготливый шумъ и ослабленные дыхательные шумовъ на обѣихъ сторонахъ груди выслу. Мокрота не отдѣляется. Значительная одышка. $R=35$ въ 1'. Животъ слегка увеличенъ въ рабмѣрахъ, незначительный асцитъ. Прощупывается ровный край печени, чувствительный къ давленію, выступающій на 2—1½ палеца изъ-подъ реберъ. Селезенка не прощупывается. Стулъ 1 разъ въ день, каловообразный. При микроскопич. изслѣд. испраженій являть глѣнь не найдено. $U=600$ к. с., $d=1019$, $g=$ кислая; моча коричнево-бурого цвѣта, прозрачная, бѣлка не содержится; циндидрогъ въ осадкѣ (центрифуга) не найденъ. Обіеое состояніе небольшой тяжести. Аппетитъ сохраненъ, сонъ плохой, вслѣдствіе одышки.

Назначены: infus. digitalis (е 0.2—0.001) и легкая смѣшанная діета. Состояніе въ первые 3 дня оставалось безъ замѣтныхъ переизмѣнъ, затѣмъ начало было улучшаться. Къ началу 2-ой недѣли аритмія исчезла, уменьшилась одышка, количество мочи, начавъ увеличиваться съ 5-го дня (1200), на 7-й день достигло до 2000, стали появляться отеки; къ началу третьей недѣли исчезли асцитъ и hydrothorax, пришли къ нормѣ границы сердечной тупости, стали прощупываться сердечный толчокъ (между 5/6 ребр. почти у злѣегаго соска) и оставалась лишь незначительная отечность кожи голени и стопы. Количество мочи за это время колебалось между 1800—2000 к. с. при ухѣлѣномъ вѣсѣ 1014—1012; бѣлка въ ней въ теченіе всего наблюденья не было найдено.

Пробѣвъ въ больницѣ 18 дней, выѣхалъ оправившимся. Въ день выхода: $U=1600$ к. с., $d=1013$, бѣлка нѣтъ. Размеры сердца въ предѣлахъ нормы. Р. правильный 74 въ 1'. $R=20$. Незначительная отечность голени. Вѣсъ тѣла при поступленіи $=70400$, при выходѣ $=65100$ гр.

Исследование выдѣленія метиленовой снѣи было произведено дважды.

Первое исследование было произведено въ 1-й день наблюденья, въ 3 ч. дня 15/гт. За сутки, истекшія передъ выпи́сканіемъ, $U=600$ к. с.,

d=1019, г.—кислая. Моча красно-бурого цвета, прозрачна, реакции на бильот, сахар и желчные пигменты отрицательны. Цилиндры не найдены.

Суточное количество мочи=18,9, суточное количество P₂O₅=1,8. Pot. (правая лучевая)=15.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1 час. Maximum: М. через 3 час.
Chg. " 1 " Chg. " 3 "
Продолжит. выдл. М. — 69 час. Интенсив. общего maxim.=III.
Chg. — 69 "

Кривая выделения М. Chg и общая кривая: правильная циклическая. Общ. формы выделяются равномерно, без преобладания.
Общее количество мочи за все время выделения=1900 к. с.

Второе исследование произведено на 12-й день наблюдения, 27/IV в 12 час. дня. За сутки, истекшие перед вприскиванием, U=1800 к. с. d=1010, г.—кислая. Моча светло-желтого цвета, билька и форменных элементов не содержит. Суточное количество мочи=27,0; суточное количество P₂O₅=0,8. Pot. (правая лучевая)=20.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1/2 час. Maximum: М. через 3 час.
Chg. " 1/2 " Chg. " 3 "
Продолжит. выдл. М. — 60 час. Интенс. общего maxim.=III.
Chg. — 63 "

Кривая выделения М. Chg и общая кривая: правильная циклическая.
Общ. формы выделяются равномерно, без преобладания.
Общее количество мочи за все время выделения=3100 к. с.

Наблюдение № 17.

Клинический эпикриз: *Arteriosclerosis. Infectio gripposa (bronchitis, rhinitis). Epistaxis. Anæmia consecutiva. Insufficiencia cordis anasarca universalis, hyperæmia passiva renum. Albuminuria.*

Франц К.—муж, 60 лет, поступил в больницу 3-го мая 1898 г.; отеки, одышка и головокружение. Отеки появились впервые 1 месяц назад вскорь после перенесенного болезнью повидному инфекционного катарра верхних дыхательных путей (насморк, кашель), в течение которого у него было довольно обильное носовое кровотечение; отеки рассасываются преимущественно на голенях и стопах, и при лежании скоро проходят. Одновременно с отеками появились головокружения и одышка, иногда бывают головные боли и редко тошнота.

* Первая порция мочи получена только через 1 час.

В течение последней недели отеки значительно усилились и съезжались обильно.

Патологическое прошлое: воспаление дѣтского легкого, бывшее в прошлом году, и малярия, припадками которой повидному страдал в дѣтствѣ. Алкоголем не злоупотреблял; лues и гониты отрицает. Последние 2 года никаких определенных занятий не имѣет, прежде же работал на фабриках и заводах в качестве машиниста. Живет в Сиб. 32 года, пользуется хорошим состоянием питания и помненья. Присходит из адровой семьи.

Среднего роста, плохого питания. Кожа и слизистые оболочки блѣдны. Умеренная отечность кожи лица, порядочные отеки ног и туловища. При выслушивании груди всду небольшое количество сухих хрипов. Мокроты не отделяет. R=27 в 1'. Толщ. сердца между 5/6 почти у дѣтского состояния. Сердце прикрыто, размеры туловища не определены. Тоны сердца четки; первый тон не аорту систол. Артериальное давление нормальное, периферическое. Р. правильного ритма, 70 ударов в 1'. Печень и селезенка не прощупываются. Отправления кишечника правильны. U=2000 к. с. d=1011, реакция слабо-кислая, почти нейтральная. Моча светло-желтого цвета, прозрачна, содержит следы билька. Цилиндры не найдены (центрифуга).

Аппетит сохранен, сон порядочный. Безпокоят одышка и головокружение при ходьбе.

Назначены: легкая возбуджающая и смѣшанная дѣта. Течение вполне благоприятное—къ концу первой недели наблюдения при индифферентной терапії (t-ga valer.) и смѣшанной дѣтѣ больной совершенно освободился от отеков, а ко дню выхода (18-й день наблюдения) прошли головокружения и значительно уменьшилась одышка. Нѣрѣдка в течение болезни бывали головные боли, легко уступающія покойному положению и возбуджающим. U в течение первой недели наблюдения колебалось между 2500—3500 к. с. при d=1000—1007; в остальные дни U колебалось между 2500—1200 к. с. при d=1008—1010. Моча все время содержала следы билька, но при повторном исследовании ее цилиндры ни разу не были найдены.

Назначенная въ началѣ смѣшанная дѣта вскорѣ была замѣнена полной мясной порціей, которую онъ переноситъ вполне удовлетворительно.

Черезъ 18 дней, въ день выхода, отмѣчено: отековъ нѣтъ, самочувствіе хорошее. Пульсъ 74 удара въ 1', число дыханій=22. Количество мочи=1800 к. с., удѣльный вѣсъ=1010, билька—следы, цилиндры нѣтъ. Вѣсъ тѣла при поступленіи=60000, при выходѣ=60600 гр. Блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ значительно уменьшилась.

Исследование выделения метиленовой сини произведено въ 1-й день наблюдения, 4/V в 11 ч. дня.

За сутки, истекшія передъ вприскиваніемъ, U=2000 к. с. d=1011, г.—слабо-кислая. Моча блѣдно-желтого цвета, содержитъ следы билька, реакция на сахаръ отрицательна. Цилиндры не найдены. Суточное количество мочи=24,0; суточное кол. P₂O₅=1,2. Pot. (правая лучевая)=19.

Выделение метиленовой сини.

Начало: М. черезъ 2 часа (следы). Maximum: М. — 3 ч. (слабыя).
Chg. " 1/2 ч. (отчетливо). Chg. — 3 ч. (сильныя).
Продолж. выдѣленія: М. — 8 ч. Интенсив. общ. maximum'a=1—1/2.
Chg.—57 ч.

Кривая выделения М. Chg и общая кривая: правильная циклическая.

Преобладающая форма выделения — *Chr*; *M* выделялась малыми количествами и только в первые 8 час.

Общее количество мочи за все время выделения = 5700 к. с.

Наблюдение № 18.

Клинический эскиз: *Alcergodimus schronicus, Arteriosclerosis. — Infectio tuberculosa chr. exacerbat: pleuritis haemorrhagica sin., pneumonia apicis striusque, Myodegeneratio et insufficiencia cordis: dilatatio cordis, hyperlymphia (anasarca universalis), hyperaemia passiva renium ?.*
Asthena cordis.

Иванъ 3-й, 65 лет, поступил в больницу 6 мая 1898 г.; отеки и одышка.

Отеки замечались месяца 2 назад; в начале они были невелики, только на ногах, и скоро проходили без лечения, за последние же 2—3 недели они значительно усилились (лицо, туловище) и stationary. Почти одновременно с отеками появились умеренная кашель, чаще сухая; одновременно с отеками появились умеренная кашель, чаще сухая, иногда упорные носовые. Отеки и одышка появлялись впервые. Кроме перенесенной 2 года назад котеры, никаких серьезных заболеваний не имела. С 20-ти лет порядочно злоупотребляла алкоголем. В молодости перенесла утрату и имела язву на penis'а, но на нее ясных указаний нет.

Уроженец Ярославской губ., происходил из бедной крестьянской семьи. Мать и один из 5 братьев умерли от продолжительного кашля и повторных кровотечений из горла. В Сибири жила 43 года, занимаясь разнообразными ручными трудами. Со своим не работала. Условия жизни, повидимому, удовлетворительны.

Истощенный, среднего роста старик. Кожа лица и нижних конечностей умеренно отечна. На правой стороне груди, начиная со 2-го ребра спереди и с 5-го позвонка до лопатки, слышны притупление перкуторного звука, ослабленный fremitus и затупление дыхательных шумов. По латеральной стороне груди выслушано умеренное количество сухих хрипов. По латеральной одышка, особенно при ходьбе. Мочка слезистая, в ничтожном количестве. Повторное исследование на туберкулезные бактерии с отрицательным результатом. Толщина сердца между 6/7 на 1½ пальца с туловища по правой стороне груди; верхняя на 4-м ребре.

Тоны сердца чисты, глуховаты; артерии плотны, не вены. Р. порядочного наполнения, 80—90 уд. в 1.

Печень и селезенка не прощупываются. Аппетит сохранен, стул 1—2 раза в день жидкий. В испражнениях туберкулезных бактерий не найдено. $U = 1500$ к. с. 4—1012—1008, г-кислая. Моча светло-желтого цвета, прозрачная, содержит следы белка; реакция на сахар отрицательная; цилиндров ни разу не было найдено.

В почти во все время наблюдения большого колебания между 36,0°—37,5°.

Пробный прокол, произведенный между 6/7 ребр. по правой аксиллярной линии, дал светлую, желтого цвета жидкость, с ничтожным количеством лейкоцитов.

После аспирации верхняя граница отечна на 6-м ребре, но через несколько дней она вновь поднялась до прежнего уровня и осталась на нем до конца наблюдения. В конце 3-го месяца назначен йодистый калий в начале по 0,3, а затем по 0,6 на прием 3 раза в день. Первые дни больной переносил его довольно хорошо, а через

неделю у него появились признаки йодизма (насморк, кашель, головная боль) и замечено ухудшение общего состояния. В последующие дни несмотря на отмену йодистого калия, ухудшение продолжалось — кашель не прекращался, появились боли в левом боку, и отмечен шум трения пленры по л. axill. sin. вназу. Температура по вечерам несколько раз повышалась до 38°, силы больного заметно падали. Р. слабый, вскоре вновь показались небольшие отеки, понизилось количество мочи и на 93 день наблюдения 3-й скочился на правую сторону, прогрессируя, одышка и усилилась деятельность сердца.

Общее состояние во начале несколько улучшилось — отеки скоро прошли (на 4-й день), одышка уменьшилась, немного понизилась верхняя граница притупления на правой стороне груди, исчезли следы белка в моче. Однако впоследствии верхняя граница экссудата установившись на 3—4 ребре, во все остальное время наблюдения большого было не отмечено, на правую сторону на правую сторону, разнообразных, сердечно-мочегонных (inf. adon. vernalis, strophanth, coffein natrio-benzoic. и т. п.) и отвлекающих средств (смазывание t-га jodi, t-га duajal, горчишки). Общее состояние больного колебалось в ту и другую сторону в общем постепенно, медленно ухудшалось в смысле прогрессивного упадка сил и истощения. По временам у него опять появлялись на непродолжительное время отеки, резко понес, полная потеря аппетита. Количество мочи то падало до 300—400 к. с., то вновь доходило до 1700—1500 к. с. в сутки; d колебалась между 1018—1010. Белок в моче появлялся редко и в ничтожном количестве (следы), цилиндров ни разу не было найдено. В начале второго месяца наблюдения в виду полной безуспешности фармакологической терапии была произведена аспирация аппаратом Dieulafoy; извлечено около 600 к. с. слезка окрашенной кровью жидкости, уд. веса = 1014, содержавшей много белка (6%) и немного эритро- и лейкоцитов.

Выписывание метиленовой сини было произведено 2-й день.

В первый раз выписывание было произведено на два дня без наблюдения (отеки, альбуминурия), 7/х в 12 ч. дня.

За сутки, истекшая перед выписыванием, $U = 1300$ к. с., d—1009, г-кислая. Моча светло-желтого цвета, прозрачная, содержит следы белка. Реакция на сахар отрицательная. Цилиндров в осадке не найдено. Суточн. колич. мочевины = 21,4; сут. кол. $Pro = 1,3$, Pot (правая дугеца) = 22.

Выделение метиленовой сини:

Начало: *M* через 1 ч. Maximum: *M* через 4 ч.
Chr. = 1/2 „ *Chr.* = 3 „
Продолжит. выделения: *M* = 78 ч. Интенс. общего max. = III—IV.
Chr. = 80 „

Кривые выделения *M*, *Chr* и общая кривая — циклические. Преобладающая форма выделения: довольно равномерное и в начале сильное, а затем слабое и продолжительное выделение как *M*, так и *Chr*. Продолжительность общего maximum'a = 8—12 ч. Общее количество мочи за все время выделения = 6100 к. с.

Второе выписывание было произведено на 45-й день наблюдения (отсутствия отеков) 19/х в 10 ч. утра.

За сутки, истекшая перед выписыванием, $U = 1100$ к. с., d = 1011, г-кислая. Моча желтого цвета, прозрачная; реакция на белок и на сахар отрицательны. Цилиндров в осадке не найдено. Суточн. колич. мочевины = 18,5; суточн. колич. $Pro = 0,9$, Pot (правая дугеца) = 18.

Выделение метиленовой сини:

Начало:	М. через 1 ч.	Максимум:	М. через 3 ч. (сильный).
	Снг. — $\frac{1}{2}$ "		С. — 3 " (слабый).
Продолжит. выд.	М. — 60 ч.	Интенс. общего max.	III—IV.
	Снг. — 88 "		

Кривая выделения М. Снг и общая кривая: постоянная циклическая. Продолжительность общего максимум^а—10 ч. Преобладающая форма выделения: до 30 час. небольшое преобладание М. между 30—60 ч. равномерное выделение обеих форм; после 60 ч. выделяется только Снг. Общее колич. мочи за все время выделения—5300 к. с.

Примечание. На второй день пост. выделение была произведена аспирация интерстициального экссудата и при исследовании его ни М, ни Снг не обнаружены.

Протокол вскрытия (д-р Г. С. Кулеша). Труп мужчины среднего роста, плохого питания. Кожа лица и ног умеренно отечна, атрофична. Околосердечная сумка содержит около 2 столовых ложек серозной жидкости. Размеры сердца: 10,5; 9,5; 1,2. Мышца сердца красновато-бурого цвета, умеренной плотности. Эпикардий сердца и клапаны без видимых изменений. Внутренняя поверхность аорты покрыта умеренным количеством плотных фиброзных бляшек. В полости обеих полостей находится в основном, количество серозно-кровоизлитной жидкости (в правой больше). На поверхности полостей обеих легких находится в умеренном количестве серые, просвечивающие булорки и тонкая отложения фибрина. Соответственно обильно верхушки небольшие вдавненные рубцы. Оба легкого в легких отбавлены сдавлены, спавшие. Ткань легких в легких отбавлена малокровна, суха, жесткая, соответственно же верхушкам она пронизана тяжами плотной соединительной ткани и усеяна серыми, просвечивающими булорками. Бронхиальные железы казеозно перерождены. Слизистая желудка истончена, покрыта небольшим количеством слизи. Слизистая тонких кишок также бледна, атрофична. Слизистая толстой кишки асидно окрашена, отечна. Язык в кишечник гнёт. Печень немного уменьшена—240; 150; 7,0. Поверхность ее ровная, цвет желтовато-бурый; в разрыв ткань умеренно дряблая, с несильным рисунком и порядочным кровоизлиянием. Размеры селезенки 11,0; 9,0; 3,0; капсула ее мутна, слегка утолщена. Ткань ее в разрыв бледно-красного цвета, слегка выскабливается; trabeculae утолщены.

Почки слегка уменьшены. Размеры правой: 10,0; 6,0; 3,0; размеры левой: 11,0; 7,0; 2,5. Цвет правой—150; 90; 4,5; левой—160; 90; 4,5. Капсулы снимаются легко, мезангием расщепляются. Поверхность почек мелкозернистая, с вдавлениями, цвет желтовато-серый. Корка в разрыв неравномерно утолщена, довольно плотна, с атрофическим впадинами на поверхности, с слабо выраженным рисунком. Пирамидки несколько богаче кровью, с ясными границами. Сосуды почек умеренно склерозированы. При осматривании выделяется небольшое количество мочной жидкости. Локаны не расширены, слизистая их бледна. Слизистая мочеоточников и мочевого пузыря без заметных изменений.

Кости черепа не изменены. Синусы мозга пусты. Риа умеренного кровоизлияния, слабостенная. Известно мозга нормальной плотности, малокровна, влажно. В желудочках содержится немного серозной жидкости. Сосуды основания мозга умеренно плотны, с небольшими известными отложениями.

При микроскопическом исследовании почек замечаются порядочная паренхиматозная инфильтрация среди интита мочевых канальцев и клубочков, при нормальном развитии соединительной ткани, склероз сосудов и атрофическом состоянии паренхимы почек.

Мочевые канальцы везду тесно прилегают друг к другу, слегка расширены. Слой канальцев, расположенных непосредственно у капсулы, мстами утончен и клубочки в таких мстах располагаются почти непосредственно у поверхности почки.

Интительный эпителий канальцев везду умеренно набух; ядра его мстами хорошо окрашены, мстами мутно. Нерядко попадаются участки, где ядра интита сильно не окрашены (и кткты выпали в просвет канальца). Такие изменения еще чаще встречаются среди интита канальцев Гентелевской сети. В просвете канальцев довольно часто попадают кткты выпавшего интита и мелкозернистая масса. Капсулы, окружающие канальцы, в основном, не утолщены. Нерядко попадаются в разрывах капсулы их не утолщенные. Интительные капсулы в оклках клубочках утолщены, с хорошо окрашенными ядрами, в других—набух, с плохо окрашенными ядрами, и нерядко вынают в капсульное пространство. Последнее в некоторых клубочках слегка расширено и содержит мелкозернистую массу и кткты выпавшего интита. Капсулы клубочка хорошо очерчены; в просвете их замечаются красные кровяные шария. Ядра интита, покрывающего клубочек, необычны, мстами мутно окрашены. Intima сосудов почки заметно утолщена, просвет мелких сосудов значительно сужен.

При микроскопическом исследовании расщепленного препарата из кусочка сетки почки отмечено: кткты интита мочевых канальцев (в сетках Гентелевской сети) нерядко представляются набухшими; протоками их мелко и резко крупнозерниста. Ядра кткты, бошью частью хорошо видны, а в набухших ктктах ядра затуплены или совсем не видны. При обработке 1% уксусной кислотой ядра выступают отчетливо и мелкие зернышки в ктктах исчезают, больше же крупные остаются и исчезают при обработке щелочью, осмиевой же кислотой краются в черный цвет. Ядра интита, покрывающего клубочек, часто мутны и проявляют заметную обработку 1% уксусной кислотой.

Анатомический диагноз. *Arteriosclerosis universalis. Endoarteritis chr. fibrosa. Pneumonia chr. interstitialis tuberculosa apices utriusque, praeputium sin., exacerbat. Plevritis exsudativa haemorrhagica bilateralis tuberculosa. Degeneratio caecosa glandularum lymph. bronchialium. Degeneratio parenchymatosa: myocardii, hepatis et renum. Hyperaemia venosa hepatis et renum. Arteriosclerosis renum cum atrophia. Anasarca. Anaemia et atrophia universalis.*

В состав II-ой группы вошли наблюдения над 12 больными, заболевание которых протекало при явлениях разстройств функции почек, развивавшихся последовательно под влиянием общего расстройства кровообращения.

В клиническом отношении эта группа представляет собой серию больных с хроническим страданием аппарата кровообращения, поступивших под наше наблюдение с явлениями расстройства компенсации. Среди 12 пациентов, в 3-х случаях

(набл. №№ 7, 8 и 9) в качестве основного страдания отмечено хроническое поражение клапанного аппарата сердца (в 2-х случаях контрольное секций), у 2-х лиц (набл. № 10 и № 11) наблюдались явления общего артериосклероза и сопутствовавшего ему миокардита (2 секции), у 4-х пациентов (набл. №№ 12, 13, 14 и 15) существовали признаки общего артериосклероза и атероматозного изменения аорты, у одного (набл. № 12) — с последовательным поражением (недостаточность) клапанов аорты (1 секция) и у 3-х лиц (набл. №№ 16, 17 и 18) существовали явления общего артериосклероза и миде-генерации, развившейся вследствие общего упадка питания (1 секция).

Судя по данным прошлого наших пациентов, перечисленные патологические явления у большинства развились в результате сложных влияний, среди которых в первых 3-х случаях (поражение клапанного аппарата сердца) в качестве ближайшего этиологического момента можно отметить перенесенный ранее острый полиартрит, у остальных 9-ти, людей зрелого (за 40 л.) или даже пожилого возраста (за 60 л.), кроме указаний на перенесенные ранее различные инфекционные заболевания (тиф, воспаление легких, корь, малярия, холера, полиартрит и т. п.), существованию этиологическую роль играла хроническая алкогольная интоксикация, из 9 отмеченная у 7 лиц. Важное значение также имеет то обстоятельство, что значительная часть наших пациентов — представители рабочего класса населения. В условиях жизни которых, почти у всех, отмечены различного рода неблагоприятные моменты, как тяжелый физический труд, худое питание, недостаточное питание и т. п. Это обстоятельство, очевидно, оказало также существенное влияние на развитие и ход болезненных изменений, на выработку компенсаторных средств и на устойчивость общего функционального равновесия.

В этом отношении особенный интерес представляет набл. № 7, где страдание клапанного аппарата сердца (*stenosis ostii venosii sin.*), развившееся у длительно слабого сложения, с явными признаками наследственной дегенерации, уже сразу представляется плохо компенсированным и протекает при явлениях малоустойчивого общего равновесия, очевидно, не только благодаря дефекту общей организации, но и благодаря несоответствующим условиям жизни. Укажем также на случай № 10, где фиброзный миокардит (секция), развившийся у человека кряхлого сложения, с относительно благоприятным патологическим прошлым, проте-

кает при явлениях значительной неустойчивости общего равновесия (3 приступа разстройства компенсации в течение 8 месяцев), видимо, благодаря тем же несоответствующим условиям жизни пациента (тяжелый физический труд). То же можно сказать относительно набл. № 16 (4 приступа разстройства компенсации за 3 года), набл. № 14 (5 приступов за 3 г.), набл. № 5 (повторные приступы ежегодно в течение 6—7 лет) и набл. № 9 (4 приступа за 3 года). Кроме указанного несоответствия условий жизни, отмеченная в прошлом этих больных неустойчивость равновесия у многих, очевидно, зависела также и от слабой организации или значительного истощения компенсирующих средств. Укажем, например, на больных: К — за (набл. № 16), П — ва (№ 11), П — ву (№ 14), являющихся типическими представителями постоянных больничных обитателей, для которых условия больничной обстановки являются почти единственными, при которых возможно еще сохранение функционального равновесия.

У остальных 6 пациентов этой группы (набл. №№ 8, 12, 13, 15, 17 и 18) течение заболевания в прошлом представляется более благоприятным; большинство их поступило под наше наблюдение с явлениями разстройства компенсации, развившимися впервые и под влиянием более серьезных патологических моментов, как, например: острая инфекция (набл. № 8; локализация в дыхательных путях и, может быть, перикардит), острая потеря крови (набл. № 17), обострение туберкулезной инфекции (набл. № 18). Это случаи, где хроническое поражение аппарата кровообращения, повидному, до ближайшего прошлого было достаточно компенсировано.

Патологические явления, отмеченные со стороны различных органов, по нашим наблюдениям, у отдельных лиц этой группы распределились следующим образом.

У всех наблюдались явления, указывавшие на изменение нормальных отношений со стороны органов *аппарата кровообращения*, причем у 2-х (набл. № 7 и № 9) отмечено сужение левого венозного отверстия сердца и гипертрофия правого желудочка, у одного (набл. № 8) отмечена недостаточность клапанов *mitralis* и гипертрофия левого желудочка сердца, у одного (набл. № 12) наблюдались явления общего артериосклероза и атероматоза аорты, одновременно с недостаточностью клапанов аорты и гипертрофией левого желудочка сердца; в

2-х случаях (набл. № 10 и № 11) отмечены явления общего артериосклероза и гипертрофии лѣвого желудочка сердца при наличии хронического миокардита (подтверждено секцией); у 3-х пациентов (набл. №№ 13, 14 и 15) наблюдались: общий артериосклероз, явления, позволившія заподозрить у нихъ существование хронического эндоаррита (глухой первый тонъ или систолическій шумъ на логѣ), а также гипертрофія лѣвого желудочка сердца и наконецъ, у 3-хъ пациентов (набл. №№ 16, 17 и 18) отмечены общий артериосклероз и явления функциональной слабости сердца, позволившія предположить существование у нихъ мидеогенерации вследствие общего расстройства питания (въ случаѣ № 12 подтверждено вскрытіемъ).

Такимъ образомъ у 3-хъ лицъ (набл. №№ 7, 8 и 9) главные измѣненія обнаружены со стороны центрального органа кровообращенія (сердца), а у остальныхъ 9-ти наблюдались измѣненія какъ со стороны центрального, такъ и со стороны периферическаго органа кровообращенія (сосудовъ), причемъ у 3-хъ послѣднихъ пациентовъ этой группы (набл. №№ 16, 17 и 18) измѣненія со стороны периферическаго органа кровообращенія преобладали.

Одновременно съ перечисленными измѣненіями у всѣхъ лицъ этой группы существовали явления функциональной недостаточности сердца, почти у всѣхъ выразившіеся признаками дилатации сердца и рядомъ патологическихъ явленій со стороны другихъ органовъ, указывавшихъ на общее расстройство лимфо- и кровообращенія (цѣанозъ, отеки, скопленіе жидкости въ полостяхъ, увеличеніе печени и т. п.). За исключеніемъ 2-хъ пациентовъ (набл. № 17 и № 18) у всѣхъ остальныхъ отмечены также расстройства пульсового ритма (перебои), у одного больного (набл. № 12) наблюдавшееся одновременно съ признаками сердечнаго удущья. Артеріальное давленіе у большинства отмѣчено въ цифрахъ, близкихъ къ нормѣ, и только въ одномъ случаѣ оно отмѣчено высокимъ (Pot. = 24—26).

У всѣхъ пациентовъ этой группы отмѣчены явления *расстройства лимфообращенія*, у 6 лицъ (набл. №№ 8, 10, 11, 13 и 14) выразившіяся значительными общими отеками и признаками скопленія жидкости въ полостяхъ (плевры, брюшины, перикардія), у 4-хъ (набл. №№ 7, 9, 17 и 18) только порядочной общей отечностью покрововъ и у 2-хъ (набл. №№ 12 и 15) — только отечностью кожи нижнихъ конечностей.

Расстройства со стороны органовъ *дыханія* у большинства выразились односторонне и явлениями сухого разлитого бронхита, очевидно, стоявшаго въ ближайшей зависимости отъ общего расстройства крово- и лимфообращенія: въ 3-хъ случаяхъ (набл. №№ 7, 8 и 17) явления бронхита видимо развились на почвѣ инфекціи дыхательныхъ путей, имѣвшей существенное значеніе, какъ ближайшій этиологическій моментъ расстройства компенсации, и въ 1-мъ случаѣ (набл. № 18) опредѣленъ значительный геморрагическій плевритъ, развившійся въслѣдствіе обостренія вло протекавшей хронической туберкулезной инфекціи легкихъ и бронхальныхъ железъ (секція).

Патологическія явленія со стороны органовъ *пищеваренія* почти у всѣхъ выразились потерей или пониженіемъ аппетита. Въ 2-хъ случаяхъ (набл. №№ 8 и 9) отмѣчены гастрическія явленія (отрыжка, изжога, боль послѣ ѣды), у обоихъ вѣроятно развившіяся подъ влияніемъ общаго расстройства кровообращенія и во второмъ наблюдавшіяся одновременно съ явлениями задержки стула и видимо имѣвшія серьезное значеніе, какъ одна изъ ближайшихъ причинъ расстройства компенсации. Въ 3-хъ случаяхъ наблюдался умеренный поносъ (наблюд. №№ 10, 14 и 18); наконецъ, за исключеніемъ 4-хъ случаевъ (набл. №№ 12, 15, 17 и 18), у всѣхъ остальныхъ было отмѣчено увеличеніе и чувствительность къ давленію печени, у большинства явившіяся видимо въслѣдствіе общаго расстройства кровообращенія (пассивная гиперемія), у нѣкоторыхъ же, какъ, напримѣръ, въ случаяхъ №№ 8, 9 и 10, зависѣвшая, вѣроятно, и отъ возможныхъ у этихъ больныхъ токсическихъ вліяній изъ желудочно-кишечнаго канала (активная гиперемія).

Патологическія явленія со стороны органовъ *мочеотдѣленія* также наблюдались у всѣхъ пациентовъ этой группы. У всѣхъ эти явленія выразились ненормальными свойствами мочи, причемъ въ 2-хъ случаяхъ (набл. № 9 и 11) отмѣчены: уменьшеніе суточнаго количества мочи, высокой удѣльный вѣсъ ея (выше 1020), альбуминурия и присутствіе въ осадкѣ цилиндровъ; въ 5 случаяхъ (набл. №№ 7, 8, 10, 12 и 14) — уменьшеніе суточного количества мочи, высокой удѣльный вѣсъ ея (выше 1020), альбуминурия и иногда присутствіе въ осадкѣ небольшого количества лейко- и эритроцитовъ; въ 2-хъ случаяхъ (набл. № 15 и № 16) только уменьшеніе суточного количества мочи и высокой удѣльный вѣсъ ея (выше 1019), при отсутствіи альбуми-

нурии, и в 3-х случаях (набл. №№ 13, 17 и 18) — альбуминурия и низкий удельный вес мочи (1012—1007) при суточном количестве ее, близком к норме или увеличенном.

Альбуминурия у большинства больных наблюдалась в слабой степени, колебалась между $2\frac{1}{100}$ — $1\frac{1}{100}$ — слёдами (чаще всего), и только в одном случае она была отмечена высокой у больной (набл. № 7), поступившей впоследствии вторично под наше наблюдение при тяжелых инфекционных явлениях (с обострением эндокардита).

У значительного большинства все перечисленные выше аномалии со стороны мочи обнаружили значительную нестойкость и у большинства быстро исчезли [через 4 дня — 1 — 3 недели (редко)] вместе с наступлением общего улучшения кровообращения, и только в 2-х случаях, именно у больных с полиурией и низким удельным весом мочи (набл. № 17 и № 18), альбуминурия обнаружила значительную стойкость и наблюдалась все время. Очевидно, таким образом, что у большинства наших пациентов этой группы указания выше аномальных свойства мочи имели ближайшее отношение к наблюдавшимся у них явлениям недостаточности сердца и очевидно явились в результате пассивного расстройства почечного кровообращения. Однако в двух случаях (набл. № 8 и № 9) кроме этой основной причины не исключалась также возможность токсических влияний из желудочно-кишечного канала, в 3-х случаях (набл. №№ 7, 17 и 18) не исключалось токсическое влияние наблюдавшихся у этих больных инфекционных поражений дыхательных путей, и, кроме того, у 2-х последних из них, у людей пожилого возраста, с явлениями резко выраженного периферического артериосклероза, возможно было заподозрить существование у них изменений в почках, сопутствующих артериосклерозу этих органов. Наконец, высокая альбуминурия, отмеченная при вторичном наблюдении в случае № 7, очевидно находилась в зависимости от тяжелой общей инфекции.

Произведения у большинства лиц этой группы определения суточного количества мочи и P_2O_5 выражались чаще всего в цифрах, близких к норме или немого меньших, чему при наблюдавшихся у большинства явлениях угнетения аппетита и общего состояния вряд ли можно приписывать какое-либо отношение к функции почек.

Патологические явления со стороны нервной системы у значительной части лиц этой группы были выражены в слабой степени, — в виде головных болей, временного расстройства сна, или угнетенного самочувствия. В 1-м случае (набл. № 9) наблюдались явления нейрастении, развившейся в период наступающего климактерия; в 1-м случае (набл. № 15) отмечен гемипарез правых конечностей и моторная афазия, как остатки бывшего ранее черепно-мозгового инсульта; в 1-м случае в конце наблюдения остро развился паралич левых конечностей при полной потере сознания и последовательных явлениях отека легких и слабости сердца, закончившихся смертью, и в 1-м случае (набл. № 7), у больной с тяжелыми инфекционными явлениями и высокой альбуминурией наблюдался перед смертью кратковременный припадок общих судорог, при потере сознания и при предшествовавшей в течение последних дней олигурии (уремия ??)

Что касается хода болезненных явлений, то у 5 больных (набл. №№ 7, 12, 13, 15 и 17) он отличался легким характером: быстрое восстановление нарушенного равновесия и быстрое исчезание всех патологических явлений расстройства равновесия. Из них у 3-х (набл. №№ 13, 15 и № 17) полное восстановление компенсации наступило при условиях только болевой обстановки и при индифферентной терапии, у остальных 4-х тот же результат был получен при назначении сердечных средств (digitalis).

У остальных лиц этой группы заболевание носило более тяжелый характер, причем у одних, как, например, в случаях №№ 8, 9 и 11 медленное восстановление нарушенного равновесия произошло частью вследствие других осложнений (напр., гастрических явлений в набл. № 9, плеврит в набл. № 8), частью вследствие тяжести общих явлений (грозные отеки в набл. № 11) и недостаточной стойкости достигнутого с помощью терапевтических средств общего равновесия. Отмечим между прочим наблюдавшееся в случае № 11 ухудшение общего состояния под влиянием перемены легкой смешанной диеты на мясную. Укажем также на сообщенное этим больным сведения относительно замеченной им за последние годы большей чувствительности по отношению к алкоголю. Через 18 месяцев после окончания 1-го наблюдения этой больной вновь поступил в больницу, опять с явлениями

разстройства компенсации, этот раз не возстановившейся до смерти, которая наступила вследствие эмболии в области thalami optici dex.

Смерть наступила также и в случае № 8, у больного, вновь поступившего в больницу с явлениями разстройства компенсации, развившимися через 3 месяца после окончания первого наблюдения. При втором наблюдении заболевание отличалось крайне тяжелым течением, при полном отсутствии терапевтического эффекта от применения различных средств и diets.

В случае № 10, у больного, в ближайшем прошлом которого были отмечены явления крайней неустойчивости общего равновесия (за 8 месяцев 3 раза в больницу), в начале наблюдалось небольшое общее улучшение, а затем внезапно развились явления паралича сердца. В случае № 18 наблюдалось постоянное колебание явлений сердечной недостаточности, развившейся главным образом вследствие общего упадка питания под влиянием обострившейся туберкулезной инфекции, явления которой стояли в этом случае на первом плане.

Тяжелое течение заболевания, закончившееся смертью, наблюдалось также и в упомянутом случае № 7 при вторичном поступлении в больницу с явлениями обострившегося эндокардита. При первом наблюдении этот случай отличался легким течением. Тяжелое течение при втором наблюдении, очевидно, обуславливалась и общей слабостью недоразвившегося организма и крайней тяжестью поразившей его инфекции (острый эндокардит всех клапанов).

Исследование выделения метиленовой сини у всех лиц разбираемой группы было произведено по 1 разу в начале наблюдения, у 6 (набл. №№ 9, 10, 11, 15, 16 и 18) повторно, в период разстройства компенсации и в период возстановления ее, и в 1-м случае (набл. № 7) дважды: 1 раз при первом наблюдении и 1 раз при втором.

Результаты исследования распределились следующим образом: у 2 лиц этой группы (набл. № 8 и № 9) данные выделения для всех моментов и для обеих форм выделения отмечены в цифрах весьма близких к тем, которые наблюдались нами у вполне здоровых людей. В клиническом отношении оба случая отнесены нами в категорию случаев более тяжелого течения, и у обоих патологические свойства мочи были выражены даже в более резкой форме, чем у других. Один

из них (набл. № 8) через 4 месяца после исследования скончался и при вскрытии в почках были обнаружены явления застоя и умеренной дегенерации эпителия мочевых канальцев, при весьма значительных изменениях со стороны сердца (pericarditis adhaesiva, myocarditis chr. fibrosa, insuffic. vv. mitralis). У остальных 10 лиц этой группы наблюдались отклонения от нормального типа выделения метиленовой сини, среди которых наиболее часто отмечено слабое выделение М. Эта аномалия наблюдалась у 5 лиц этой группы (набл. №№ 7, 10, 13, 15 и 18), причем у двух (набл. № 7 и № 17) она выразилась слабым максимумом и небольшим уменьшением продолжительности выделения М (24—32 ч.), а у остальных 3-х, кроме слабого максимума и резкого уменьшения (16—8—7 ч.) продолжительности выделения, наблюдалось также и позднее начало выделения М. Выделение Chr у всех указанных больных проходило в нормальные сроки и притом было настолько сильно, что почти вполне компенсировало недостаточность выделения М; на это указывают между прочим отмеченный у этих больных близкий к норм (III—IV) общий максимум (M+Chr).

В клиническом отношении первые два случая (набл. № 7 и № 17) с небольшими отклонениями выделения М. С. отнесены нами к случаям легкого течения с быстро возстановившейся компенсацией, среди же 3-х других, с более значительными отклонениями выделения М. С., у 2-х (набл. № 13 и № 15) течение заболевания также отличалось легким характером и явлениями небольшого и легко возстановившегося разстройства общего равновесия^{*)}, а у одного (набл. № 10), скончавшегося внезапно при предшествовавшем небольшим улучшением общих явлений, на вскрытии были обнаружены явления пассивной гиперемии почек, незначительная дегенерация эпителия мочевых канальцев и резкий фиброзный миокардит.

Таким образом, сравнивая в этих случаях данные выделения М. С. и данные клинического наблюдения, трудно заметить какую-либо прямую связь между ними. Этот аномальный тип выделения М. С. известен в литературе под названием

^{*)} У одного из них (набл. № 15) не наблюдалось между прочим альбуминурии.

„раздельного выделения“ (élimination dissociée), по авторамъ (Achard, Deriaud), указывать якобы на „временное разстройство функций почек“ и наблюдать ими въ случаяхъ, гдѣ на вскрытіи почки оказались или совершенно неизмѣненными, или обнаружили незначительныя измѣненія.

Такое объясненіе, казалось, вполне объясняло бы наличность этой аномаліи и у нашихъ 5 больныхъ, тѣмъ болѣе, что при второмъ изслѣдованіи, произведенномъ въ случаѣ № 10 въ періодъ общаго улучшенія, выдѣленіе М. совершалось по типу, близкому къ нормѣ. Однако мы встрѣчали зтотъ типъ выдѣленія и у другихъ больныхъ и притомъ какъ въ случаяхъ съ явными признаками глубокаго разстройства функций почек и значительными измѣненіями въ нихъ (см. напр. VII гр. набл.), такъ и въ случаяхъ безъ какихъ бы то ни было признаковъ разстройства функций почек (см. напр. VIII гр. набл.). Онъ, очевидно, зависитъ отъ усиленнаго перехода М. С. въ Chr, но гдѣ и подъ вліяніемъ какихъ условій совершается этотъ переходъ, недостаточно выяснено.

Другая аномалія выдѣленія М. С., наблюдавшаяся у пациентовъ этой группы, заключалась въ увеличеніи продолжительности выдѣленія М. С. Она наблюдалась у 5 лицъ этой группы (набл. №№ 11, 12, 14, 17 и 18), причѣмъ у первыхъ 3-хъ была выражена въ незначительной степени (66—69 ч.), у двухъ же послѣднихъ въ утѣренной степени (76—86 ч.).

Въ клиническомъ отношеніи первые 3 отмѣчены, какъ случаи съ легко возстановившеюся компенсацией и постоянными патологическими свойствами мочи, послѣдніе два, наоборотъ, отличались болѣе тяжелымъ теченіемъ и рѣзче выраженными патологическими свойствами мочи (въ случаѣ № 11 кромѣ порядочнаго количества бѣзка опредѣлялись и цилиндры, въ случаѣ № 18 альбуминурия была невелика, но держалась стойко). Кромѣ того всѣ 5 были люди пожилого возраста (за 60 лѣтъ) съ рѣзко выраженными явленіями общаго артеросклероза.

Изъ нихъ два послѣдніе скончались, первый при явленіяхъ мозгового инсульта, второй при явленіяхъ обострившагося туберкулеза и при вскрытіи у обоихъ были обнаружены явленія значительнаго артеросклероза сосудовъ почекъ, застойныя явленія, небольшія паренхиматозныя измѣненія въ эпителии мочевыхъ канальцевъ и у послѣдняго небольшія атрофическія явленія со стороны коркового вещества почки. Со стороны сердца у перваго

былъ обнаруженъ глубокій фиброзный міокардитъ, у втораго атрофическія и дегенеративныя измѣненія сердечной мышцы.

Принимая во вниманіе возрастъ нашихъ пациентовъ, а главное рѣзко выраженныя у всѣхъ явленія общаго артеросклероза и въ виду результатовъ двухъ секцій, можно съ большой вѣроятностью предположить, что наблюдавшееся у нихъ увеличеніе продолжительности выдѣленія М. С. стояло въ ближайшей зависимости отъ разстройства функций почекъ вследствие артеросклероза сосудовъ почекъ. Въ пользу такого предположенія говорить, можетъ быть, наблюденія Fraenkel's²⁰, очень часто встрѣчающаго такую же аномалію выдѣленія М. С. у лицъ пожилого возраста съ явленіями общаго артеросклероза, изслѣдованныхъ въ періодъ полной компенсации. Если наблюдавшіеся у нашихъ больныхъ явленія общаго разстройства кровообращенія и могли оказать нѣкоторое вліяніе на происхожденіе этой аномаліи, то, вѣроятно, очень небольшое, такъ какъ при второмъ изслѣдованіи, произведенномъ у тѣхъ же лицъ въ періодъ возстановившейся компенсации продолжительность выдѣленія М. С. хотя и уменьшилась, но въ очень слабой степени (на 3—6 ч.).

Среди другихъ случаевъ этой группы утѣренное увеличеніе продолжительности выдѣленія М. С. отмѣчено также въ наблюденіи № 7 при второмъ изслѣдованіи (при вторичномъ поступленіи въ больницу). Разница въ продолжительности выдѣленія М. С. при первомъ (55 ч.) и при второмъ изслѣдованіяхъ (86 ч.), вѣроятно, зависѣла въ этомъ случаѣ отъ болѣе тяжелаго общаго состоянія и болѣе сильнаго разстройства функций почекъ (высокая альбуминурия, упорная олигурия), наблюдавшихся при второмъ изслѣдованіи. Напомнимъ, что при второмъ наблюденіи этой больной у нея довольно часто бывали рвоты, головныя боли, и что передъ смертью у нея были припадки общихъ судорогъ съ потерей сознанія. При вскрытіи со стороны почекъ были обнаружены явленія застоя и значительныя дегенеративныя измѣненія эпителия мочевыхъ канальцевъ.

Среди другихъ аномалій выдѣленія отмѣтимъ наблюдавшійся въ случаѣ № 15 интермиттирующий характеръ кривой выдѣленія М, очевидно зависящій отъ неравномѣрнаго выдѣленія М и Chr, такъ какъ общія кривая (M+Chr) оказалась въ этомъ случаѣ правильной (постоянной циклической). По Chauffard'у такой типъ выдѣленія указываетъ будто бы на разстройство функций печени, но при изслѣдованіи нашего больного мы не могли обна-

ружить признаков какого-либо расстройства функции печени: поседения у него не представляла даже увеличенной. Отметим также, что мы не наблюдали этой аномалии у других больных этой группы, печень которых представляла и увеличенной и болтливой.

Таким образом, наши наблюдения над выделением метиленовой сини у лиц этой группы можно резюмировать следующим образом:

1) У больных с явлениями расстройства функции почек вследствие нарушения общего кровообращения (застойная почка) выделение метиленовой сини совершалось или по типу выделения ее у вполне здоровых людей, или с небольшими отклонениями от него, выраженными чаще всего преобладанием выделения *Chr* при слабом выделении *M*.

2) У больных с явлениями резко выраженного артериосклероза наблюдалось умеренное увеличение продолжительности выделения и притом как в период сохранения компенсации, так и в период расстройства ее.

Группа III.

„Острый паренхиматозный нефрит“.

Наблюдение № 19.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chronica. Refrigratio habitualis.—Intoxicatio alimentaria acuta. Gastroenteritis acuta consecutiva.—Hyperlymphia (anasarca universalis) et nephritis parenchymatosa acuta (sub intoxicatione per viam intestini?) lente transiens.*

Oliguria, albuminuria, cylindruria.

Александр Е.—м., 23 лет, поступил в клинику 14 апреля 1901 г.: отечн., понос, общий упадок сил.

Заболелание началось 10 дней назад выходом за острым пищевым эксцессом: строго постинши в течение всего вешнего поста. Е.—м. на первый день. Св. Пасха съел много студия и щей, и к вечеру того же дня у него появились неприятная отрыжка, частая рвота, боли по всему животу и частый (до 10 раз) понос. На следующий день рвота прекратилась, понос и боли в живот оставались; в этот день Е.—м. выпил, по совету товарищей, 2 стакана воды с перцем, а на следующее утро вторые заметили отечность лица. Из следующего 2 дня, при непрерывавшемся поносе, отеки распространились по всему телу, появились головная боль, полная потеря аппетита и упадок сил. На 4-й день Е.—м. поступил в Обуховскую больницу, откуда через 6 дней был переведен в клинику. Патологическое произошло: в детском „золотуха“ (молочница горла на тонзил), между 8 и 8 г. корь, начиная с 17 лет довольно частые поносы (переход в *Sub*—транзитный стол) и постепенно возрастающее злоупотребление алкоголем (водка); 2 года назад в течение недли острое инфекционное заболелание (насморк, кашель, жар).

Уроженец Даниловского уезда Ярославской губернии. Е.—м. происходит из достаточной крестьянской семьи. Отец его пользовался хорошим здоровьем, умер в 53 году после отморожения ноги; последние 10 лет страдал парезом. Мать, больная женщина, несколько раз перенесла острое заболелание суставов и умерла на 46 году при двусторонней гонимости. Из 4-х братьев и сестер 1 брат умер на 8-м. месяце от скарлатины, другой и 2 сестры умерли в возрасте 2—4 лет от неизвестных причин.

До 10 лет Е.—м. жил дома в деревне, в хороших, по его словам, условиях; с 10 до 17 лет служил у дяди при деревенском постоялом дворе в худших условиях: утомительная работа, скверное питание, постоянная неприятности. На 18-м году Е.—м. перебрался в *Sub*. и до последнего времени служил приказчиком при мукомольной заводе. Работа здесь, иногда тяжелая (перетаскивание кучей), переносится Е.—м. хорошо; рабочее помещение холодное, помещение для сна удовлетворительно: стол—транзитный.

Внешнего среднего роста, хорошего сложения, удовлетворительного питания. Кожа всего тела значительно отечна, бледна, дает резкую реакцию отрицательного дерматоглифаза. Кожа кистей паниотична. Лимфатические железы шеи, подмышки и паха немного увеличены, неболезненны. Мышцы тела хорошо развиты: слизистая оболочка бледновата. Зубы хорошо сохранились, миндалины умеренно гипертрофированы. Язык чист, аппетит сохранен, стул 1 раз в день нормальной окраски и консистенции.

Живот умеренно раздут, немного чувствительн к давлению в подложечной области. Печень и селезенка не прощупываются. Тушость сердца: сверху между 4/5 ребр., слева на сосковой, справа на левой стеральной; толщея сердца между 5/6 ребр., немного кнутри от сосковой. Тоны сердца чисты. Артерии не упруги; $P=70$ в 1', правильного ритма. Рот (правая лунка) = 18. Счет крови: количество эритроцитов = 4325000, количество лейкоцитов = 7031, гемоглобина (по Fleischl'o) 80%.

Переходная граница легких в пределах нормы, хормою подвижны; при выстушывании везикулярное дыхание. $R=16$. Выхлелная емкость легких = 3500, сила вдоха (по Waldenburg'u) = 80, сила выдоха = 90.

Моча желтого цвета, прозрачна, $U=1000$ к. с., $d=1017$, $g=$ кислая, бьлка 120 г. (12%¹⁰⁰). Вь осадкѣ (центрифуга): немного зернистых и гланиновых цилиндровъ, немного лейкоцитов и клѣток плоскаго эпителия. Реакция на сахаръ, индикаторъ и желчные пигменты отрицательна.

Количественный анализ мочи (1919г): $U=1800$ к. с., $d=1010$, $g=$ кислая, бьлка 10,8 гр., хлориды — 164, фосфаты — 2,1 азота (по Бордуко) = 5,88, мочевины — 22,5, всей $H_2SO_4=2,389$, связанной $H_2SO_4=0,099$, свободной — 2,29. При бактериологическомъ исследовании мочи, произведенномъ дважды (на 2-й и на 5-й день наблюдения), моча найдена стерильной.

Сухожилный и глоточный рефлексы въ пределах нормы. Чувствительность кожи (болевая, тактильная и термическая) безъ заметныхъ нарушений. Осьмъ хорошихъ настроенъ бодрое. Т' все время колеблется въ пределах нормы (36,5—36,9). Вѣсѣ тѣла = 85500 гр.

Течение благоприятное: при сѣмьнальной диѣтѣ (мясной супъ, котлета, 2 яйца, бьлый хлѣбъ) и двухъ ваннахъ (въ 32°) въ день быстрое опадение отековъ и улучшение самочувствія. Послѣ ванны появляется обильный потъ (потеря въ вѣсѣ отъ 0,8 до 1,5 klg.), U постепенно повышается, къ концу первой недѣли наблюдени устанавливается на 1800—2200 к. с., отеки къ концу 2-ой недѣли остаются только на голенихъ (вѣсѣ тѣла съ 89,500 гр. падаетъ до 76,800 гр.). Альбуминурия въ течение первой недѣли держится на высокихъ цифрахъ (10,0—14,0 гр.), во второй недѣлк, постепенно понижается, устанавливается на 6,0—4,0 гр. (3—2%¹⁰⁰); начиная съ 3-го дня исчезаютъ цилиндры.

На третьей недѣлкъ начинается молочная диѣта (2 бутылки молока, кисель 40 зол. хлѣба) при 1 ваннѣ (въ 32°) въ день; черезъ 2 дня появляется раздутіе живота, частый поносъ (жидкий стулъ 5—6 разъ въ день) и усиливается отеочность на нижнихъ конечностяхъ. P колеблется между 60—70 въ 1', t между 36,5—36,8°. $U=1400-1600$ к. с. (при количествѣ питья около 2500—3000 к. с.), количество бьлка сразу увеличивается до 10,0—15,0 гр., цилиндры въ осадкѣ (центрифуга) не найдено. Моча даетъ рѣзкую реакцію на индикаторъ. На 5-й день молочной диѣты начинается каземея (по 0,2 гр. приема въ день), на 6-й — оидозъ (по 0,5 гр. приема въ день), молочная диѣта сдѣлается легкой сѣмьнальной (куриный супъ, 2 яйца, 40 зол. хлѣба) и кровѣ влажной ванны начинается еще 1 сухо-воздушная (въ 50°). Поносъ постепенно уменьшается, появляется опять обильный потъ, быстро исчезаютъ отеки, повышается диурезъ (2000—2200) и число ударовъ P (74—82 въ 1'). Альбуминурия послѣ назначенія каземеи въ теченіе 4-хъ дней держится еще на высокихъ цифрахъ (10,0—12,0 гр.), затѣмъ постепенно падаетъ устанавливается на 5,4—4,0 гр. Въ началѣ 5-ой недѣли больной, чувствуя себя достаточно окрѣпшимъ, выписывается. Въ день выписки отмѣчено: $U=1800$ к. с., $d=1015$, $g=$ кислая, бьлка 4,5 г. (2%¹⁰⁰), форменныхъ элементовъ въ осадкѣ не найдено. Реакция на индикаторъ отрицательная. Размеры сердца въ пределах нормы; $P=76$ въ 1', $R=18$. Животъ не раздутъ, стулъ 1 разъ въ день, нормальный консистенціи. Незначительная отеочность кожи голеней. Вѣсѣ тѣла 78800 гр.

Исследованіе выдѣленій мочеполовой сисн было произведено на 3-й день наблюдени, 16-й. За сутки, истекшія передъ выписываніемъ, $U=1400$ к. с., $d=1017$, $g=$ кислая, бьлка 11,2 г. (8%¹⁰⁰). Моча желтого цвета, прозрачна; въ осадкѣ (центрифуга) форменныхъ элементовъ не найдено.

Выдѣленіе мочеполовой сисн:

Начало: M . черезъ $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: M . — 2 ч.
 Chr. * $\frac{1}{2}$ ч. Chr. — 2 ч.
 Продолж. выдѣл.: M . — 58 ч.
 Chr. — 74 ч.
 Интенсивность общаго maximum'a = III.

Преобладающая форма выдѣленія: довольно равномерное выдѣленіе M и Chr. Кривая выдѣленія M , Chr и обща кривая: постоянная — индиксисная. Продолжительность общаго maximum'a = 8 ч.

Общее количество мочи за все время выдѣленія = 4800 к. с.

Наблюденіе № 20.

Клинический экиризмъ: *Intoxicatio alcoholica chronica moderata. Alimentatio deficiens (?)*. *Enteritis subacuta. Refrigeratio acuta. Hyperlymphemia universalis (anasarca et hydropericardium (?))* и *nephritis parenchymatosa acuta (sub intoxicatione per viam intestini?)*. *Dilatatio cordis; bronchitis diffusa; hyperaemia hepatis. Bradycardia.*

Oliguria, albuminuria, cylindruria.

Григорій Ж.—въ, 42 л., поступилъ въ больницу 12 іюня 1898 г.: отеки, одышка, кашель.

Первыя болязненные явленія выразились 6 дней назадъ поносомъ (жидкий стулъ 3—4 раза въ день), чувствомъ общаго недомоганія, ломотой во всемъ тѣлѣ и болѣю въ поясницѣ; черезъ 2 дня присоединились отеки въ лѣвѣй и въ ногахъ, кашель, одышка и головная боль. Поступленіе 4 дня Ж.—въ не работало, ждалъ. Накапливаясь заболѣваніи былъ въ торгевчъ банѣ, гдѣ вынулъ порядочное количество холоднаго молока, и почти всю ночь до дня пребылъ, исполняя обязанности официанта, на пароходѣ, на открытій воздухѣ, и порядочно озбѣ. Отеки появляются впервые: вообще въ теченіе послѣднихъ лѣтъ чувствовалъ себя вполне здоровымъ. Воду пить, но въ умеренномъ количествѣ, не злоупотребляя. Въ лѣтніе перенесъ будто бы малярию, припадкѣ которой продолжался около недѣли. Сварганиной не болѣлъ, занятія со спиритомъ отрицаетъ, на лѣсѣ и патологическую наследственность указаний нѣтъ. Въ Сиб. живетъ съ небольшими промежутокъ около 7 лѣтъ, исполняя обязанности лакея то въ частныхъ домахъ, то въ ресторанахъ; послѣдніе 2 мѣсяца на пароходѣ. Постѣдная работа нѣсколько утомляетъ его, такъ какъ водолгу остается на ногахъ, иногда по 12—14 ч. въ сутки, и поздно ложится спать. Условія помѣщенія и питанія удовлетворительны.

Хорошаго сложенія и нитана. Кожа блѣда, туловища и нижнихъ конечностей порядочно отека. Поперечникъ сердца нѣсколько увеличенъ; толщея сердца прощупывается между 5/6 ребр. на падѣтѣ кнаружи отъ сосковой линіи, правая граница тушости сердца почти доходитъ до правого края грудины. Тоны сердца чисты, акцентъ на 2 тоѣ арт. pulm. P замедленъ, 44 въ 1'. Атеросклерозъ не упруги. При давленіи везикула определяется въ умеренномъ количествѣ сухіе и влажные хрипы. Мокрота слизистая, въ незначительномъ количествѣ. Небольшая одышка при ходьбѣ. $R=20$. Аппетитъ плохой. Животъ слегка раздутъ, малочувствителенъ къ давленію. Прощупывается мягкій край печени, выступающій пальца на 2 пѣз-подо реберъ. Селезенка не опредѣляется. Поносъ нѣтъ; послѣдній стулъ былъ 2 дня назадъ. Область почекъ при пальпации немого болязненна. $U=400$ к. с.,

d = 1024, r = кислая, б/б/а 0,8 gr. (2^{1/2}‰). Моча красного цвета, мутноватая. В осадке: значительное количество глянцевых и зернистых цилиндров; умеренное количество клеточек жироперерожденного почечного эпителия и немного лейко- и эритроцитов. Общее состояние подавленное; сон хороший, t° нормальная (36,6°).

Назначены: молочная диета, coëff. natro-benzoic. по 0,3 три раза в день и ванна в 30°.

В течение первой недели наблюдения состояние оставалось почти без перемен: колич. мочи было попрежнему несвежо (400—600 к. с.), содержание в ней б/б/а колебалось между 2—3‰, количество форменных элементов в осадке значительно; отеки не уменьшались, отбрасывание мочи после выпит. пива, незначительно. R 46—52 в 1'. Живот раздут, стул пощ. клещев. На 6-й день наблюдения coëff. был замечен salometem (1 день по 0,2 три раза в день, и 3 дня по 0,06 три раза в день), ст. ч/вы совпадало как постепенное увеличение колич. мочи (1000, 1260, 1800), так и улучшение общего состояния больного (уменьшение отеков и камей). В следующие дни наблюдения назначенной дозы назначения казались удовлетворительными, хотя довольно медленно. Начиная с 11-го дня до конца наблюдения колич. мочи установилось на 1600—1900 к. с., и содержание в ней б/б/а до 18-го дня наблюдения колебалось между 1—1 1/2‰ (1,6—2,5 gr.), а начиная до конца наблюдения между 1/3‰ — скаты; цилиндры в последний раз были найдены на 18-й день наблюдения. На 20-ю день наблюдения Ж.—в совершенно освободился от отеков и назначенную ему с этого дня мясную диету переносил вполне удовлетворительно. На 21-й день по собственному желанию напился. В день выхода отмечено: U = 1600, d = 1007, б/б/а — скаты; цилиндров в осадке не найдено. Размеры сердца определяются в пределах нормы; R = 72 в 1'. Печень не прощупывается; отеков нет; самочувствие хорошее. Ввесь при поступлении = 82200 gr., при выписке = 70400 gr.

Исследование выделения метиленовой сини было произведено дважды: на 2-й и на 20-й день наблюдения.

Первое вырыскивание было произведено 13/чн в 10 ч. утра.

За сутки, истекшие перед вырыскиванием, U = 400 к. с., d = 1024, r = кислая, б/б/а 0,8 gr. (2^{1/2}‰). Моча красного цвета, мутноватая. В осадке найдено значительное количество зернистых и глянцевых цилиндров, умеренное количество клеточек жироперерожденного почечного эпителия и немного лейко- и эритроцитов. Суточ. колич. мочевины = 29,0; суточн. кол. R-Gb = 1,5. Rot. (прямая дугевая) = 20.

Выделение метиленовой сини:

Начало: M. через 1 ч. Maximum: M. — 2 ч.
Chr. „ 1/2 ч. Chr. — 3 ч.

Продолж. выд.: M. — 48 ч.
Chr. — 64 ч.

Интенсивность общего maximum'a = IV — III.

Кривая выделения: M, Chr и общий кривая: постоянны циклически. Продолжительность общего maximum'a = 6 ч.

Преобладающая форма выделения: до 16 ч. M., после 16 ч. до конца выделения Chr. Общее колич. мочи за все время выделения = 2000 к. с.

Второе вырыскивание было произведено 1/чн в 11 ч. утра.

За сутки, истекшие перед вырыскиванием, U = 1800 к. с., d = 1005, r = кислая, б/б/а — скаты. Моча светло-желтого цвета, прозрачная; цилиндры и других форменных элементов в осадке не найдено. Суточн. колич. мочевины = 20,0; суточн. кол. R-Gb = 0,6. Rot. (прямая дугевая) = 23.

Выделение метиленовой сини:

Начало: M. через 2 ч. Maximum: M. — 4 ч.
Chr. „ 1/2 ч. Chr. — 3 ч.

Продолж. выд.: M. — 42 ч.
Chr. — 58 ч.

Интенсивность общего maximum'a = IV.

Преобладающая форма выделения: равномерное выделение M и Chr. Кривая выделения M, Chr и общая кривая: постоянны циклически. Общее колич. мочи за все время выделения = 4800 к. с.

Наблюдение № 21.

Клинический анамнез: *Intoxicatio alcoholica chronica. Labor excessus. Alimentatio deficiens. Enteritis subacuta. Hyperlymphism (anasarca universalis, hydrothorax bilateralis) et nephritis parenchymatosa acuta cito transiens (intoxicatio per viam intestini?). Dilatatio cordis (hydropericardium?). Bradycardia. Bronchitis. Oliguria, albuminuria, cylindruria.*

Федоръ Н.—в. 38 лѣтъ, поступилъ въ больницу 23 марта 1898 г.: отеки, кашель и одышка.

Отеки Н.—в. замѣтилъ у себя дней 9—10 назад; одновременно появились носовыя, головная боль и чувство общего недомоганія, а въ послѣдніе дни кашель и одышка. Рвоты не было, аппетита все время былъ плохой; стулъ 4—3 раза въ день, жидкій, безъ крови и боли. Не работаетъ около 1 мѣсяца, въ первое же дни заболѣванія работалъ, хотя съ трудомъ. Отеки и одышка появляются въ первый разъ; доселѣ Н.—в. всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ и полной работоспособностью. Водку употребляетъ лѣтъ 15, нѣредко въ порядочномъ количествѣ, но не допьяна. Передъ заболѣваніемъ спиртныхъ напитковъ не пилъ. Никакого повода къ заболѣванію указать не можеть. Амбулаторъ въ теченіе послѣдняго мѣсяца на стулахъ въ морѣ, причѣмъ нѣсколько заблѣ; нѣда въ теченіе этого времени была головная, преимущественно ночная, иногда только сухая; похлѣданіе сырое, душно; работа тяжела.

Уроженецъ Псковской губ., Опочецкаго уѣзда; въ Сиб. живетъ 2 года, занимается въ качествѣ переправочнаго разнообразнымъ физическимъ трудомъ. Происходитъ изъ здоровой крестьянской семьи. Отсутствіе указаний на инс. встретить и связать со своимъ. Хорошаго сложенія и питанія. Умеренная отчетливая нѣжность конечностей и лица. Небольшой носъ припухлаго звука и ослабленныхъ дыхательныхъ шумовъ на обѣихъ сторонахъ груди внизу, верхняя граница котораго на лѣвой сторонѣ сзади стоитъ почти на уровнѣ угла лопатки, спереди на 6 ребръ; справа верхняя граница тупости стоитъ нѣсколько ниже. Выше припухлости воздуха выслушиваются въ умеренномъ количествѣ сухіе хрипы. Незначительное количество свистящей мокроты. R = 25 в 1'. Точекъ сердца между 5/6 ребр. по лѣвой сосковой, слабый; правая граница сердечной тупости у правого края грудины, верхняя на 4 ребръ. Тоны сердца чистые. Артерія слегка утолщена; R замедленъ, 48 в 1', ритмичен. Rot. = 19. Животъ слегка раздутъ, нечувствителенъ къ давленію. Область почекъ къ пальпации нечувствительна. Печень и селезенка не опредѣляются. U = 500 к. с., d = 1026, r = кислая, б/б/а 1,75 gr. (3^{1/2}‰). Моча красновато-желтого цвѣта, прозрачная; въ осадкѣ: небольшое количество глянцевыхъ и зернистыхъ цилиндровъ и немного лейкоцитовъ. Общее состояніе не тяжелое; аппетитъ сохраненъ; стулъ 2 раза въ день, жидкій. Сонъ хороший; судорогъ и головной боли нѣтъ.

В течение первых двух дней наблюдения Н—в оставался при инфузионной терапии и легкой сбалансированной диете, а начиная с 3-го дня до конца наблюдения ежедневно получал 1 ванну в 30°.

Со 2-го дня наблюдения количество мочи за сутки незначительно увеличилось, и начало улучшаться самочувствие больного; в следующие дни общее улучшение быстро прогрессировало.

На 2-й день наблю. $U = 700$ к. с., $d = 1020$, кол. б/зка = $2\frac{1}{2}\%$ (1,4 гр.).

На 3-й день $U = 1800$ к. с., $d = 1008$, кол. б/зка = $1\frac{1}{2}\%$ (0,9 гр.).

На 4-й день $U = 2200$ к. с., $d = 1009$, кол. б/зка = с/зб/зка.

В следующие дни U колебалось между 1800—2000 к. с., d между 1010—1013, количество б/зка колебалось между. На 4-й день цилиндров уже не найдено.

В первые 4 дня наблюдения Р. колебалась между 40—48 в 1°, в следующие дни между 48—60—65 в 1°. Пот. в первый день наблюдения = 19, на 4-й день = 20, на 9-й день = 22. После ванн больной хорошо полегает. Вибр. ст. усиливается. У отеки стали быстро опадать: к 7-му дню наблюдения отеки были уже нормальными, гидропатох, одимия и кашель прошли, размеры сердечной тупости пришли к норме. На 9-й день наблюдения Н—в, чувствуя себя вполне окрепшим, выписался.

В день выписки отмечено: $U = 1900$ к. с., $d = 1013$, г.—кислая, б/зка—с/зб/зка; моча светло-желтого цвета, прозрачная, в осадке (цестрофуга) цилиндров не найдено. Отокев. н/т; размеры сердца нормальны, Р = 60 в 1°, Пот. = 22. Самочувствие вполне удовлетворительное. Ввср при поступлении = 79300 гр., при выходе = 75000.

Выписывание метиленовой сини было произведено на 1-й день наблюдения, 24/III в 12 ч. дня. За сутки, истекшая перед выписыванием, $U = 500$ к. с., $d = 1026$, г.—кислая, б/зка 1,75 гр. ($3\frac{1}{2}\%$). Моча красно-желтого цвета, прозрачная. В осадке найдено: небольшое количество гиалиновых и зернистых цилиндров и немного лейкоцитов. Реакция на сахар, гемоглобин и желчные пигменты — отрицательны.

Суточн. колич. мочевины = 27,2; суточн. колич. P_{20} = 0,9. Пот. (правая лунка) = 19.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. — 2 ч.
Сир. $\frac{1}{2}$ ч. Сир. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 28 ч.
Сир. — 54 ч.

Интенсивность общего maximum'a = IV.

Кривая выделения М. Сир и общая кривая: правильными циклическими. Преобладающая форма выделения: до 28 ч. М. почти 28 ч. Сир. Общее количество мочи за все время выделения 300 к. с.

Наблюдение № 22.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chronica moderata. Alimentatio deficiens Gastroenteritis toxica (alco?) et nephritis parenchymatosa acuta transitoria (sub intoxicatione per viam intestini?). Anasarca extrem. infer. Cercomonas intestinalis.*

Oliguria, albuminuria, cylindruria.

Потавл. С—ка, 27 лет, поступил в больницу 10 февраля 1898 г.: рвота, икота, общая слабость.

Рвота и икота появились дней 5—6 назад без видимой причины.

Рвота в начале появлялась при всякой попытке принять пищу, в последние же 2 дня несколько реже (4—3 раза в день). Вторичная масса состояла из пищи, икота и слезы без крови. Одновременно развивался понос, боли по всему животу и судороги в мышцах обхв. н/т. Сильно помногу, жидко, без крови, в начале разл. 10 в день, в настоящее же время реже и менее обильно. Перед сном выпивает 1/2 свою обычную пищу (щи, каша, черная х/б/ка) и пьет сырую воду; алкоголя не употребляет. В течение последних 12-ти желудочно-кишечных заболеваний не жм/т, и лишь в 12-ти из 10-ти н/т/ка бывал понос, причем с испражнениями отходили аскариды. Отокев. никогда не развивался. Л/тв 5 назад перенес малярию, приступы которой повторялись несколько раз в течение 2-х месяцев (лечился хинином). На л/тв, утратил указаний н/т/т.

Уроженец Новоизобовского уезда Черниговской губернии; из Сиб. жив. 1 год, занимаясь различной полевой работой. Живет в сухом помещении, столуется в артели; пища обыкновенно состоит из щей, каши, картошки, гороха по словам больного, не всегда удовлетворительного качества. Сиртные напитки употребляет ст. 20 а. из убоженности количеств.

Происходит из здоровой семьи.

Хорошая питания, правильного сложения. Ужиренная синев губ и конечностей; небольшая отечность на голенях. Размеры сердечной тупости не представляются увеличенными, тоны сердца чисты. Артерии не упруги, Р 84 в 1°, небольшого наполнения. Пот. = 14. Со стороны дыхательных путей ничего не обнаружено. Язык сухой, слегка обложен; аппетит плохой. Паскунит рвота была 2 раза, в день исследования 3 раза. Живот не раздут, ужиренно чувствителен к давлению из подложечной области и в области пупка. Стул 3 раза, жидкий, с небольшой тупой болью в животе. Испражнения почти безвизит, несколько напоминают рисовый отвар; при исследовании их, найдено: большое количество различного вида бактерий, много возбудителей форм *Cercomonas intestinalis* и немного зерен крахмала и растительных клетчат; н/тв гнисть не найдено.

$U = 200$ к. с., $d = 1019$, г.—слабо-кислая, б/зка 0,6 гр. ($3\frac{1}{2}\%$). Моча красно-бурого цвета, мутная. В осадке: порядочное количество зернистых и гиалиновых цилиндров и немного лейко- и эритроцитов. Ночь провел худо вследствие частых судорог в икрах ног. Общее состояние тяжелое, резко угнетенное.

Назначены: salomet (по 0,2 три раза в день), ванна в 30° и строгая диета (бульон, молоко).

В первые два дня общее состояние оставалось без особых перемен, начиная же с 3-го дня началось общее улучшение, выразившееся прекращением рвоты, исчезновением цианоза и значительным уменьшением поноса и судорог. Одновременно стало постепенно нарастать U (400, 700, 900, 1200) и быстро падать содержание б/зка в ней (1,5 гр., 1,0 гр., 0,4 гр., с/зб/зка). Начиная с 7-го дня до конца наблюдения U колебалось между 1000—1500 к. с., d между 1012—1015; б/зка на 7-й день определялся в количестве = с/зб/зка, начиная же с 8-го дня до конца наблюдения моча уже совсем не содержала ни б/зка, ни цилиндров. Небольшая наклонность к поносу оставалась еще в течение первых 1 1/2 недель наблюдения, причем в немалом числе почти во все это время удавалось находить во взвешиваемой *Cercomonas intestinalis*; после повторного назначения саломет'я понос прекратился, а после 16 дня наблюдения упомянутые паразиты уже не были найдены.

На 5-й день молочная диета была заменена легкой сбалансированной, начиная же с 12-го дня С—ка получал полную мясную порцию, которую переносил вполне хорошо. На 22-й день выписался вполне окрепшим, без отеков и с прибавкой в в/тв на 3 кило.

Выписывание метиленовой сини было произведено на 1-й день наблюдения, 11/II в 12 ч. дня.

За сутки, истекшая перед выписыванием, $U = 200$ к. с., $d = 1019$, г.—слабо-кислая, б/зка 0,6 гр. ($3\frac{1}{2}\%$). Моча красно-бурого цвета, мутная. В осадке: порядочное количество зернистых и гиалиновых цилиндров и немного лейко- и эритроцитов. Пот. (правая лунка) = 14.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1 час. ¹⁾ Maximum: М. — 3 ч.
 Сигр. — 1 час Сигр. — 3 ч.
 Продолж. выд. М. — 25 ч.
 Сигр. — 58 ч.
 Интенсивность общего maximum'a = IV.

Преобладающая форма выделения: до 25 часов выдвигаются М и Сигр, причем последние преобладают; после 25 ч. выдвигается исключительно Сигр. Близкая выделения М, Сигр и общая кривая: постоянная циклическая. Продолжительность общего maximum'a = 6 ч. Общее количество мочи за все время выделения = 1500 к. с.

Наблюдение № 23.

Клинический эпилепсиз: *Intoxicatio alcoholica chronica. Alimentatio deficiens. Intoxicatio alcoholica acuta. Hyperlymphism (anasarca universalis, hydrothorax sin.) et nephritis parenchymatosa acuta (toxica?) cito transiens. Dilatatio cordis. Bradycardia. Oliguria, albuminuria, cylindruria.*

Емельянов М.—м., 26 лет, поступил в больницу 23 апреля 1898 г.: отеки, кашель, одышка.

Заболел он обнаружилось дней 6—7 назад: головную боль, потерю аппетита и чувствительности; дня через 2—3 присоединились отеки лица и ног, кашель и одышка. Ни рвоты, ни поноса, ни судорог. В течение этого времени у больного не было. Все поступавшую медико-больной работать не мог; атласа амбулаторию без успеха—отеки увеличивались, мочи мало, одышка и кашель не проходили. В больницу доставлен в первый раз и кровью перенесенной из стетоскопа (принимая вторичность) исследовано раз в течение 1 месяца) никаких заболеваний не помнит. Алкоголь (водка) употребляет: день 8—9, причем в последние 2—3 года пить довольно часто, нередко допьяна. Последнее значительное злоупотребление водкой относится к медико-обнаружения заболел. На lies и патологическую наследственность указаний нет. Живет в Сиб. 7 месяцев, занимаясь домом и извозом. Условия питания в течение этого времени неудовлетворительны: питается по чайнику и харчевням, вареную пищу есть не может; иногда питается только кашей и хлебом. Помещение сухое, одежды теплые, заботы на работе много. До приезда в Сиб. жил в Спасском уезде Рязанской губернии, занимаясь сельским хозяйством.

Хорошая сложенная и питания. Значительная общая отечность кожи всего тела (лица, конечностей, туловища). При перкусии груди на левой стороне слышны, выслушивается похрипывание звука и ослабленных дыхательных шумов, слышимых в ладонь. При дыхании носом много сухих и умеренное количество влажных хрипов; немного сапнотной мокроты. R = 22 в 1'. Толщина сердца между 5/6 ребр, по 1/2 локтевой; верхняя граница сердечной тупости между 3/4 ребр, правая до 1. med. sterni. Тоны сердца часты: второй тон на art. pulm. усилен. Артерия не удовлетворена, пульс, резко слабый, волнистый, 40 в 1'. Pot. = 29. Моча редкая, залочувствительна из-за давления; печени и селезенки не прощупываются. Асцит нет. U = 500 к. с., d = 1020, г. — красная, белка 1,5 г. (3%). Моча красновато-желтого цвета, немного мутная. В осадке найдены: значительное

¹⁾ Первая порция мочи получена через 1 час.

количество глянцевых и немного зернистых цилиндров и умеренное количество лейкоцитов. При бактериологическом исследовании сывороточной мочи она оказалась стерильной. Стул 1 раз в день, жидкий; аппетит хороший; общий вид не производит никакого впечатления, самочувствие не угнетено. Температура во все время наблюдения нормальная (36,6—36,8°).

В начале были назначены: молочная диета и 4-та valer. aether., к которым на 3-й день были прибавлены ванны из 30° 2 раза в день, а на 5-й день infus. Adonis vernalis (в 3,0—30,0 перес. 2 ч. по 1 стол. лодж.).

Уже на первые 3 дня состояние несколько улучшилось, начиная же с 4-го дни улучшения быстро пошло вперед.

На 2-й день U = 900 к. с., d = 1021, белка 2^{9/100} P = 40 в 1'.
 На 3-й день U = 800 к. с., d = 1020, белка 2^{9/100} P = 44 в 1'. Pot. = 19.
 На 4-й день U = 1200 к. с., d = 1021, белка 2^{9/100} P = 40 в 1'.
 На 5-й день U = 1800 к. с., d = 1020, белка 2^{9/100} P = 56 в 1'. Pot. = 22.
 На 6-й день U = 3000 к. с., d = 1006, белка 1^{9/100} P = 70 в 1'.
 На 7-й день U = 3200 к. с., d = 1006, белка 0,8^{9/100} P = 70 в 1'. Pot. = 20.
 На 8-й день U = 4800 к. с., d = 1003, белка 0,5^{9/100} P = 64 в 1'.

В течение дня количество мочи постепенно уменьшалось и, достигнув 2000—1600 к. с., оставалось на этих цифрах до конца наблюдения; количество белка на 9-й день = следам и оставалось таким до выписки. Микроскопическое исследование мочи, произведенное на 7-й день, давало отрицательные результаты—в моче ни цилиндров, ни других форменных элементов не было найдено.

Вместе с увеличением. У общее состояние больного стало быстро улучшаться: отеки начали быстро опадать и к 8-му дню оставались лишь небольшие отечности голеней и стоп, которая в течение следующих дней скоро совершенно исчезла. Одновременно с уменьшением отеков исчезло опрессение у больного при поступлении припухлости на левой стороне груди и прощупывания в области. На 7-ой день молочная диета была заменена сывороткой (молоко, котлета, белый хлеб), начиная же с 11-го дня больной получал мясную порцию (мясной суп, котлета, 3 яйца, каша, 40 зол. хлеба), причем означенную пищу переносил вполне удовлетворительно. На 16-й день М.—м. выписался вполне оправившимся. В день выхода отмечено: U = 1600 к. с., d = 1018, белка—следы; цилиндров и других форменных элементов не найдено. Размеры сердца пришли к норме. Отеков, одышки и кашля нет. P = 61 в 1', Pot. = 21. Внес при поступлении = 89500 гр., при выходе = 76800 гр.

Выраживание метиленовой сини было произведено в первый день наблюдения, 24/IV в 10 ч. утра. За сутки, истекши перед последним днем, U = 500 к. с., d = 1021, г. — желтая, белка 1,5 г. (3%). Моча красновато-желтого цвета, слегка мутная; в осадке найдено: много глянцевых и мало зернистых цилиндров и умеренное количество лейко- и эпителиальных. Стоячей, кожной мочевины = 22,5, стоячей, кожной. P.Ou = 1,3. Pot. (правая луженая) = 28.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1/2 часа Maximum: М. — 2 ч.
 Сигр. — 1/2 Сигр. — 2 ч.
 Продолж. выд. М. — 53 ч.
 Сигр. — 33 ч.
 Интенсивность общего maximum'a = IV—III.

Преобладающая форма выделения: М и Сигр все время выделяются равномерно. Близкая выделения М, Сигр и общая кривая: постоянная циклическая. Продолжительность общего maximum'a = 7 ч. Общее колич. мочи за все время выделения = 1900 к. с.

Наблюдение № 24.

Клинический эпикриз: *Alcoholismus chronicus. Intoxicatio alcoholica acuta.—Hyperlymphism (anasarca universalis) et nephritis parenchymatosa acuta (toxica?) cito transiens. Dilatatio cordis. Bradycardia. Bronchitis. Albuminuria, oliguria.*

Ермилъ Г.—мъ, 43 лѣтъ, поступилъ въ больницу 6 августа 1898 г.: отеки, кашель, одышка.

Заболѣваніе обнаружилось около 2 недѣль тому назадъ головной болью, потерей аппетита и кашлемъ; дни черезъ 3—4 присоединились отеки лица и ногъ и одышка. Ни рвоты, ни поносовъ въ теченіе этого времени не было. Отеки и одышка въ продолженіе первой недѣли были несильны, въ послѣдніе же 5—6 дней увеличались настолько, что въ послѣднюю недѣлю Г.—нъ не могъ работать. Какъ отеки, такъ и одышку замѣчаетъ у себя впервые; кромѣ кори и осны въ дѣтствѣ никакихъ заболѣваній до сихъ поръ не имѣлъ. Спиртные напитки употребляетъ лѣтъ 15—20, въ послѣдніе годы часто злоупотребляетъ (преимущественно водкой); abusus предшествовалъ и заболѣванію.

Уроженецъ Вологодской губерніи, Сольвычегодскаго уѣзда, въ Сиб. 18 лѣтъ, служилъ дворяниномъ. Поконченъ въ послѣдній годъ сырое, холодное, условія питанія удовлетворительны. Отсутствіе указаній на яues и натологическую наслѣдственность.

Средняго роста, удовлетворительнаго питанія, блѣденъ. Порадочная отчетность кожи лица, нижнихъ конечностей и туловища. Точекъ сердца между 5/6 ребр., на 1 палецъ кнаружи отъ лѣваго соска; правая граница сердечной тупости доходитъ до правого края грудины, верхняя на 4-мъ ребрѣ, лѣвая совпадаетъ съ голыкомъ. Тоны сердца чисты, второй тонъ на art. pulmon. усиленъ. Артерія сажка уплотнена, Р замедленъ (48 въ 1'), правильнаго ритма, хорошаго напора. Пот. (правая лучевая) = 24. Перкуторно со стороны груди ничего ненормальнаго не опредѣляется, при дыханіи слышны въ небольшомъ количествѣ всдухъ разсѣанные сухіе хрипы. Незначительное количество слизистого мокроты, густоенной кашлемъ: Н = 20 въ 1'. Животъ умеренно раздутъ, область пупка къ давленію и пальпации не чувствительна. Печень и селезенка не прощупываются. У = 1200 к. с., d = 1015; г = кислая, бѣлка 2,4 gr. (2^{го}°). Моча желатаго дѣтѣ, прозрачна. При повторномъ микроскопическомъ исследованіи осадка цилиндровъ не было найдено. Стулъ 1 разъ въ день, нормальной окраски и консистенціи. Совъ плохой вслѣдствіе одышки и кашля. Аппетитъ пониженъ, небольшая головная боль.

Назначена ванна въ 30° 1 разъ въ день и молочная диета, причемъ общее состояніе Г.—а на начало быстро улучшается—количество мочи увеличивается, одышка уменьшилась, отеки стали постепенно опадать.

На 2-й день У = 1300 к. с., d = 1010, бѣлка 1^{го}° (1,3 gr.). Р = 55 въ 1'. R = 25 въ 1'.

На 3-й день У = 1600 к. с., d = 1007, бѣлка 1^{го}° (1,6 gr.) Обильный потъ: Р = 65 въ 1'. R = 20 въ 1'.

На 4-й день У = 1700 к. с., d = 1007, бѣлка — слѣды. Обильный потъ; Р = 60 въ 1'. R = 20 въ 1'.

На 5-й день У = 2000 к. с., d = 1008, бѣлка — слѣды. Обильный потъ; Р = 25. Къ 18 въ 1' Pot. все время колеблется между 24—22.

Послѣ 5-го дня въ концѣ наблюденія Г. установилось на 1500—2000 к. с. въ сутки, d = 1008—1007, блѣзокъ, продолжавшихъ до 10-го дня въ количествѣ слѣдковъ, въ пальпированіи уже не опредѣлялся. Къ 9-му дню отеки и одышка исчезли; кашель прекратился, размеры сердечной тупости пришли къ нормѣ, Р установился на 65—68 въ 1', самочувствіе было индиф-

удовлетворительное. Назначенную въ это время мясную пищу Г.—нъ переносилъ хорошо и, проведя въ больницѣ 15 дней, вышелъ выдѣль оправившимся. Въ день выписки отмечено: У = 1500 к. с., d = 1007, г = кислая, бѣлка и форменныхъ элементовъ не найдено. Размеры сердечной тупости нормальны; Р = 68 въ 1'. R = 20 въ 1' Отековъ нѣтъ. Самочувствіе хорошее. Вѣсъ при поступленіи = 68000, при выходѣ = 56600 gr.

Вырискиваніе мѣтиленовой сини было произведено на 2-й день наблюденія, 7 чмъ въ 3 ч. 20 м. дня. За сутки, истекшія передъ вырискиваніемъ, У = 1200 к. с., d = 1015, г = кислая, бѣлка 2,4 gr. (2^{го}°). Моча желатаго дѣтѣ, прозрачна; въ осадкѣ найдено незначительное количество кѣттокъ эпителія и лейкоцитовъ; цилиндровъ не найдено. Стулокъ колюч. моченины = 27,5; сутки, кол. РаО₂ = 0,45. Pot. (правая лучевая) = 24.

Выдѣленіе мѣтиленовой сини.

Начало:	М.	черезъ 1/2 ч.	Maximum:	М.	2 ч.
	Chr.	1/2 ч.		Chr.	2 ч.
Продолж. выд.	М.	— 16 ч.			
	Chr.	— 54 ч.			

Интенсивность общаго maximum'a = IV. Кривыя выдѣленія М, Chr и общаа кривая постоянны циклически. Продолжит. общаго maximum'a = 8 ч. Преобладающая форма выдѣленія: до 16 ч. М, послѣ 16 ч. Chr. Общее количество мочи за все время выдѣленія = 3100.

Наблюдение № 25.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica habitualis moderata. Labor excessivus.—Hyperlymphism (anasarca universalis, hydrothorax bilateralis, hydropericardium (?) et nephritis parenchymatosa acuta (toxica, infectiosa?) cito transiens. Dilatatio cordis. Bradycardia. Oliguria, albuminuria, cylindruria.*

Иванъ К.—мъ, 37 лѣтъ, поступилъ въ больницу 13 марта 1898 г.: отеки, одышка, кашель.

Заболѣваніе обнаружилось 7—8 дней тому назадъ чувствомъ общаго недомоганія (ломота по всемъ тѣлѣ), потерей аппетита и головной болью; дни черезъ 2 присоединились отеки лица и ногъ, кашель и одышка. За послѣдніе 5—6 дней К.—мъ уже не могъ работать и лежалъ въ постели. Никакой опредѣленной причины заболѣванія указать не можеть, но сообщать, что по роду своихъ занятій (домовой извозчикъ) ему приходится оставаться на холодномъ воздухе часовъ по 10—12 въ сутки и перерѣзъ забуду, особенно же въ послѣднее время, когда часто промывалъ ноги. Алкоголь передъ заболѣваніемъ не злоупотреблялъ, вообще же пьетъ много около 10 лѣтъ, въ умеренномъ количествѣ, рѣдко допьяна. Живетъ въ сухомъ и тепломъ помѣщеніи, питается въ послѣднее время постной пищею (горюхъ, картофеля, квасъ и т. п.), которую переноситъ хорошо. Никакихъ заболѣваній въ прошломъ не помнитъ и вообще всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. До 35 лѣтъ жилъ въ деревнѣ, въ Ярославской губ., занимался сельскимъ хозяйствомъ, послѣдніе же 2 года въ Сиб. Никакихъ указаній на натологическую наслѣдственность и яues.

Хорошаго сложенія и питанія; порадоочная отчетность кокровотъ, неого тѣла. На обѣихъ сторонахъ груди замѣчается посягъ притупленнаго перкуторнаго звука и заглушенныхъ дыхательныхъ шумовъ, верхняя граница котораго спереди находится на уровнѣ 5-го ребра, сзади на уровнѣ угла лопатокъ, одинаково на обѣихъ сторонахъ. Точекъ сердца между 5/6 ребр.,

по сосковой, слабый; верхняя граница сердца на 4-м ребрѣ, правая—сливается съ тупостью нижнего отдела правой стороны груди. Тоны сердца глухи, чисты. Артерия слегка пульсирует. Р. равно замедлен, 88 въ 1'. Рот. (правая дуга) = 19. R = 28 въ 1'. Животъ умеренно раздутъ небольшою асцитъ. Печень и селезенка не определяются. Область почекъ къ давлению и перкуссии нечувствительна. U = 700 к. с., d = 1028, г.—кислая, бѣлая 2,45 gr. (3^{1/2}°¹⁰⁰). Моча красновато-желтаго цвѣта, слегка мутна. Въ осадкѣ найдемъ: въ увеличенномъ количествѣ зернистые и глянцевые цилиндры, клѣтки плоскаго и цилиндрическаго эпителия и немного лейко- и эритроцитовъ. Служ. плохо вследствие камня и одышки; головныхъ болей въ настоящее время нѣтъ. Аппетитъ плохой, рвоты и тошноты нѣтъ, стулъ задержанъ (1 день). Общій видъ не представляется тяжелымъ.

Назначены: молочная діета и кофеинъ на ночь (при камнѣ), причемъ общее состояние начало быстро улучшаться.

На 2-й день наблюдѣнія U = 900 к. с., d = 1023, колич. бѣлка = 2^{1/100} (1,8 gr.).

На 3-й день U = 1800 к. с., d = 1012, бѣлка = ^{1/4}¹⁰⁰ (1,35 gr.).

На 4-й день U = 2400 к. с., d = 1038, бѣлка = ^{1/4}¹⁰⁰ (1,30 gr.).

На 5-й день U = 4000 к. с., d = 1005, бѣлка — следы.

При произведенномъ на 5-й день микроскопическомъ изслѣдованіи мочи цилиндры и кровяныхъ шариковъ не найдено. Назначены ванны въ 30° 1-разъ въ день.

Въ слѣдующіе дни количество мочи колебалось между 3000—2500 к. с., вылитъ до выхода K—на изъ большаго, количество бѣлка = следамъ. Пульсъ въ теченіе первыхъ 5 дней наблюдѣнія колебался между 42—48 въ 1', а затѣмъ, постепенно повышается, на 8-й день наблюдѣнія дошелъ до 70 въ 1'. И въ слѣдующіе дни оставался на этой высотѣ. Артериальное давленіе на 3-й день наблюдѣнія повысилось до 23, на 5-й день до 25, а въ слѣдующіе дни оно колебалось между 21—23.

Вместѣ съ увеличеніемъ U отеки начали быстро уменьшаться, одышка и кашель замѣтно уменьшились, появилась хороший сонъ и аппетитъ. На 4-й день къ назначенной въ началѣ молочн. діетѣ были прибавлены 2 яйца и кашель, на 5-й день 20 золот. бѣлаго хлѣба и куриный супъ, на 7-й день K—въ бѣла назначена полная мясная порція (мясной супъ, котлета, кисель, 40 золот. хлѣба), переносившаяся вполне хорошо. Къ 8-му дню наблюдѣнія оставалась лишь незначительная отчетливая голени, гидроготорахъ и асцитъ исчезли, кашель прекратился. На 10-й день K—въ выписался, чувства себя вполне оправившимся. Въ день выписки отмечено: U = 2100 к. с., d = 1003, кол. бѣлка—следы. Цилиндры въ мочѣ не найдены. Размеры сердца нормальны. Р = 72 въ 1'. Рот. (правая дуга) = 23. Отековъ нѣтъ. Вѣсъ тѣла при поступленіи = 73400 гр., при выходѣ = 70100 гр.

Вскрыченіемъ метеленовой сими было произведено въ 1-й день наблюдѣнія 14/ш въ 12 ч. дня. За сутки, истекшія передъ вскрыченіемъ, U = 700 к. с., d = 1028, г.—кислая, бѣлая 2,45 gr. (3^{1/2}°¹⁰⁰). Моча красновато-желтаго цвѣта, слегка мутна. Въ осадкѣ найдено: порядочное количество зернистыхъ и глянцевыхъ цилиндровъ, увеличенное количество клѣтокъ плоскаго и цилиндрическаго эпителия и немного лейко- и эритроцитовъ. Асцитъ, колич. мочевины = 26,0; устрич. кол. Раб. = 1,3. Рот. (правая дуга) = 19.

Выдѣленіе метеленовой сими:

Начало: M. черезъ 1 ч. Maximum: Chr. — 3 ч.

Продолж. выд.: M. — 40 ч.

Полноты выд.: Chr. — 54 ч.

Интенсивность общаго maximum'a = IV.

Преобладающая форма выдѣленія: до 12 часа M. до 40 ч. равномерное выдѣленіе M и Chr, послѣ 40 ч. выдѣляется только Chr.

Кривая выдѣленія M и Chr: постоянныя поминутныя, общія кривая постоянная—циклическая. Продолжительность общаго maximum'a = 4 ч. Общее колич. мочи за все время выдѣленія = 2900 к. с.

Наблюденіе № 26.

Клиническій эпизиръ: *Refrigeratio acuta. Infectio pneumonica: bronchitis diffusa. Hyperlymphia (anasarca universalis) et nephritis parenchymatosa acuta (sub infectione per viam respiratoriam?) cito transiens. Dilatatio cordis (hydropericardium?) Autointoxicatio acuta (uraemia).*

Oliguria, albuminuria, cylindruria.

Марія J.—на 18 лѣтъ, поступила въ больницу 27 августа 1898 г.: головная боль, отеки, общія слабость. Около 2-хъ недѣль назадъ работала въ прачечной, сильно промокла, и проспавъ ночь въ невеселенномъ бѣльѣ, на слѣдующій день почувствовала головную боль, камель, томящая боли въ поясницѣ и общую слабость. Дня черезъ 2—3 послѣ этого она замѣтила отеки въ лицѣ и ногахъ и одновременно тошноту, кашель и одышка. Въ теченіе послѣднихъ 4-хъ дней состояние значительно ухудшилось—увеличилось головная боль, появилась тошнота и за день до поступленія въ больницу рвоты. Доселѣ никогда отековъ у себя не замѣчала и изъ патологическаго прошлаго упоминаетъ исключительно о брюшномъ тифѣ, перенесенномъ 2 года назадъ. Менструаціи начались 4 года назадъ, правильны; бѣлая мѣсяцъ, не рожала.

Уроженка Повгородской губерніи Борювскаго уѣзда, въ Сиб. живѣтъ 3 года, работая въ качествѣ прислуги (горничная). Условія помѣщенія и питанія вполне удовлетворительны, работа легкая. Никакихъ указаній на патологическую наследственность и lues.

Удовлетворительнаго анамнеза, правильнаго сложенія; кожа лица и нижнихъ конечностей отека, окраска слизистыхъ оболочекъ блѣдная. Толщина сердца между 5/6 ребр., на явную выпуклость отъ 4-го соска; правая граница сердца у правого края грудины, верхняя на 4-мъ ребрѣ. Тоны сердца чисты. Артерія неуплотнена. Р = 77 въ 1', увеличеннаго наполненія, правильный. Рот = 14. При давленіи вскоду увеличенное количество сухихъ хриповъ; мокроты не отдѣляются. Порядочная одышка: R = 28 въ 1'. Животъ не раздутъ, нечувствителенъ къ давленію; печень и селезенка не прощупываются. U = 100 к. с. (не вся часть утерянна), d = 1025, г.—кислая. Моча красновато-желтаго цвѣта, мутна, содержитъ 3^{1/2} бѣлка. Въ осадкѣ найдемъ: порядочное количество глянцевыхъ и немного зернистыхъ и эпителиальныхъ цилиндровъ и увеличенное количество лейкоцитовъ. Стулъ 1 разъ въ день, нормальный. Жалуется на сильную головную боль; общее состояние въ значительной степени угнетено. Въ теченіе ночи было 3 короткихъ припадковъ обихихъ судорогъ, сопровождавшихся непроизвольной потерей сознания. T = 36,4.

Назначены ванны въ 30° 2—3 раза въ день, молочная діета и infus. sennae salin. черезъ 2 ч. по 1 стол. ложкѣ до дѣйствія, причемъ уже на слѣдующій день U = 2500 к. с. и въ слѣдующіе дни, вылитъ до выписки, оно все время оставалось высокимъ, колебалось между 2000—2800 к. с. при d = 1015—1010. Количество бѣлка въ мочѣ также быстро повысилось и уже на 4-й день равнялось следамъ, что оставалось до конца наблюдѣнія. Моча была свѣтло-желтаго цвѣта, прозрачна и при микроскопическомъ изслѣдованіи ея, произведенномъ на 5-й день, цилиндры уже не было найдено. Одновременно общее состояние начало быстро улучшаться: къ 4-му дню одышка и кашель прошли, размеры сердца пришли къ нормѣ, отеки остались только на ногахъ, а къ 10-му дню отеки прошли совершенно. На-

значенную на 5-й день наблюдения легкую мясную пищу 1-на переносила хорошо, и, проведя в больнице 18 дней, выписалась, чувствуя себя вполне оправившейся. Вись при поступлении = 65600 гр. при выходе = 52000 гр. Бактериологическое исследование мочи, произведенное на 4-й день наблюдения, дало отрицательный результат.

Исследование выделения мочевой сины было произведено дважды. Первое исследование было произведено в 1-й день наблюдения, 28/III в 12 ч. дня. За сутки, истекшая перед исследованием, U = 100 к. с. (не вся), d = 1035, t = кислая. Моча красновато-желтого цвета, мутная, содержит 39% белка. В осадке найдены: порядочное количество глянцевых и немногих зернистых и эпителиальных цилиндров и небольшое количество лейкоцитов. Пр. (привая дучева) = 14.

Выделение метилановой сины:

Начало: М. через 1 ч. Maximum: М. — 2 ч.
Chr. — 1 ч. Chr. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 28 ч.
Chr. — 48 ч.

Интенсивность общего maximum'a = IV.

Кривая выделения М. Chr и общая кривая: постоянная — циклическая. Продолжительность общего maximum'a = 6 ч. Преобладающая форма выделения: до 28 ч. М. после 28 ч. Chr. Общее количество мочи за все время выделения = 4600.

Второе исследование было произведено в конце наблюдения, 11/IV в 10 ч. утра. За сутки, истекшая перед исследованием, U = 2000 к. с., d = 1010, t = слабо кислая. Моча светло-желтого цвета, прозрачная, содержит следы белка. В осадке цилиндров не найдено. Сточ. колич. мочевины = 26,5; сточ. колич. P₂O₅ = 0,8. Пр. (привая дучева) = 22.

Выделение метилановой сины:

Начало: М. через 1 ч. Maximum: М. — 3 ч.
Chr. — 1 ч. Chr. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 42 ч.
Chr. — 54 ч.

Интенсивность общего maximum'a = IV—III.

Кривая выделения М. Chr и общая кривая: постоянная — циклическая. Преобладающая форма выделения: до 42 часа равномерное выделение М и Chr после 42 ч. выделяется только Chr. Общее количество мочи за все время выделения = 4800.

Наблюдение № 27.

Клинический эпизод: *Refrigeratio habitus, labor excessivus, alimentatio deficiens. Intoxicatio alcoholica chronica. Induratio arterialis. — Hyperglymphia universalis (anasarca, hydropathorax dexter, ascites, hydropericardium (?), et nephritis parenchymatosa acuta (infectio staphylococcica per viam intestini ?) lente transiens. Dilatatio cordis et insufficiencia v.v. mitralis relativa.*

Oliguria, albuminuria, cylindruria. Bacteriuria.

1) Первая порция мочи получена только через 1 час.

Имя III — в, 32 лет, поступил в клинику 27 ноября 1901 г. одышка, отеки, общее недомогание.

Заболвание обнаружилось дней 7—8 назад опномот, томищими бо-
лями по всем тѣлѣ и сухимъ кашлем; черезъ 2 дня впервые замѣтилъ
отечность въ лицѣ, а еще черезъ 2 дня отечность нижнихъ конечностей и
наружныхъ половыхъ органовъ и сталъ испытывать головную боль и одышку
при работѣ и ходьбѣ. Никакихъ расстройствъ со стороны функций пищева-
рительныхъ органовъ не отмѣчался. Первые дни заболвания работалъ,
послѣдніе 3 дня проводилъ въ постели. Напавшій обмороженіи заболвания
выпалъ около 1 1/2 бутылки водки и провелъ сну, заманную ночь въ
сторожевой будкѣ, причѣмъ сильно ознобъ. Патологическое проявленіе како-то
непродуктивное лихорадочное заболвание въ дѣтствѣ (корь?), довольно
частый сухой кашель въ теченіи 3—4 послѣднихъ лѣтъ (курить углеродно,
лѣтъ 10) и порядочный алкоголизмъ въ послѣднихъ 5—6 лѣтъ (выпиваетъ
отъ 1/2 до 1 бутылки водки ежедневно и до 2 бутылки въ праздничные дни).
Алкоголь переноситъ хорошо, послѣ попойки легко оправляется. Никакихъ
указаній на венерическія заболвания; полная работоспособность до послѣд-
няго времени.

Уроженецъ Новоторскаго уѣзда Тверской губерніи, мѣстности сухой
и здоровой, происходить изъ зажиточной крестьянской семьи. Отецъ, 80-лѣт-
ній старикъ, сильный алкоголикъ, всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ
и только въ послѣднихъ 5—6 лѣтъ пересталъ работать. Мать умерла на 56 году
отъ неизвестной причины; была женщиной болѣзненной, часто плакала;
два брата и двѣ сестры умерли дорана. До 15 лѣтъ III — въ лицѣ въ де-
ревиѣ среди вполнѣ удовлетворительныхъ условій обстановки и питанія. Съ
12-ти лѣтъ началъ помогать братьямъ по работѣ въ полѣ и по хозяйству
и переносилъ эту работу легко. Съ 15-ти лѣтъ живетъ почти постоянно
въ Сиб. и въ теченіи 16 лѣтъ нѣсколько разъ мѣняетъ свои занятія: 4 года
служилъ приказчикомъ въ магазинѣ готовой платья, 2 года служилъ
въ аптекѣ, 5 лѣтъ младшимъ дворникомъ и послѣдніе 5 лѣтъ сторожемъ
при механическомъ заводѣ изготовленія гильзъ. Служба приказчикомъ и
при аптекѣ, по словамъ III —, не требовала большой затраты силъ и
прошла при вполнѣ удовлетворительныхъ условіяхъ помѣщенія и питанія; служба
дворникомъ была болѣе тяжелой: приходилось ежедневно копать дрова и
разносить ихъ по высокимъ лѣстницамъ въ квартиры, приходилось дежурить
по ночамъ у воротъ и почти во все время этой службы жить въ сѣномъ
подвальномъ помѣщеніи и меркндо худо питаться. Послѣдняя служба сто-
рожемъ на заводѣ прошла при тѣхъ же условіяхъ значительнаго физиче-
скаго труда и, благодаря частымъ ночнымъ дежурствамъ, была сопряжена
съ необходимостью постоянно подвергаться вліянію холода и непогоды.
Послѣднее помѣщеніе было теплое и сухое, пища не вполнѣ удовлетвори-
тельная; то столувано по трактирамъ, то готовилъ себѣ самъ. Отмѣчаетъ,
что всѣ роды своихъ службъ переносилъ легко и что до наступленія заболва-
нія чувствовалъ себя вполнѣ здоровымъ. Женился въ 22 году, жена и
3 дѣтей здоровы. Выкидышей и мертворожденныхъ у жены не было.

Высокаго роста, правильнаго, крѣпкаго сложенія. Кожа всего тѣла и
особенно половыхъ частей значительно отечна, суха, на кистяхъ и стопахъ
папуловидная. Рѣзко выраженный отрицательный дерматоглифизмъ; чувстви-
тельность кожи (болевая, тактильная и чувств.) не нарушена; чувстви-
тельность сухожильныхъ рефлексовъ въ предѣлахъ нормы. Подкожно-жировая слой и
мускулатура развиты хорошо. Сила правой руки, по динамометру = 65,
лѣвой = 57 кгт. Лимфатическіе железы не прощупываются. Точечекъ сердца
между 5/6 ребр., по лѣвой осевой, слабый; лѣвая граница сердечной ту-
лови совпадаетъ съ точечкомъ, правая заходитъ на 1 сант. за правый край
грудины, верхняя и 4-й ребр. Топъ сердца сухій, у верхушки въ лежачемъ
положеніи, выступаетъ слабый систольный шумъ, исчезающій при
стоячемъ положеніи. Дучевныя артерій жестки, легка напаты, прощупываются
въ пульсовой волны. Пр. хоронато наполненія, 68 в. 1, синхронизмъ на
обѣихъ сторонахъ. Pot. — 21. Количество эритроцитовъ крови = 4925000, лей-

коцитов, = 8703, гемоглобина (по Gowers'y) = 110%. Морфологических изменений со стороны крови не наблюдается.

Грудная клетка справа внизу дает козел, инфильтрация и ослабленных дыхательных шумов, широко в левом. В остальных местах перкуторный звук ясный, а при давлении определяется в умеренном количестве сухие, всюду разбросанные хрипы. Мокрота слизистая, в ничтожном количестве, кашель незначительный. R=26 в 1'. Жизненная емкость легких—3600 к. с., сила вдоха (по Waldenby'y)=70, выдоха—40. Пробная пункция справа внизу, между 8-9 ребер, по л. axillaris дала свистящую, прозрачную жидкость, содержащую 4% белка.

Зубы сохранились довольно хорошо, язык чистый, влажный. Живот увеличен в размерах; наибольшая окружность его = 96 см.; определяется асцит, верхняя граница которого стоит на уровне 3-й пупка. Повышенная рессансация и чувствительность ко давлению в области пени, край которой не прощупывается. Селезенка не определяется. Искалательная и двигательная способность желудка в пределах нормы; первая реакция на J. в. сильней через 1/4 часа, первая реакция на салцициловую к-ту через 1 час, продолжительность выделения ее около 20 часов. Стул 1 раз в день; испражнения нормальной консистенции и окраски, при микроскопическом исследовании патологических элементов не содержат.

Моча красновато-желтого цвета (нормы). U=700 к. с., d=1022, г-кислая, количество белка=7,0 гр. (10%). Реакция на сахар и индиган отрицательна. Из осадка: умеренное количество зернистых и глянцевых цилиндров, немного лейкоцитов и эритроцитов плоского типа. При бактериологическом исследовании мочи, произведенном на 2-й и на 8-й день наблюдения, оба раза найдены staphylococcus albus в чистой культуре.

Количественный анализ мочи (3 д. наблюд.): при U=800 к. с., d=1020, кол. белка=8,0 гр. (10%).

Хлоридов = 14,0 гр., P-ок. = 0,99 гр., мочевины = 34,5 гр., мочевого к-ты = 0,574 гр., несв. H₂SO₄=2,3 гр., свободной H₂SO₄=2,23 гр., связанной H₂SO₄=0,08 гр.

Сон хороший, состояние духа бодрое, аппетит сохранен. Зрение не нарушено; при исследовании глазного дна (д-р А. И. Мерц) никаких изменений не замечено. Т_в во все время наблюдения колеблется между 36,0—37,0°. Вис. тела=150 см.

Первое 4 дня наблюдения больной был оставлен на дифференциальной терапии (terra valer. aether) и сибирянской мясной диеты. За это время самочувствие его осталось удовлетворительным, объективно же отмечается небольшое увеличение вис. тела (600 гр.) и увеличение суточного количества мочи (до 10 гр.) при U, колебавшемся между 600—900 к. с. Систематический шум у верхушки и увеличение поперечника сердца остаются, при P=70—80 в 1'.

На 5-й день, при прежней диете, назначается infus. digitalis (с 0,5—180,0) через 2 ч. по столовой ложке, с признаками которого совпадает постепенное повышение диуреза, уменьшение отеков и вис. тела при продолжающемся хорошем самочувствии. Через 5 дней digitalis отменяется и назначается ежедневная теплая клизма (32—34° по R.). Из этого времени U=1800 к. с., d=1013, кол. белка=10,3 гр. (6%). Систематический шум у верхушки нарастает слабо, размеры сердечной тупости без заметных перемены; P=72—80 в 1'.

Период призывания теплых клизм продолжается 7 дней. За это время общее улучшение быстро идет вперед. U, продолжая нарастать, на 4-й день достигает максимальной цифры (3200 к. с.), отеки быстро опадают, резко понижается вис. тела (за 7 дней падение вис. на 650,0 гр.), исчезает кашель, асцит, и худобность, уменьшается размер сердечной тупости и перестает определяться систолический шум у верхушки сердца. После 7-дневного призывания теплых клизм U=1800 к. с., d=1010, кол. белка падает до 4,5 гр. (2,5%), цилиндры в осадке определяются в незначительном количестве, только при центрифугировании. В течение следующих 5 дней наблюдения назначаются теплые ванны (30—34°) 1 раз

в день, при прежней диете. Ванны III—в переносить хорошо, но отходить вода носил их ничтожно. Вис. тела продолжает постепенно падать, отеки исчезают совершенно, вис. тела удовлетворительное самочувствие. U колеблется между 1500—2000 к. с., d=1014—1010, кол. белка между 5,0—4,0 гр. На 5-й день призывания ванн (21 день наблюдения) III—в выписывается из клиники в виду семейных обстоятельств.

В день выписки отмечено: U=1500 к. с., d=1013, г-кислая, кол. белка=4,5 гр. (3%), цилиндров в осадке (центрофуз) не найдено. Размеры сердечной тупости в пределах нормы, тоны сердца чистые, P=80 в 1'. Р. (правая лунная)=19, R=20 в 1'. Отеноев лег, хорошее состояние сил и самочувствия. Вис. тела=68 см. гр.

Вирсывание метеленовой сини было произведено на 3-й день наблюдения, 30/хв. в 11 ч. утра. За сутки, истекшие перед вирсыванием, U=800 к. с., d=1020, г-кислая, кол. белка=8,0 гр. (10%). Моча красновато-желтого цвета, мутная. В осадке: умеренное количество зернистых и глянцевых цилиндров и немного лейкоцитов. Pot. (правая лунная)=20.

Выделение метеленовой сини:

Начало: М. через 1/2 ч. (сидит).
Чкр. " 1/2 ч. (отдых). Maximum: М. — 2 ч.
Ср. — 1 1/2 ч.

Продолж. вид.: М. — 74 ч.
Чкр. — 88 ч.

Интенсивность общего maximum'a=III—II.

Преобладающая форма выделения М. выдвигается слабо и только до 74 ч. Кривая выделения М. Чкр и общая кривая: постоянный типический. Продолжительность общего maximum'a=14 ч. Общее кол. мочи за все время выделения = 3300 к. с.

Наблюдение № 28.

Клинический эпикриз: *Bronchitis chronica. Pneumonia interstitialis chron. apicis pulmonis utriusque. Hyperlymphemia universalis (anasarca) et nephritis parenchymatosa subcutanea (sub infectione per viam respiratoriam?) Enteritis. Myodegeneratio et asthenia cordis. † Oliguria, albuminuria.*

Петр Я.—в, 27 лет, поступил в больницу 2-го декабря 1897 г. с обильными отеками, кашлем и одышкой.

Отеки лица и голеней замечал у себя впервые около 2-х месяцев назад; в начале отеки были невелики, и то проходили, то без видимой причины вновь появлялись, за последние же 2 недели постепенно увеличивались. Невозможно раз в течение 2-х последних месяцев была сильная головная боль и периодический умеренный кашель. За это же время значительно усилился кашель, суточный объем около 2-х литров, до настоящего момента больше частью сухой, в настоящее же время с отделением порядочного количества мокроты; крови в ней 1 д.—в никогда не замечал. Патологическое прохождение 4 года назад воспаление легкого. Алкоголь употребляет редко и в небольших количествах; указания Уроженец Сиб., д-тство провел в б-льной крестьянской семье, начиная с 12 лет служить наладчиком золота в мастерской серебряных дел; занятий со свином не имел, никогда не пил. Рабочее помещение сухое, но пыльное и душное; пища удовлетворительная.

Среднего роста, плохого питания; окраска слизистых бледная, кожа лица и нижних конечностей порочено отечна. Соответственно объем верхушка легких определяется укороченный перкуторный звук и жесткий выдох. Границы легких понижены, подвижность их уменьшена; всюду выслушиваются сухие и влажные крупно и мелкопузырчатые хрипы. Мокрота слизисто-гнойная, около 150—200 к. с. в сутки. Перкузальных позитив в мокрот не найдено. К—24 Сердечный толчок между 5/6 ребр. по со-сковой, слабый. Сердце прикрыто и размеры его не определяются. Тоны сердца глухие; на 2 тонг ат. пульм. акцент. Артерия ягвгг, Р=80 в/1; Рот. (правая лучева)=18. Аппетит понижен. Живот не вздут, печени и селезенки не прощупываются. Стул 1 раз в день, мягкий. U=700 к. с., =1016, г — кислая. Моча желто-красного цвета, содержит 10% белка (70 гр.). Реакция на сахар отрицательная. В осадке (центрифуга) немного хлопьев плоского эпителия; цилиндры не найдено. Спит плохо, вследствие кашля. Зрение не нарушено; 1° вечером 37,5° утром 37,0°.

Назначены: infus. digitalis, ванна в 30°, содей при кашле и молочная диета. В первые дни наблюдения состояние больного несколько улучшилось, что выразилось уменьшением отеков, увеличением U и тушением общего самочувствия. Начиная с середины 2-й недели состояние больного стало постепенно ухудшаться. Моча с этого времени начала выделяться в небольших количествах (800—400 к. с.), все время содержала значительное количество белка (8,0—12,0 гр.); в осадке его при повторных исследовании только 1 раз были найдены в незначительном колич. глызванные цилиндры. Отеки стали постепенно увеличиваться, аппетит совершенно отсутствовал, состояние сил, заботно падало. По временам появлялась головная боль и довольно часто бывали тошноты. Судорог ни разу не было. Т° все время оставалась нормальной. Начиная с 24-го дня наблюдения артериальное давление начало падать (14—12—10), увеличилась частота пульса (100—110 в/1); с этого же дня Л—в/1 стали очень асимметричными, начали быстро слабеть и на 28-й день наблюдения скончались при являющихся прогрессирующего упадка деятельности сердца.

Вспрыскивание метиленовой сини было произведено на 17-й день наблюдения, 19 ч. в 10 ч. утра. За сутки, истекшие после впрыскивания, U=750 к. с., d=1015, г — кислая. Моча желтого цвета, содержит 14% белка (10,5 гр.) в осадке найдены в небольшом количестве глызванные жирноперерожденного почечного эпителия; цилиндры не найдено. Реакция на сахар отрицательная. Суточи. колич. мочевыми =18,5; суточи. кол. P₂O₅ =0,85. Рот. (правая лучева) =16.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1 ч.	Maximum: М. через 3 ч.
Чгр. " $\frac{1}{2}$ " (стфд)	Чгр. " 3 "
Продолж. выд.: М. — 28 ч.	
Чгр. — 68 ч.	
Интенсивность общего maximum'a = III—IV.	

Кривая выделения М и Чгр.—полициклическая, обшая кривая постоянная амплитуды. Преобладающая амплитуда общего maximum'a =16 ч. Преобладающая форма выделения: до 28 ч. довольно равномерное выделение М и Чгр; пост 28 ч. выделялся только Чгр.

Общее количество мочи за все время выделения = 3200 к. с.

Протокол вскрытия (д-р Г. Кузнецов).

Блдный, среднего роста трут. Кожные покровы тла умеренно отечны. В полости околосоердечной сумки находится нежного свитлого серозной жидкости. Размеры сердца увеличены: 11,5—9,2—1,0. Полости сердца, главным образом, содержат нежного рыхлых кровяных сгустков. Мышца лвгного желудочка дряблая, желтоватого цвета, легко рвется; мышца правого желу-

дочка слегка гипертрофирована (0,8), довольно плотна. Эндокарий, клапаны и внутренняя поверхность аорты без изменений. В полостях обеих плевры находится свитлая серозная жидкость, в количествах около 1 литра в каждой. Легкие довольно обемисты, по краям выдты, мягки на ощупь. В верхних долях обеих легких разсыпаны небольшие строзной ткани. Бронхи утолщены, при давлении из них выделяется гнойная жидкость. Слизистая желудка без существенных изменений; слизистая тонких кишек устья разбухшими фолликулами, блднца отечна. Печень немного увеличена (30,0—17,0—8,0); поверхность ее ровная, блань в разрезе желтоватого цвета, с умеренно-выраженным рисунком мускулатуры, довольно дрябл. Селезенка не увеличена, блдно-красного цвета, небольшой плотности.

Почки слегка увеличены в размерах: правая: 12,0—7,0—4,0; лвая: 12,5—7,0—4,0. В/св. правая=170 гр.; в/св. лвая=180 гр. Почки отечны, спинается легко; поверхность почек ровная, строзно-желтого цвета. Короткий слой представляется набухшим, желтого цвета, неясного рисунка. Пирамиды порочно налиты кровью. Из сосочков выдавливается мутная жидкость. Слизистая далахот, мочеточника и пузыря без существенных изменений.

Кости черепа нормальной толщины. Синусы и сосуды мягкой мозговой оболочки довольно богаты кровью. Вещество мозга блдно, слегка отечны.

При микроскопическом исследовании почек замечаются рвизы паренхиматозных изменений эпителия прямых канальцев и канальцев Генлевской петли и несколько меньше эпителия извитых канальцев, при нормальном развитии соединительной ткани и отсутствии изменений в сосудах почек.

Мочевые канальцы тсно прилегают друг к другу, тонко очерчены, в редких местах слегка раздвинуты инфильтрированной крупно-клеточными элементами соединительной тканью. Эпителии почек. канальцев всюду резко набух, просветы канальцев значительно сужены. Ядра эпителия совсем не окрасились; ядра эпителия Генлевской петли и особенно ядра просвет канальцев в большей части клеточек совсем не окрасились. В просвете канальцев иногда попадаются мелкозернистые массы и глызвы вышедшего эпителия, рже гомогенной массы. Клубочки немного увеличены в объеме; капсула их не утолщена; в полости капсулы довольно часто встречаются мелкозернистые массы; эпителии капсулы набух, но ядра его, равно как и ядра эпителия, покрывающего канальцы клубочка, окрасились довольно хорошо. Сосуды почек без заметных изменений.

Анатомический диагноз: *Bronchitis chronica et dilatatio pulmonum. Pneumonia interstitialis chronica et catarrhalis acuta disseminata lobori, s-per. pulmonis utriusque. Hydrothorax bilateralis. Nephritis parenchymatosa subacuta. Hypertrophia ventriculi dextri cordis. Myodegeneratio et dilatatio cordis. Anasarca universalis. Oedema cerebri.*

В состав III-ей группы вошли наблюдения над 10 лицами, заболвание которых протекало при ясно выраженных явлениях острого расстройства функции почек, указывавших на острый паренхиматозный процесс.

В клиническом отношении эта группа больных обнаружила значительное сходство по комбинации наблюдавшихся у них патологических явлений. Это рад случаев острого общего заболвания,

токсического или инфекционного происхождения, у всех выразившиеся явлениями общей вялости и симптомами острого расстройства функций: мочеотделения, кровообращения, пищеварения, дыхания, иногда нервной системы. Сходство замечается также и в последовательном развитии указанных патологических явлений: большинство пациентов этой группы отмечают в качестве неблагоприятного момента, непосредственно предшествовавшего заболеванию, привычное или острое охлаждение тела, одновременно с которым у одних обнаруживаются раньше всего симптомы расстройства со стороны желудочно-кишечного канала, у других раньше всего признаки поражения дыхательных путей, а затем уже появляются отеки, уменьшается количество мочи, развивается одышка, общий упадок сил.

В отдельных случаях эта последовательность в развитии болезненных явлений выразилась в такой резкой форме, что невольно является мысль об этиологическом значении указанных выше начальных явлений заболевания. Укажем, например, на наблюдение № 19 и сходный с ним наблюдения №№ 20, 21 и 22, где заболевание обнаружилось прежде всего симптомами острого расстройства со стороны желудочно-кишечного канала. С большой вероятностью можно предположить, что во всех этих случаях исходным пунктом заболевания явился кишечник, и что вся остальная сумма патологических явлений развивалась последовательно, как результат общей интоксикации организма поступившими из кишечника продуктами (токсинами) химической или инфекционной природы. В пользу этого предположения, кроме указанной последовательности, говорит также наблюдавшийся у этих больных параллелизм между состоянием функций кишечника и течением заболевания. В этом отношении особенно демонстративно наблюдение № 19, где улучшение функции кишечника сопровождалось быстрым общим улучшением, и где случайное новое расстройство со стороны кишечника тотчас же было восполнено ухудшением всех остальных симптомов заболевания. Укажем также на наблюдение № 20, где назначенная в начале терапии (молочная диета и ванны), принимавшаяся с положительным эффектом почти у всех лиц этой группы, в этом случае дала отрицательный результат, и где систематическое назначение каломеля сопровождалось быстрым общим улучшением.

У двух пациентов этой группы (набл. № 23 и 24) в качестве ближайшего этиологического момента заболевания можно

было бы признать предшествовавшую ему острую алкогольную интоксикацию. С большой, однако, вероятностью можно предположить, что в обоих случаях заболевание явилось в результате более сложных токсических влияний, вероятно также происшедших из желудочно-кишечного канала. То же можно сказать и относительно больного К—ва (набл. № 25), умственного, но привычного алкоголика, пользовавшегося в том же худыми условиями питания.

В трех случаях этой группы (набл. №№ 26, 27 и 28), где первые болезненные явления выразились симптомами поражения дыхательных путей, заболевание вероятно стояло в ближайшей этиологической связи с инфекцией этих путей. В одном из них (набл. № 27) предположение об инфекционном происхождении заболевания подтвердилось повторным бактериологическим исследованием мочи, давшим чистую культуру блага стафилококка; в другом случае (набл. № 28), отличавшемся тяжелым течением и закончившемся смертью, найденные при вскрытии старая и свѣжая пневмоническая инфекция занимали наиболее видное место среди изменений, обнаруженных в других органах. Впрочем в этом случае, как и в других, заболевание, вероятно, развивалось под влиянием более сложных патологических влияний. Напомним, что все пациенты этой группы — представители рабочего класса, и что в условиях жизни у большинства их отчетливо целый ряд неблагоприятных моментов, как тяжелый труд, работа на холоду, плохие условия помещения и питания, привычный алкоголизм.

Патологическое прошлое у большинства лиц этой группы оказалось свободным от каких-либо серьезных заболеваний вообще и, по всей видимости, от расстройства функции почек в частности, и, за исключением Л—ва (набл. № 28), все пациенты, повидимому, пользовались раньше достаточным здоровьем и хорошей работоспособностью.

Отмечения при исследовании и наблюдении патологических явлений со стороны различных органов в деталях распределялись у различных больных этой группы следующим образом. Наблюдавшиеся у всех явления *интермифии* в 4-х случаях (набл. №№ 21, 23, 25 и 27) выразились общей отекомостью кожи и признаками скопления жидкости в полостях: плевры, брюшины и, может быть, перикарда; в 5-ти случаях (набл. №№ 19, 20, 24, 25 и 28) была отмечена только

общая отечность кожи и въ одномъ случаѣ (набл. № 22)—только отечность кожи нижнихъ конечностей.

Признаки *разстройства функций почекъ* въ 8-ми случаяхъ выразились уменьшеніемъ суточного количества мочи, высокимъ удѣльнымъ въсомъ, альбуминурией и присутствіемъ въ осадкѣ цилиндровъ, форменныхъ элементовъ крови, иногда клѣтокъ почечнаго эпителия; въ 2-хъ случаяхъ (набл. № 24 и № 28) наблюдалось только уменьшение суточного количества мочи и альбуминурия, при отсутствіи цилиндровъ въ осадкѣ.

Альбуминурия у большинства была выражена въ утренней степени [1—3,5‰ (0,4—2,5 gr. pro die)]; въ 2-хъ случаяхъ (набл. № 19 и № 20) она отмѣчена довольно высокой [8‰ (10,0—11,2 gr. pro die)] и въ одномъ случаѣ (набл. № 28)—высокой (14—20‰). Объясняя перечисленные патологическія явленія со стороны мочи существованіемъ острого воспалительнаго процесса въ почкахъ, въ 2-хъ случаяхъ (набл. № 27 и № 28), гдѣ имѣлись ясно выраженные симптомы недостаточности сердца, мы можемъ думать о присоединеніи къ активному процессу известной доли вліянія пассивной гипереміи.

Патологическія явленія со стороны *аппарата кровообращенія* были отмѣчены у 7 больныхъ и выразились увеличеніемъ поперечника сердечной тупости, которое въ 3-хъ случаяхъ (набл. №№ 23, 24 и 26) вѣроятно зависѣло только отъ острой дилатации сердца и въ 4-хъ случаяхъ (набл. №№ 20, 21, 25 и 27)—отъ скопленія жидкости въ полости перикардіа или отъ сочетанія дилатации сердца съ гидроперикардіемъ. Среди тѣхъ же 7 больныхъ у 5-ти (набл. №№ 20, 21, 23, 24 и 25), одновременно съ увеличеніемъ поперечника сердечной тупости, наблюдалось также рѣзко выраженное замедленіе пульса (38—48 въ 1'), при нормальномъ или слегка повышенномъ артеріальномъ давленіи (Pot. = 19—24). Интересно отмѣтить, что этотъ феноменъ наблюдался преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ съ большой вѣроятностью можно было предположить существованіе токсическихъ вліяній изъ кишечника.

Явленія разстройства со стороны *органовъ дыханія* наблюдались въ 6-ти случаяхъ, причѣмъ у 5-ти больныхъ (набл. №№ 20, 21, 24, 26 и 27) они выразились одышкой и кашлемъ при явленіяхъ сухого, распространеннаго бронхита и въ одномъ случаѣ (набл. № 28)—тѣми же симптомами при наличности воспалительныхъ измѣненій въ легкихъ.

Разстройство со стороны *желудочно-кишечнаго канала* наблюдалось у 6-ти больныхъ, причѣмъ у одного (набл. № 22)—въ видѣ рвоты и поносовъ и у 5-ти (набл. №№ 19, 20, 21, 27 и 28)—въ видѣ уѣршеннаго поноса.

Слабѣ всего были выражены у больныхъ этой группы симптомами со стороны *нервной системы*. У большинства они выразились только общими угнетеніемъ самочувствія и извѣдка головной боли, и только въ одномъ случаѣ (набл. № 26) наблюдались повторные припадки общихъ судорогъ, сопровождавшихся потерей сознанія.

Общее теченіе заболѣванія у большинства лицъ этой группы носило легкій, у нѣкоторыхъ же почти миомолетный характеръ. При назначеніи молочной діеты и теплыхъ ваннъ, иногда же при совершенно индифферентной терапіи (больничный режимъ), почти у всѣхъ наблюдалось быстрое общее улучшеніе: увеличивалось количество выделяемой мочи, уменьшалась альбуминурия, быстро исчезали отеки, одышка и признаки разстройства со стороны другихъ органовъ. Укажемъ, напримѣръ, на наблюденія №№ 21, 22, 23, 24 и 27, гдѣ въ короткое время (въ теченіе 4—6 дней) наступало рѣзкое улучшеніе патологическихъ явленій съ стороны всѣхъ органовъ и въ особенности со стороны почекъ. Отмѣтитъ также случай № 26, гдѣ въ первый день наблюдались симптомы, отнѣсавшіе припадки такъ называемой уреміи, и гдѣ дальнѣйшее теченіе отличалось особенно легкимъ характеромъ. Съ большой вѣроятностью можно предположить, что въ этомъ случаѣ видимая тяжесть начальныхъ симптомовъ заболѣванія зависѣла, главнымъ образомъ, отъ особенно повышенной возбудимости нервной системы и можетъ быть менѣе всего отъ состоянія функций почекъ, признаки нарушенія которой были выражены въ слабой степени.

Въ двухъ случаяхъ (набл. № 19 и № 27) заболѣваніе отличалось болѣе длительнымъ теченіемъ. Изъ нихъ въ первомъ наблюдавшееся въ началѣ быстрое общее улучшеніе въ дальнѣйшемъ было задержано случайно развившимся разстройствомъ со стороны кишечника, во второмъ (набл. № 27) болѣе тяжелое теченіе, вѣроятно, зависѣло отъ того, что заболѣваніе развивалось у привычнаго алкоголика, съ раннимъ артеріосклерозомъ и съ весьма вѣроятными дегенеративными измѣненіями сердечной мышцы. Разстройство функций сердца было выражено въ этомъ случаѣ наиболѣе сильно и очевидно оказало известное вліяніе на теченіе заболѣванія; первые симптомы улучшенія совпали съ назначеніемъ digitalis'a и послѣдовательнымъ уменьшеніемъ размѣровъ сердечной тупости.

У обоих больных наблюдалась довольно высокая альбуминурия, державшаяся у одного (набл. № 27) вплоть до конца наблюдения; у него же кроме того отмечена и бактериурия. По аналогии с нашими наблюдениями следующей (IV) группы полагаем, что в данном случае бактериурия указывала на инфекционное происхождение воспалительного процесса в почках, и может быть этим обстоятельством следует объяснить отчасти отмеченные в этом случае и более длительное течение, и стойкость альбуминурии. По крайней мере на двух других больных этой группы (набл. № 19 и № 26), где бактериологическое исследование мочи дало отрицательный результат, и где заболевание развилось вероятно по результату токсических влияний, мы наблюдали и более быстрое течение, и меньшую стойкость альбуминурии.

Последний случай этой группы (набл. № 28) отличался наиболее тяжелым течением и закончился смертью. С большой вероятностью можно думать, что тяжесть течения и неблагоприятный исход данного случая зависели, главным образом, от характера существовавшей у него и занимавшей наиболее видное место в клинической картине заболевания пневмонической инфекции и вызванных ею последовательных дегенеративных изменений почти всех органов. Воспалительный процесс в почках этого больного при микроскопическом исследовании оказался небольшим, и клинические симптомы, которые указывали бы на недостаточность функций почек, в данном случае почти отсутствовали.

Исследование выделения метиленовой сини всех лиц этой группы было произведено в первые дни наблюдения; в 2-х случаях (набл. №№ 20 и 26) исследование было произведено повторно, в начале и конце наблюдения.

Результаты исследования распределились следующим образом: в 2-х случаях (набл. № 20 и № 23) выделение М. С. совершалось по типу выделения ее у вполне здоровых лиц. В клиническом отношении по течению заболевания, по интенсивности альбуминурии и других признаках расстройства функции почек, это — средние случаи, ничем не выдвигавшиеся среди остальных наблюдений этой группы. При втором исследовании, произведенном у одного из них (набл. № 20) в период рязкого общего улучшения, получились почти те же цифры, что и при первом исследовании.

В 6-ти случаях (набл. №№ 21, 22, 24, 25, 26 и 28) наблюдалось довольно резко выраженное преобладание выделения

Снг, при нормальных отношениях остальных моментов выделения (т.-е. так называемое *élimination dissociée* французских авторов). Среди них 4 случая (№№ 21, 22, 24 и 25) отличались легким течением и небольшой альбуминурией; в одном случае (набл. № 26), при незначительной альбуминурии и очень легком течении, в начале наблюдения уремические припадки, и в одном случае (набл. № 28) заболевание протекало при высокой альбуминурии и при тяжелых общих явлениях, закончившихся смертью. При вскрытии в почках этого больного, как мы указывали выше, были обнаружены небольшие воспалительные изменения и довольно значительная дегенеративная изменения эпителия мочевых канальцев.

Таким образом преобладание выделения Снг наблюдалось у ряда лиц с неодинаковым состоянием функции почек и различным течением заболевания. Сравнивая эти случаи с наблюдениями предыдущей (II) группы, где та же аномалия выделения М. С. встречалась столь же часто и еще в более резкой форме, и где отклонения от нормальной функции почек были выражены в более слабой степени, полагаем, что и здесь преобладание выделения Снг зависело от каких-либо других причин. Укажем также, что мы не наблюдали этой аномалии в других случаях этой группы, где признаки нарушения функций почек были выражены сильнее (см., наприм., набл. №№ 19 и 27). В двух случаях этой группы (набл. №№ 19 и 27) наблюдалось уменьшение интенсивности общего maximum'a и увеличение продолжительности выделения при нормальных отношениях остальных моментов выделения М. С. В клиническом отношении эти случаи отмечены нами, как наиболее тяжелые, отличавшиеся и более длительным течением, и резко выраженными и более стойкими патологическими свойствами мочи. Это в особенности следует сказать относительно наблюдения № 27, где указанные выше отклонения от нормального типа выделения М. С. также выражались в более сильной степени (общий maximum = III—II, продолжительность выделения = 88 ч.).

Уменьшение интенсивности общего maximum'a и увеличение продолжительности выделения М. С. в более слабой степени (maximum = III—IV, продолжительность = 68—64 ч.) отмечено также в наблюдениях № 28 и № 20. Из них в первом наблюдалась высокая альбуминурия (10—20‰) и неблагоприятный исход, во втором, при удерживаемой альбуминурии и благоприятном течении, первые симптомы улучшения все же наступили поздно, чем

у других больных этой группы. Произведенное в этом случае второе исследование, в период выздоровления, дало для maximum'a и продолжительности выделения цифры, близкие к нормѣ.

Въ одномъ случаѣ этой группы (набл. № 25) въ качествѣ отклонения отъ нормальнаго типа выделения отмѣчена полициклическость кривыхъ выделения М и Chr. Никакихъ разстройствъ функций печени, на которыя, по Chauffard'y, якобы указываетъ эта аномалія выделения М. С., въ данномъ случаѣ не наблюдалось. Отмѣтилъ также, что, при полициклическости кривыхъ выделения М и Chr, общая кривая (М + Chr) выделения, которая, по нашему убѣжденію, даетъ болѣе правильное представление о ходѣ выделения М. С., оказалась въ этомъ случаѣ нормальной (постоянной циклической).

Наконецъ укажемъ, что ни у одного больного разбираемой группы мы не наблюдали ясно выраженныхъ признаковъ такъ называемой увеличенной проходимости почекъ для М. С., которую Bard и Bonnet отмѣтили, какъ характерную особенность выделения М. С. у больныхъ съ явленіями паренхиматознаго нефрита. Только въ одномъ случаѣ этой группы (набл. № 26) при первомъ исследованіи мы наблюдали незначительное укороченіе продолжительности выделения (М—28 ч., Chr—48 ч.), оказавшейся при второмъ исследованіи, произведенномъ въ периодъ общаго ухудшенія состоянія больной, несколько болѣе (М—42, Chr—54 ч.). Другіе признаки такъ называемой увеличенной проходимости почекъ для М. С. (раннее начало, ранній и сильный maximum) въ данномъ случаѣ отсутствовали. Такимъ образомъ наши наблюденія надъ выделеніемъ М. С. у лицъ этой группы можно резюмировать слѣдующимъ образомъ:

1) У больныхъ съ клиническими явленіями остраго паренхиматознаго нефрита, при умеренно выраженныхъ явленіяхъ функциональнаго расстройства почекъ и при легкомъ теченіи заболевания, выделение М. С. совершалось по нормальному типу или съ незначительными отклоненіями, въ видѣ преобладанія выполненія Chr.

2) При болѣе тяжелыхъ явленіяхъ расстройства функций почекъ наблюдалось небольшое уменьшеніе интенсивности общаго maximum'a и небольшое увеличеніе продолжительности выделения М. С.

Группа IV.

„Острый геморрагический нефритъ“.

Наблюденіе № 29.

Клинический эпикризъ. *Refrigeratio habitualis. Alimentatio deficiens? Enteritis subacuta. Infectio colibacillaris (per viam intestini?). Hyperlymphia universalis (anasarca, hydrothorax bilateralis) et nephritis haemorrhagica acuta cito transiens; dilatatio cordis (hypopericardium?); bradycardia.—Autointoxicatio acuta.*

Albuminuria, cylindruria, haematuria, oliguria. Bacteriuria.

Септрій Г.—въ, 33 лѣтъ, поступилъ въ больницу 25 июня 1898 г.: отеки, головная боль и поносъ.

Заболѣваніе обнаруживалъ 1 недѣлю назадъ поносомъ и головными болями, въ которыхъ искорѣ присоединились отеки лица, ногъ и одышка. Поносъ былъ частый, разъ 5—7 въ день, безъ крови, ст. боли по всему животу; рвоты и судорогъ не было. Были ли при этомъ оспотѣ и жаръ, сказать не можеть, но всю послѣднюю недѣлю провелъ въ постели. Стоялся въ артези и передъ заболѣваніемъ ѣлъ пищу, которую прежде переносилъ хорошо; всегда пилъ сырую воду. Спиртныхъ напитковъ не употребляетъ. По занятію Г.—въ, почтмашъ, благодаря чему нѣсколько подвергается рѣзкимъ переходамъ отъ тепла къ холоду. Отеки появились впервые, поносъ раньше не было, и доселѣ всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Скарлатинной и маларіей не хворалъ, указанія на lues и утратить отсутствовали. Происходитъ изъ здоровой крестьянской семьи. Въ Сиб. живетъ 1 годъ. Условія помѣщенія и питанія, повидимому, удовлетворительны.

Средняго роста, породнанаго питанія, блѣденъ. Кожа лица, ногъ и туловища укрупнено отека. Небольшой поносъ приглушеннаго звука и ослабленныхъ дыхательныхъ шумовъ, на обѣихъ сторонахъ груди, внизу; незначительный сухой кашель. К.—28 въ 1'. Толчекъ сердца между 5/6 ребр., по лѣвой сосковой, правая граница тупости сердца на 1. мед. sterni, верхняя на 4-мъ ребрѣ. Тонъ сердца чистый, укрупненный ацентъ на 2-мъ тогъ art. pulmonalis. Аортный шумъ систолическій, р. правнанаго ритма, 50 въ 1'. Животъ слегка раздутъ, нечувствителенъ къ давленію; печень и селезенка не прощупываются, аспита нѣтъ. Стулъ 5 разъ въ день, жидкій, безъ крови, съ небольшимъ количествомъ слизи. Являчъ пилъ въ туберкулезныхъ наклончъ, въ испраженіяхъ не найденъ. Моча кроваво-краснаго цвѣта, неурочная, съ осадкомъ высотой около 2 сапт. U = 500 к. с., d = 1018, r = желтая, блонкъ = 3% (1.5 gr.). Въ осадкѣ много эритроцитовъ, порядочно зернистыхъ и кровавыхъ цилиндровъ, немного коллоидныхъ цилиндровъ и немного разнобразнанныхъ клѣтокъ эпителия. Т° 37.1 утромъ, 37.6 вечеромъ. Общее состояние больного укрупнено тяжелой. Безпокоитъ головная боль и одышка. Сонтъ плохой, общая жалоба, апатія.

Назначены: ванна въ 30° 1 разъ въ день и молочноя діета. Въ первые 3 дня состояние больного оставалось безъ переменъ. У невелико (500—600 к. с.) головная боль и общее угнетенное настроеніе продолжаютъ, стулъ 2—3 раза въ день, жидкій. На 4-й день при U = 1000 появилась рвота, головокруженіе, дрожаніе въ рукахъ, нѣкоторая спутанность сознания, и въ тотъ же день отмѣчено порочное кровоизліаніе подъ компъ.

конъюнктиву правого глаза (при нарушении зрения и отсутствии изменений в глазном дне (зр. эритроп.) и небольшое увеличение размеров сердца вправо. Стул 2 раза, немного жидко.

Назначено: каломель по 0,2 до действия, ванны 2 раза в день и на следующий день infus. adon. vernal., с чем совпадает довольно быстрое улучшение: прекращаются головная боль и дрожание в руках, уменьшается U (1200, 1400, 1800, 2000 к. с.), начинают опадать отеки. К 12 дню наблюдения отеки остаются лишь на голенях, прекращается тошнота и одышка, стул 1—2 раза в день, жидкий. К этому времени U установилось на 1800—2000 к. с. при $d=1010-1008$; блоксы, постепенно понижаются ($3^{\circ}/_{100}$, $2^{\circ}/_{100}$, $1^{\circ}/_{100}$), к 12 дню определяется в количествах: количество цилиндров резко уменьшилось. Однако кровавая окраска мочи даже несколько усилилась и осадок остался на такой же высоте ($1\frac{1}{2}$ —2 с.ант.).

На 13-й день наблюдения больному была назначена внутрь метилановая синь по 0,2 один прием в день, причем на 3-й день, в виду помутнения t° ($38,2^{\circ}$) и некоторого ухудшения самочувствия (головокружение), приемы были прекращены. Высота осадка оставалась без изменения. Через день t° пришла к норме и головокружения исчезли. Вновь назначается метилановая синь по 0,2 один раз в день в течение 4 дней. На 3-й день по возобновлении приема сини осадок с $1\frac{1}{2}$ с.ант. понижается до $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ с.ант., на 6-й день до $\frac{1}{4}$ с.ант., на 9-й день утренний моча была почти бесцветна, а суточная имела слабую красную окраску и давала незначительный осадок, который оставался таким вплоть до выхода больного. Вечером на 8-й день t° повысилась до 38° , через день опять пришла к норме и в дальнейшем уже не повышалась.

Диета в течение 9 дней молочная, а затем сбалансированная; переносится хорошо. Через 32 дня t° был выписан. В день выписки отмечено: U = 1600 к. с., $d=1007$, блоксы—следы, осадок незначительный, цилиндров не найдено, немного эритроцитов. Размеры сердца нормальные. Отеков нет, самочувствие хорошее, отравления кишечника правились. Р 70 в 1'. Внес при поступлении = 63,500, при выписке = 56,600 гр.

В течение наблюдения было произведено 4 раза бактериологическое исследование мочи: на 2-й, на 7-й, на 19-й и в день выписки. В первый раз была получена чистая культура баст. col. comm.; во 2-й и в 3-й раз баст. col. comm. и staphylococcus albus (преобладали колонии b. col. comm.) и в 4-й раз—моча была найдена стерильной.

Выписывание метилановой сини было произведено дважды. Первое выписывание было произведено на 2-й день наблюдения, 27/VI в 2 ч. дня. За сутки, истекшие перед выписыванием, U=900 к. с., $d=1018$, г—кислая, блоксы— $3^{\circ}/_{100}$ (1,5 гт.). Моча кроваво-красного цвета, с осадком в 2 с.ант. высотой. В осадке найдены: порочное количество зернистых, кровяных и коллоидных цилиндров, много эритроцитов и немного лейкоцитов. Суточи. колич. мочевины = 23,0; суточи. колич. P-бл. = 0,72. Рот. (в правой лучевой) = 20.

Выделение метилановой сини:

Начало: М. через 1 ч. (садны) Maximum: М. — 3 ч.
 Слг. " 1 ч. (отчетливо) Слг. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 57 ч.
 Слг. — 63 ч.

Интенсивность общего maximum'a = II—III.

Преобладающая форма выделений: равномерное выделение М и Слг. Кривая выделений М, Слг и общая кривая имеют слабо выраженный нозидический характер.

Общее колич. мочи за все время выделений = 2100 к. с.

Второе выписывание было произведено на 29-й день наблюдения в 1 ч. дня. За сутки, истекшие перед выписыванием, U = 1600 к. с., $d=1007$,

г—кислая, блоксы—следы. Моча розового цвета с незначительным ($\frac{1}{4}$ с.ант.) осадком. Цилиндров не найдено, немного эритроцитов.

Суточи. колич. мочевины = 24,5; суточи. колич. P-бл. = 0,8. Рот. (в правой лучевой) = 25.

Выделение метилановой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. (садны) Maximum: М. — 3 ч.
 Слг. " $\frac{1}{2}$ ч. (ясно) Слг. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 54 ч.

Слг. — 60 ч.

Интенсивность общего maximum'a = III.

Преобладающая форма выделений: равномерное выделение М и Слг. Кривая выделений М, Слг и общая кривая: постоянная циклическая. Общее количество мочи за все время выделений = 3900 к. с.

Наблюдение № 30.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chronica; labor excessivus, refrigeratio habitus, alimentatio deficiens. — Induratio arterialis. — Intoxicatio alcoholica acuta. Enteritis subacuta. Refrigeratio acuta. Infectio colibacillaris (per viam intestini ?); hyperlymphia universalis (anasarca, ascites) et nephritis acuta haemorrhagica cito transiens; dilatatio cordis*

Albuminuria, haematuria, cylindruria, oliguria. *Bacteriuria.*

Петр О—в, 42 лет, поступил в клинику 12 октября 1900 г.: головная боль, тошнота, отеки.

Заболел обнаружилось около 3-х недель назад умышленным похмельем (жидкий стул 3—4 раза в день), после значительного злоупотребления алкоголем. 12 дней назад, работая под дождем, промок, сильно озноб; на следующий день головная боль, ломящая боль во всем теле, потеря аппетита, а через 2 дня отеки лица и ног, кашель, одышка. За последние неделю отеки увеличились, участился понос (6—7 раз в день), усилились головные боли. Патологическое пронозное в течение 3-х дней, на 22 году уретрита, 4 года назад общие отеки (лежал 1 неделю в больнице). Водку пьет по 15 гтл., с 27 лет частый abusus, в последние 6—8 лет изредка (2—3 раза в год) пьет запоем.

Уроженец Сиб., детство провел в удовлетворительных условиях; с 12 до 21 г. работает на патронном заводе: работа утомительная (10—12 ч. в сутки), пища удовлетворительная, похмелье для себя болевое, часто сырое. После отбывания воинской повинности женился на женщине, вскоре начавшей хворать и умершей через 3 года повидимому от чахотки легких. После смерти жены жизнь беспорядочная: живет по «улазам», питается худо, частое злоупотребление алкоголем. Характер занятий очень неустойчивый: рабочий на лесопильном заводе, разнорабочий, блоксы, лозовой извозчик, землекоп и т. п. В последний год занимался полевой работой, большую часть на открытом воздухе. Занятий со свинцом никогда не имел; указаний на лес и патологическую наследственность нет.

Высокого роста, кривого сложения, удовлетворительного питания. Значительная отчетность кожи лица, туловища и нижних конечностей. Кожа суха, холодна; умышленный отрицательный дерматогризм. При дыхании выслушиваются всевозможные сухие хрипы. Сухой кашель. R=26. Толчки сердца жедко 5/6 реор. по сосковой, правая граница у правого края 4-го, верхняя на

4-мь ребрѣ. Тоны сердца чисты. Артерій слегка утолщены, Р = 64 въ 1'. Рот. (въ правой луже) = 22 Число эритроцитов = 475000, лейкоцитов = 5905; гемоглобин = 97% (по Нисслю). Животъ немного раздутъ; определяется асцитъ, переходящій до пупка. Печень и селезенка не прощупываются. Стулъ 4 раза въ день, жидкий; въ испражненіяхъ найдены: мышечныя волокна, растительныя клѣтки, зерна крахмала, распада и много разнообразныхъ бактерий. Ишь глисты и туберкулезныхъ палочекъ не найдено.

Моча кровово-краснаго цвѣта, съ осадкомъ высотой около 1/2 сант.; U = 630 к. с., d = 1017, г — кислая, бѣлка = 1/2% (0,3 гр.). Въ осадкѣ найдено: много эритроцитовъ, порочидно зернистыхъ и плазминовыхъ цилиндровъ, немного лейкоцитовъ. Чувствительность кожи въ предѣлахъ нормы. Рефлексы сухожильные, кожные и глоточный повышены. Обоняние, слухъ и зрѣніе не нарушены. Глазное дно безъ измѣненій. Настроѣніе подавленное; жалуются на плохую сонъ, головную боль и потерю аппетита. Т° нормальная.

Назначены: ванна 1 разъ въ день въ 30° и молочная діета. Довольно быстрое улучшеніе. У, постепенно уменьшилась, въ концѣ 1-й недѣли = 1600 к. с., послѣ ваннъ обильный потъ (потери въ вѣсѣ отъ 1/2 до 2 kgr.), отеки значительно уменьшились, появился хороший сонъ и аппетитъ, стулъ 1—2 раза въ день, жидкий. Въ концѣ 2-й недѣли отеки и асцитъ исчезли совершенно, U установилось на 1500—1800 к. с., d = 1012—1008, бѣлка = 1% (1/2%); кровавая окраска мочи уменьшилась, высота осадка также (1/4 сант.); цилиндры въ осадкѣ появляются рѣдко. На 3-й недѣлѣ молочная діета замѣнена мясною, отменяются ванны и назначается infus. scallis cocti (5 дней). Общее состояніе остается вплоть удовлетворительнымъ; стулъ нормальный, бѣлка немного меньше, высота осадка и окраска мочи прежнія. На 4-й недѣлѣ назначается метиленовая синь по 0,06 два раза въ день (4 дня), съ чѣмъ совпадаетъ значительное уменьшеніе кровавой окраски мочи и высоты осадка. На 34-й день O — въ выписывается изъ клиники, чувствуя себя вполне окрыленнымъ.

Въ день выписки отбѣжало: U = 1600 к. с., d = 1011, г — кислая, бѣлка — слѣды. Моча слабо розовой окраски, съ ничтожными осадками. Въ осадкѣ немного эритроцитовъ, цилиндрировъ не найдено (непротрута). Само-чувствіе хорошее. Отековъ нѣтъ, размеры сердца въ предѣлахъ нормы. Р = 78 въ 1', пульсальный: R = 18 въ 1', капля нѣтъ. Вѣсъ при поступленіи = 73,000 гр., при выпискѣ = 65,360 гр.

Въ теченіе наблюденія было проведено 3 раза бактериологическое изслѣдованіе мочи (на 4-й день, на 24-й (передъ назначеніемъ метиленовой сини) и на 30-й день (передъ выпиской)). Въ первые 2 раза была получена чистая культура bact. col. communis, въ послѣдній разъ моча была найдена стерильной.

Анализъ мочи (на 3-й день): при U = 1000 к. с., d = 1010, г — кислая, бѣлка = 1,2 гр. Азотъ = 12,6. Мочевина = 20,3. Фосфоръ = 1,5. Хлориды = 10,3. Мочевая к-та = 0,3. Сѣрная к-та свобод. = 0,015. Сѣрная к-та связ. = 1,05.

Выраженіемъ метиленовой сини произведено на 5-й день, 17/х въ 11 ч. утра. За сутки, истекшія передъ выпиской, U = 1200 к. с., d = 1011, г — кислая, бѣлка = 0,5% (0,6 гр.). Моча кровово-краснаго цвѣта, съ осадкомъ, высотой въ 1/2 сант.; въ осадкѣ найдены: много эритроцитовъ, порочидно зернистыхъ и плазминовыхъ цилиндровъ, немного лейкоцитовъ и клѣтокъ жириперерожденнаго цилиндрическаго згнѣтла. Реакціи на сахаръ, желчные пигменты и нитраты — отрицательныя. Рот. (правая лужа) = 23.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 1/2 ч. Maximum: М. — 2 ч.
Чрг. — 1/2 ч. Чрг. — 2 ч.

Продолж. выд.: М. — 48 ч.
Чрг. — 48 ч.

Интенсивность общаго maximum'a = IV.

Преобладающая форма выдѣленія: равномерное выдѣленіе М и Чрг.
Кривая выдѣленія: М, Чрг и общаа кривая: постоянная — пикнотическая.
Общее кол. мочи за все время выдѣленія = 2800.

Наблюденіе № 31.

Клинический эпилепсизъ: *Intoxicatio alcoholica chronica moderata, Infectio indeterminata: bronchitis. Refrigeratio acuta, Hyperlymphia universalis (anasarca, hydrothorax bilateralis, ascites) et nephritis haemorrhagica acuta cito transiens (infectio staphylococcica alba?)*

Albuminuria, haematuria, cylindruria. Bacteriuria.

Стенатъ Г. — въ 39 лѣтъ, поступилъ въ больницу 24-го апрѣля 1898 г.: отекъ и одышка.

Заболѣваніе обнаружилось 2 недѣли назадъ ознобомъ, сильными кашлемъ, болію въ поясницѣ, потерей аппетита и чувствомъ общаго недомоганія; дни черезъ 2 появились отеки лица и ногъ, а въ послѣдніе дни — одышка. Всѣ эти дни не работалъ, лежалъ. Ротъ, носъ и слухоротъ не было, сини по тѣлу не замѣталъ. Наканунъ обнаруженія заболѣванія съѣлъ въ сыромъ и холодномъ сарѣ, сильно ознобъ. Отеки замѣчались впервые; доселѣ всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Занятіи со свинкомъ не имѣлъ; указанія на лues и утѣрпѣть отсутствовали. Спиртные напитки употребляетъ лѣтъ 15—20 умеренно. Уроженецъ Ярославской губерніи, въ Сиб. живетъ 1 годъ; по занятію — чернорабочій. Проживаетъ изъ здоровой крестьянской семьи.

Средняго роста, удовлетворительнаго питанія, блѣдный. Порядочная отчетливая кожа лица, туловища, конечностей и половыхъ частей. Небольшой носъ припухлагого знука и ослабленныхъ дыхательныхъ шумовъ, высотой въ ладонь, на обаѣхъ сторонахъ груди, внизу. R = 28 въ 1'. Слизистая оболочка зѣва, равно какъ и нѣбныя, безъ замѣтныхъ измѣненій. Толщина сердца между 5/6 ребр. по лѣвой сосковой, нѣсколько усиленъ; верхняя граница сердечной тупости на 3/4 ребрѣ, правая немного заходитъ за лѣвый край грудины. Тоны сердца чисты, первый тонъ на аортѣ усиленъ. Артерій не утолщены; Р порядочнаго наполненія, 60 въ 1'. Животъ не раздутъ, чувствительнъ въ области правого подреберья. Печень и селезенка не прощупываются. Незначительный асцитъ. Стулъ 1 разъ въ день, нормальной окраски и консистенціи. U = 2100 к. с., d = 1012, г — кислая, бѣлка 2,4% (1,6 гр.). Моча кровово-краснаго цвѣта, немного мутна, при стояніи даетъ осадокъ высотой около 2 сант. Въ осадкѣ много эритроцитовъ, немного кровяныхъ и зернистыхъ цилиндровъ и немного лейкоцитовъ. Аппетитъ сохраненъ, порядочная жажда. Общее состояніе умеренной тяжести, съ плохой вслѣдствіе одышки. Температура нормальная.

Назначены: ванна въ 30° 1 разъ въ день и молочная діета. Быстрое улучшеніе общаго состоянія. Къ концу первой недѣли U, постепенно уменьшилось, достигло 4000 к. с. въ сутки, отекъ пропалъ, hydrothorax и асцитъ также, появился хороший сонъ и увеличилось само-чувствіе. Однако примѣсь крови въ мочѣ оставалась значительной и осадокъ на днѣ сосуда доходилъ до 2 — 2 1/2 сант. въ толщину, при U, колебавшемся между 3500 — 2000 к. с. Постепенно на водопитіи сѣчи бани (6) и примѣ въ теченіе 4-хъ дней infus. scallis cocti (е 14,0 — 90) по 3 стол. ложки въ день) безъ замѣтнаго вліянія на отдѣленіе крови. На 2-й недѣлѣ наблюденія была назначена метиленовая синь (по 0,12 три раза въ день), примѣи которой продолжалась по 2 дня и возобновлялась черезъ 3 дня. Послѣ двукратнаго назначенія кровавая окраска мочи уменьшилась, толщина осадка съ 2 сант. понизилась до 1 1/2 сант., количество бѣлка съ 1/4% понизилось до слѣдств.

Назначена, вмѣсто молочной, сѣмичанная діета, послѣ чего толщина

осадка повысилась до 1 сантиметра и увеличилась кровавая окраска мочи. Вновь назначенные приемы метиленовой сини (2 дня) не оказали заметного влияния. Тогда сфабрикованная дитя опять замачивалась молочной и вновь назначаются метиленовая синь (2 дня), с чем совпало значительное уменьшение окраски мочи и уменьшение толщины осадка до тонкого слоя на дне сосуда ($\frac{1}{4}$ сантиметра). Назначение через несколько дней сфабрикованной дитя не сопровождается увеличением крови в моче. Прием метиленовой сини переносился хорошо.

На 31-й день $T = 39.0$ выписалась с значительным угнетением. В день выписки отмечено: $U = 2900$ к. с., $d = 10.10$, белка — следы; утренняя порция мочи нормальной окраски, сугочный — светло-розового цвета. Осадок незначительный, содержит эритроциты, цилиндры не найдено (микрофот.). Самочувствие хуже. $P = 80$ в 1, $P = 18$ в 1, размеры сердца нормальные, отекотв нет. Виср при поступлении = 66,700 гр., при выписке = 53,300 гр.

В течение наблюдения было произведено повторно (5 раз) бактериологическое исследование мочи: в первые 2 раза (на 1-й и 2-й наблюдения) была получена чистая культура *Staphylococcus albi*, в 3-й раз (после первого назначения сини) — тоже, в 4-й (после второго назначения сини) и в 5-й раз (при выписке) — моча была найдена стерильной.

Выписывание метиленовой сини было произведено на 2-й день наблюдения, 25/IV в 2 ч. дня. За сутки, истекшие перед выписыванием: $U = 2100$ к. с., $d = 10.12$, г — кислая, блок — $\frac{1}{2}$ (1.6 гр.). Моча кроваво-красного цвета, мутная, дает осадок толщиной около 2 сантиметра. В осадке найдено много эритроцитов, немного лейкоцитов, немного кровяных и зернистых цилиндров. Отрицательная реакция на сахар и желчные пигменты. Сугочн. кол. мочи = 21.3; суг. кол. $P_2O_5 = 1.47$. Pot. (в правой луже) = 20.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{4}$ ч. (слабо) Maximum: М. через 2 ч.

Согр. " $\frac{1}{4}$ ч. (слабо) Согр. " 2 ч.

Продолж. вид.: Сгр. " через 43 ч.

Интенсивность общего maximum'a = IV—III.

Преобладающая форма выделения: почти все время равномерное выделение М. и Сгр.

Кривая выделения М. и Сгр. и обр. кривая: постоянная циклическая.

Общее количество мочи за все время выделения = 4700 к. с.

Наблюдение № 32.

Клинический эпикриз: *Residua mastitidis purul. Infectio streptococcica. Amygdalitis sin. purulenta. Lymphadenitis submaxillaris. Hyperlymphia (anasarca extr. inf.) et nephritis haemorrhagica acuta recidens cito transiens.*

Albuminuria, haematuria, cylindruria. Bacteriuria.

Оска 8-го — на 23-й день, поступила в больницу 2-го апреля 1898 г.: головная боль, жар, отечность ног, слабость.

Заболевание обнаружилось 5 дней назад болями при глотании, одышкой и чувством общего недомогания. Два дня назад замечена отечность ног и кровавую окраску мочи. Накапывали заболевания мылась в ванне, где была холодный квас.

Отёки и кровавая окраска мочи появляются на 2-й раз; в первый раз они появились 4-го месяца назад, во время 6-го месяца беременности. Отёки тогда были незначительны, во время тазу, сопровождалась одышкой

и головными болями. После 2-месячного пребывания в Обуховской больнице отёки и одышка прошли, кровавая же окраска мочи прекратилась только после родов, совершившихся 1-го месяца назад и протекавших нормально. Встаёт после родов на 7-й день, послеродовые выделения закончились 3 неделями назад, кормила сама. Месяц назад на правой грудной железе появилась небольшая гнойничок, вскрывшийся наружу дней 8—9 назад. После 2 недель не кормит.

Патологическое прошлое: корь в детстве и брешной тиф легкого течения 2 года назад. Ртритора. Отсутствие указаний на левую и патологическую наследственность. Указаний на Смоленскую губернию, из Сиб. живёт 5 лет, кушара. Условий помещения и питания удовлетворительная, работа в последние 3 года легкая. Спиритных напитков не употребляет.

Среднего роста, удовлетворительного питания, бледная. Порядочная отечность кожи голеней и стоп. В правой грудной железе прощупывается небольшое уплотнение, с шипением ходит, из которого выдвигается небольшое слизистое гноя. Левая молочная железа увеличена; при давлении из нее исходит густой гноя. Явления молочничной железы увеличены, болезненны. Размеры сердца в пределах нормы. Толщина сердца между 5/6 ребр. по левой осяевой. $P = 100$ в 1, порядочного наполнения. $R = 20$. Желотв не радует; прощупывается правая подмышная и узгренно-богатенная точка, нормальной величины. Печень и селезенка не прощупываются. Моча кроваво-красного цвета, с небольшим осадком (около $\frac{1}{4}$ сантиметра).

$U = 1200$ к. с., $d = 10.13$, блок — 2 (2.4 гр.); в осадке найдены: обильные эритроциты и порядочное количество зернистых и гиалиновых цилиндров. Туберкулезных элементов не найдено. Откал 1 раз в день, нормальный. Головная боль, порядочное общее угнетение. T^0 утром 40.0, вечером 40.5.

Назначения: ванна в 30° 1 раз в день, молочная дитя, 2° борная кислота для полосканий, перевязка. Быстрое общее угнетение. То на следующий день ушла (36.8°), оттока мочи дитя к 5-му дню исчезла, выделение гноя из нее прекратилось; количество мочи постепенно увеличилось (1400, 1600, 2100 к. с.), кровавая окраска ее быстро уменьшалась, к 9-му дню уже совершенно исчезла, причем в осадке ни эритроцитов, ни цилиндров уже не было найдено. Начиная с 5-го дня блок определялся в количестве сфабров, а после 12-го дня отек отсутствовал. Сильный ход в правой грудной железе закрылся к 10-му дню. Дитя до 6-го дня была молочная, затем сфабрикованная, а в последние 3 дня мясная. После ванны всегда обильный пот. Самочувствие Р-ной в первую неделю несколько подавленное, затем хорошее. Через 7 дней выписалась в больничные оравившиеся. В день выписки отмечено: $U = 1800$ к. с., $d = 10.07$, белка и форменных элементов не найдено. Отекотв нет; зльв чиста. $P = 70$ в 1. Хорошее самочувствие.

В течение наблюдения были произведены бактериологические исследования: 1) гноя из миндалин (1-й день набл.), 2) гноя из грудной железы (1-й день набл.) и 3) мочи (на 2-й и 17-й дни набл.). В гноя из грудной железы чистая культура короткого стрептококка, гноя из миндалин — короткий стрептококк, в наст. сои comm., а при первом исследовании мочи была найдена стерильной.

Выписывание метиленовой сини было произведено на 2-й день наблюдения, 4/IV в 10 ч. утра. За сутки перед выписыванием: $U = 1400$ к. с., $d = 10.11$, г — кислая, блок — $1\frac{1}{2}$ (2.1 гр.). Моча красного цвета, прозрачная. В осадке найдено: обильные эритроциты, немного зернистых и гиалиновых цилиндров. Реакция на сахар — отрицательная. Сугочн. кол. мочи = 19.0; сугочн. кол. $P_2O_5 = 0.8$. Pot. (в правой луже) = 20.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 40 мин. (слабо) Maximum: М. через 2 ч.

Согр. " 40 " (отчетливо) Согр. " 3 ч.

вышли открытыми, выпасался из клиники, принужденный к этому своими друзьями.

В день выписки отмечено: границы легких и сердца в предельных нормах. Р правильный, 74 в 1'. Rot=18, R=16 в 1'. Печень и селезенка не прощупывались. U=2000 к. с., d=1013, r=слабо-кислая, колич. белка 6.0 gr. (3%) Моча еще сохранила слабо выраженную кровавую окраску и дала осадок в 1/4 с. вышней; в осадке — эритроциты и немного глянцевых цилиндров и клеток зловослого эпителия. Аппетит хороший, состояние сил удовлетворительное. В течение наблюдения было дважды произведено бактериологическое исследование мочи (на 2-й и на 13-й дни наблюдения): в первый раз была получена чистая культура стрептококков, во второй раз — гнилочная колония (благот. стафилококка (случайно)).

Исследование выделений метеленовой сини было произведено на 2-й день наблюдения, 18 и в 1 ч. дня. За сутки, истекшие после выписки, U=1400 к. с., d=1016, r=кислая, белка=21.0 gr. (15%)⁽¹⁰⁰⁾. Моча кроваво-красного цвета, мутная; в осадке много эритроцитов, порядочно глянцевых, зернистых и кровавых цилиндров и немного клеток почечного и пузырного эпителия.

Выделение метеленовой сини:

Начало:	М. через $\frac{1}{2}$ ч.	М.	— 2 ч.
Chr.	— $\frac{1}{2}$ ч.	Maxim.	Chr. — 2 ч.
Продолж. выд.:	М.	— 58 ч.	
Интенсивность общего maximum'a	Chr.	— 72 ч.	

Интенсивность общего maximum'a = IV—III.

Преобладающая форма выделений: до 58 ч. довольно равномерное выделение M и Chr. после 58 ч. выделяется только Chr.

Кривая выделений M, Chr и общая кривая: постоянны колебания. Характеристика общей кривой: ранний и сильный подъем в начале, небольшая продолжительность maximum'a (4 ч.), постепенное падение. Общее количество мочи за все время выделений = 4800 к. с.

Наблюдение № 34.

Клинический эпикриз: *Alimentatio deficiens, refrigeratio habitualis, intoxicatio alcoholica chronica. Induratio arterialis. Cirrhosis hepatis atrophica. Infectio tuberculosa: pleuritis adhesae, et pneumoniae apicis dextri, pleuritis haemorrhagica sin.; enteritis et peritonitis.—Scorbutus.—Hyperlymphemia universalis (anasarca). Myodegeneratio cordis. Nephritis haemorrhagica acuta. †.*
Albuminuria, haematuria, oliguria.

Александр II-й, 25 лет, поступил в больницу 9 июня 1898 г. болен из животн. болезни, отечи, упадок сил.

Считается еще нездоровым около 1 месяца: появились понос, кровотечение из десен, кровоизлияния на кожных нижних конечностях и боках при падении, при ходьбе. Два недели назад, при падении с барки, сц. на ноги при ходьбе. Два недели назад, при падении с барки, сц. на ноги около 2-х саженей, сильно ушиб. Жизнь на следующий день по-прежнему ругавшая боки из животн. и утискала понос, а через 1 неделю, явились рвущие боли в животн. и утискала понос, а через 1 неделю, при поступлении уменьшавшихся болей, живот стал быстро увеличиваться в размерах, появились отечность голеней и стон, одышка, общий упадок сил. Перед заблуждением, в течение 2-х месяцев, работать на рыболовных судах, в очень плохих условиях: пища худая, преимущественно сухая, помещение для сна (небольшая каюта, где помещались 15—20 человек), душе, сырое, работа тяжелая.

Патологическое прошлое: с раннего возраста наклонность к поносам (в 12 лет отходил крутые густые), два года назад поносился сильной лихорадкой, пурпика камель. Злоключ. злоупотреблял с 14—15 лет.

Уроженец Тверской губернии, до последних 2 месяцев жил в деревн. Тверской губернии, занимался сельским хозяйством и извозом. Отсутствие указаний на патологическую наследственность и laes.

Выше среднего роста, бледен, крайне истощен, выглядит значительно старше своих лет. Кожа нижних конечностей и живота отечна, тусклая, порочными кожными разнообразными высыпаниями. В верхнем отделе правой нижней конечности прощупывается плотный, болезненный инфильтрат. Десны разрыхлены, кровоточат. На левой стороне груди, в нижних отделах сц., определяется притупление перкуторного звука, верхняя граница которого спереди на 5-м ребр. сзади на уровне половин лопатки; fremitus и дыхательные шум в области притупления ослаблены. Соответствие правой верхушки перкуторный звук заглушен; при выслушивании здесь определяется жесткое, почти бронхальное характер дыхания и немного влажных, субкрепитирующих хрипов. В остальных жстах обонх легких выслушиваются сухие хрипы в умеренных количествах. Мокрота слизисто-гнояная, необычная; туберкулезных пацетк при повторном исследовании сн не найдено.

Голос сердца между 4/5 ребр., на 1': пальца внутри от соска; правая граница сердечной тупости соответствует правой краю грудины. Тоны сердца чисты. Артерия слегка уплотнена; P=80 в 1', умеренного наложения, R=24 в 1'. Живот значительно увеличен (окружность его=95 с. на уровне пупка), всему чувствителен к давлению; в нижних отделах его притупление, верхняя граница которого стоит немного выше пупка. Печень и селезенка не прощупываются. Стул жидкий, раз 5—6 в день, без крови. В испражнениях лишь густы и туберкулезных пацетк при многократном повторном исследовании не найдено. Моча бледно-розового цвета, прозрачная. U=500 к. с., d=1021, r=кислая; реакция на глюкозу и сахар отрицательны; цилиндров и других форменных элементов в осадке не найдено.

В день исследования утром=36.0, вечером=37.3; в последующие дни 1° колебалась приблизительно в этих же пределах, лишь изредка доходила до 38° по вестеру. Сон плохой, аппетит понижен, отрыжка и изжога после еды; общая порядочная слабость.

Назначены: ванна в 30° 1 раз в день, вино, т-а opii simpl. по 5 капель 3 раза в день, компресс на живот и молочная диета, впоследствии inf. Adon. вып. В конце 1-й недели небольшое общее улучшение: уменьшение одышки и небольшое уменьшение размеров живота и чувствительности его к пальпации. Теперь баллотированным отмечено определенное излечение онколог. протоидальной формы, с неровной, бугристой поверхностью, идущая в горизонтальном направлении, приблизительно на ладонь выше пупка. Одновременно можно было прощупать край увеличенной селезенки и значную долю сегмента увеличенной, плотной печени. П—в к этому времени стал чувствоваться себя значительно лучше—у него появились аппетит, хороший сон. Высота притупления на левой стороне груди оказалась прежней, причем произведенная пробная пункция дала кроваво-красную жидкость, содержащую при микроскопическом исследовании порядочное количество красных кровяных шариков. Отечность нижних конечностей уменьшилась. Понос оставался почти в прежней силе (5—10 раз в день). Количество мочи увеличилось, но за абсолютными цифрами суточного количества ей трудно было следить, так как в 2-й половине мочи при поносе. Общая особенность ее до 9-го дня мочи оставалась без резких изменений, начиная же с 9-го дня мочи вдруг привид. резкую кроваво-красную окраску, сдвигалась мутной, с порядочным осадком. В осадке было найдено: обилие эритроцитов и немного лейкоцитов; цилиндров в начале не было, а впоследствии были найдены в не-

большим количеством глянцевых и кровавых цилиндров. Вместе с кровью в мочу появлялось немного белка (около 1%). Начиная с этого дня, моча во все остальное время наблюдения оставалась кроваво-красной с небольшими осадками (до $\frac{1}{4}$ с.) и небольшим содержанием белка (1—2%). И призначенная терапия (infus. sec. sct., отвлекающая) замкнутого влияния на общий вид не оказывала. Общее состояние больного не представляло замкнутого ухудшения — он оставался довольно бодрым, асцит еще немного уменьшился (90 с.), количество мочи пореже колебалось между 500—700 к. с. в сутки. На 13-й день наблюдения внезапно развились явления острого упадка деятельности сердца и быстро наступила смерть.

Вирскаппение метеленовой сими было произведено на 11-й день наблюдения, 20/4 в 11 ч. утра. За сутки, истекшие после вирскаппения, $U = 500$ к. с., $d = 1019$, $r =$ — кислая, $\text{бл} = 1\frac{1}{2}\%$ (0,5 gr.). Моча кроваво-красного цвета, с осадком, высотой в $\frac{1}{2}$ см; в осадке найдены: много эритроцитов и немного лейкоцитов, глянцевых и кровавых цилиндров. Суточ. кол-во мочевины $= 21,0$, суточ. кол-во $R_{40} = 0,7$, Pot. (в правой лучевой) $= 14$.

Выделение метеленовой сими:

Начало:	М. через 2 ч. (слабый).	Maximum	М. через 3 ч. (слабый).
Сиг.	1 ч. (ответивно).	Сиг.	3 ч. (порадок).
Продолж. выд.	М. — 19 ч.		
	Сиг. — 51 ч.		
Интенсивность общего maximum'a = IV.			

Преобладающая форма выделения: Сиг.
Кривая выделения: М — постоянная циклическая, Сиг и общая кривая постоянны — полициклическая (3 небольших подъема).
Общее кол-во мочи за все время выделения $= 1400$ к. с.

Протокол вскрытия (д-р Г. С. Кузнецов). Труп мужчины выше среднего роста, плохого питания. На кожных покровах нижних конечностей разбросаны красновато-синие пятна, величиной от горошины до пятикопеечной монеты, в разрезе представляющие собой проваливания в подлежащую клетчатку. Околосердечная сумка содержит немного серозно-кровянистой жидкости. Размеры сердца 10,0; 8,5; 0,8. Мишца сердца дряблы, красно-бурого цвета, каналы, эндокард и внутренняя поверхность аорты без видимых изменений. В полости брюха плевры порочное количество серозно-кровянистой жидкости. Правая плевра соответственно верхушке легкого расщеплена с грубой клетчаткой, утолщена, в остальных местах плевры обониз легкого, покрыты тонкими фибринозными налетами и обильно усыяны мелкими сими бугорками. Обнаженные в нижних отделах свалились; в разрезе верхняя доля правого легкого представляется пронизанной толстыми плотной соединительной тканью, содержит несколько мелких полостей, содержащих казеозные массы и усыяна мелкими бугорками. В остальных отделах легкого также замечаются в небольшом количестве, преимущественно в сплывающейся краем их. В полости живота содержится много кроваво-серозной мутноватой жидкости. На париетальной и висцеральной поверхностях брюшины замечается тонкий фибринозный налет и просвечивающие бугорки. Сальники сморщены и представляют собой расползающуюся у желудка плотную, бугристую опухоль, пронизанную кровоснабжающими и срами аспиногорками. Желудок слегка растянут, пуст. Слизистая его у дна аспиногорками. Слизистая тонких кишек бледная, атрофичная, отечная; слизистая толстой кишки окрашена также отечная. В нижнем отделе слизистой тонкой кишки и слизистой толстой кишки замечаются в небольшом количестве круглой формы явы. Печень немного уменьшена в разрезе (24; 15,0; 7,0), поверхность ее покрыта фибринозными налетами, мелкозернистая, усыяна порочным количеством просвечивающих бугорков.

горков. В разрезе ткань печени плотная, зернистая, красновато-желтого цвета, небольшого кровеносноплотна. При разрезе ткань печени хрупкая. Селезенка значительно увеличена в размерах (10,0; 12,0; 5,0). Капсула ее покрыта фибринозными налетами. Ткань ее в разрезе плотная, бледно-красного цвета, с трудом высасывается. В ткани селезенки замечаются в утробном количестве срые бугорки.

Обе почки слегка увеличены. Размеры их почти одинаковы: 13,0; 5,0; 3,0. Висл. правой $= 20,0$ гр., висл. левой $= 20,5$ гр. Капсула почечки снимается легко. Поверхность почечки ровная, цвет сры-красный. В разрезе почка слегка утолщена, на срыовато-красном фоне ее в утробном количестве мелкие красные точки. Консистенция почечки утробно дряблая, рыхлая, сохранилась довольно хорошо. Пирамиды темно-красного цвета, резко отграничены от корня. Из сосочков выдаиваются красноватая жидкость. Слизистая лоханок, мочеточников и пузыря без существенных изменений. Кости черепа не изменены. Синусы мозга пусты. Ра утробно налита кровью, отечная. Вещество мозга влажное, бледное; в желудочках немного серозной жидкости.

При микроскопическом исследовании почечки замечается гиперемия, обильное скопление эритроцитов в просвете мочевых канальцев и клубочков, при утробных дегенеративных изменениях эпителия их и нормального развития соединительной ткани. Мочевые канальцы всюду имеют слабое развинутое растущими и наполненными кровью капиллярами; эпителий извитых канальцев и Генлевской петли представляется утробно набухшим, а дала его то отчетливо окрасилось, то мутно, реже совсем не окрасилось. Некоторые клетки вывали в просвете канальца. В просвете налитых мочевых канальцев, но особенно в просвете прямых, часто замечается обильное скопление эритроцитов, иногда мелкозернистые массы и клетки выпавшего эпителия и вырвда томогенной массы. Капсулы клубочков не утолщены; эпителий капсулы почти всегда хорошо сохранился, часто набух, мутно или совсем неокрасившимся ядром. Капсульное пространство большинства клубочков растнуто, часть содержит мелкозернистые массы с приростом красных кровяных шариков и редких кругло-клеточных элементов. Очертания капилляров клубочка набухли довольно слабо, в просвете капилляров находятся красные кровяные шарика. Ядра прироставших клубочков эпителия обильны, большинство хорошо окрасилось. Intima сосудов утробно утолщена, капилляры, обильные мочевые канальцы, расширены, с утробным количеством адр, наполнены кровью.

Почка была исследована также в сфизме вид, при чем обработке распинающего препарата различными реактивами можно было обнаружить утробную степень мутного набухания и рже жирное перерождение отдельных клеток эпителия канальцев, канальцев Генлевской петли и также эпителия, покрывающего клубочек и особенно его капсулу.

Анатомический диагноз: *Pneumonia chronica tuberculosa interstitialis et caseosa lobis super. pulmonis dextri. Degeneratio caseosa tuberculosa glandul. bronchialium. Enteritis tuberculosa ulcerosa. Cirrhosis hepatis atrophica. Scorbutus. — Tuberculosis acuta miliaris pulmonum, pleurarum, hepatis, lienis et peritonei. Pleuritis bilateralis et peritonitis exsudativa haemorrhagica. Nephritis haemorrhagica acuta. Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis et renum. Oedema pulmonum et cerebri.*

Наблюдение № 35.

Клинический записки: *Infectio staphylococcica. Angina lacunaris purulenta dextra. Hyperlymphia universalis (anasarca, hydro-*

thorax bilateralis, hydropericardium) et nephritis acuta haemorrhagica lente transiens. Infectio ileo-typhosa levis.

Albuminuria, haematuria cylindrica, oliguria. Bacteriuria.

Евгений Т.—в. 12 лѣтъ, поступилъ въ больницу 3 апрѣля 1898 г. съ жалобами на отеки и боль при стоянii.

Перенесенъ изъ больницы Александровъ-Невской Лавры, куда поступилъ 4 дня назадъ, по поводу общей ломоты въ лѣтъ и лихорадки (жару и озноба); черезъ 2 дня появились отеки лица и ногъ. За недѣлю до настоящего заболѣванія выплылъ изъ той же больницы, послѣ кори, по наведеннымъ справкамъ протекшей въ легкой формѣ, безъ альбуминурии.

По словамъ матери Т.—въ ранние нѣсколько серьезныхъ заболѣванiй не излѣивъ, развивался правильно. До 8 лѣтъ жилъ въ семьѣ средняго достатка; послѣднiе 2 года существовалъ иванчикъ при Александровъ-Невской Лаврѣ, пользовался хорошимъ помѣщенiемъ и пищей. Отекъ его умеръ отъ случайной причины (ушибъ); мать пользуется хорошимъ здоровьемъ, другихъ дѣтей и выкидышей не имѣла.

Хорошаго сложенiя и питанiя, блѣдный, выглядываетъ старше своихъ лѣтъ. Пораженная отчетливо: кожи лица, туловища и конечностей. Небольшой покровъ притупленнаго звука и ослабленныхъ дыхательныхъ шумовъ слышенъ въверху, ничтожное количество всуху разсыпавшихъ сухихъ хриповъ. $R=20$ въ 1'. Толчекъ сердца захватить на пальцахъ за лѣвый сосокъ, правая граница сердечной тупости сливается съ тупостью на правой стороне груди, верхняя на 3/4 ребр. При выслушиванii сердца всуху при 1-мъ топѣ слабый душной шумъ и акцентъ на 2-мъ арт. ритмъ; шумъ вытока на *bulbus jugularis*. $P=80$ въ 1', умереннаго наповаления. Животъ слегка раздутъ, не слабитъ 2 дня. Печень и селезенка не прощупываются.

Моча слабого красно-розоватаго цвѣта, мутна, съ небольшими осадками. $U=300$ к. с., $d=1014$; $блѣзок=0,45$ гр. ($1/1^{1/2}/_{100}$). Въ осадкѣ найдено порядочно зернистыхъ, глянцевыхъ и кровавыхъ цилиндровъ, не много эритроцитовъ и разнообразныхъ клѣтокъ эпителия.

При осмотрѣ зѣва правая миндалина представляется увеличенной, покрываетъ нѣбшю, воздвигаетъ лагуны, выполняетъ сѣровато-бѣлой пробой, по удаленiю которой захватывается языкомъ, кроветочащая поверхность. Самочувствiе нѣсколько тушено, небольшая сыпovitость и алалiя. Т° нормальная. При бактериологическомъ изслѣдованii пробѣ изъ миндалинъ и мочи найдено: въ пробѣ чистая культура желатаго (*citrus*) стафилококка, въ мочѣ бѣлая и желтая (*citrus*) стафилококки, причемъ число колонiй первого нѣсколько преобладаетъ.

Назначены: попараніе горла 2%'-ой борной кислотой, ванна 1 разъ въ 30', молочная діета (только молоко). Въ теченiе 1-й недѣли зѣвъ очистился, миндалины уменьшились, но У оставалось небольшимъ (500—600 к. с.), кровавая окраска мочи усилилась, появились головная боль и частыя рвоты. Съ назначеніемъ кофеина и каломеля въ слабительныя дозахъ У увеличился (900—1200—1800), прошли головная боль и рвоты, стали быстро вылетать отеки. Въ концѣ 2-й недѣли отеки остались лишь слабо выраженными на голеняхъ и на икрахъ лѣтъ. Размеры сердца немного уменьшились, но пульсъ въ теченiе 2-й и 3-й недѣли былъ замедленъ (48—50 въ 1'). У въ теченiе этого времени колебалось между 1400—1900 к. с., $d=1005-1008$, $блѣзок=2,1-1,9$ ($1^{1/2}-1^{1/4}/_{100}$), количество цилиндровъ значительно уменьшилось, высота осадка оставалась небольшой, но кровавая окраска мочи сдѣлалась еще болѣе интенсивной. Въ концѣ 3-й недѣли назначены подкожныя впрыскиванiя антистафилококковой сыворотки (10 гр. на 1 разъ), произведенныя 5 разъ: первые три раза съ промежутками въ 1 день и послѣдніе два раза ежедневно. Впрыскиванiя большой переносилъ хорошо: т° оставалось нормальнымъ, количество бѣлка даже немного повышалось ($2^{1/4}-1^{1/2}/_{100}$), количество же крови въ ней послѣ первыхъ 2 впрыскиванiй нѣсколько уменьшилось, а затѣмъ опять дошло до прежнихъ размѣровъ. Передъ 1-мъ впрыскиваніемъ и послѣ 5-го впрыски-

ванiя моча опять была изслѣдована бактериологически: оба раза была найдена чистая культура желатаго стафилококка. Въ дѣлѣнiемъ были применены отапливанiя (банки на водяную), *infus. secalis corn.* и *tannalbin* также безъ замѣтнаго эффекта на содержанiе крови въ мочѣ. На 5-й недѣль до сихъ поръ нормальная т° начала постепенно повышаться и черезъ 4 дня установилась на 38,5—39,0 по вечерамъ и 38,0 утромъ. Продолжаясь на этой высотѣ около 1 1/2 недѣль, т° начала постепенно падать и черезъ 4 недѣли отъ начала повышенiя пришла опять къ нормѣ. Повышенiе т° сопровождалось учащенiемъ пульса (отъ 52 на 85—100—90—70), туговымъ тушеніемъ, самочувствiемъ и увеличеніемъ селезенки, которая ясно прощупывалась въ теченiе всей второй недѣли лихорадки. Подословъ и розеолъ не было, но Выдаевская реакція, произведенная въ концѣ второй недѣли, дала отчетливый положительный результатъ, У въ теченiе лихорадки въ началѣ понижилось (1000—800 к. с.), количество цилиндровъ и бѣлка нѣсколько увеличилось (отъ 1/2 на 1 1/2), но окраска и величина осадка оставались почти неизмѣненными. Отековъ не было. Пораженный упадокъ силъ къ концу этого осознанiя, которое, судя по весу теченiя его и даннымъ изслѣдованiя, мы считаемъ за брышной тифъ. Затѣмъ общее состояніе больного начало замѣтно улучшаться—отъ прибавъ въ вѣсѣ (при отсутствiи отековъ) и принявъ болѣе бойдрй видъ; однако кровь и цилиндры въ мочѣ все еще оставались, хотя въ нѣсколько меньшемъ количествѣ, чѣмъ прежде. Была назначена безъ замѣтнаго эффекта *liq. ferri sesquichlor.*, затѣмъ *natr. salic.*

Въ началѣ третiаго мѣсяца наблюденья назначаются въ теченiе 3-хъ дней метиленовая синь по 0,12 при разѣ въ день, съ промежутками въ 2 дня, съ чѣмъ совало значительное уменьшенiе кровавой окраски мочи. Черезъ 2 недѣли (конецъ 3-го мѣсяца наблюденья) большой вѣсъ получилъ метиленовую синь въ теченiе одного дня въ прежней дозѣ, послѣ чего кровавая окраска мочи еще болѣе уменьшилась и въ продолженiе всего остального прѣжняго наблюденья моча по тѣмъ была совершенно свѣтлой, за сутки—и оставалось такимъ до конца наблюденья: d колебался между 1005—1007, $блѣзок=сдѣлка$. Въ первые 2 1/2 мѣсяца большой получалъ исключительно молочную діету, затѣмъ съмѣшанную и въ послѣдніе 2 недѣли мясную діету, которую переносилъ вполне удовлетворительно. Проведъ въ больницѣ 116 дней. Т° въ выпискѣ значительно оправилось. Въ день выписки отбѣшено $U=2000$ к. с., $d=1005$, $блѣзок=сдѣлка$. Суточная моча имѣетъ слабо-розоватую окраску; а въ осадкѣ (детройфа) найдены въ небольшомъ количествѣ эритроциты и очень немного глянцевыхъ цилиндровъ. Отековъ нѣтъ, самочувствiе хорошее. Вѣсъ при поступленiи—28000 гр., послѣ тифа (безъ отековъ) = 19200, при выходѣ (безъ отековъ) = 26400 гр.

При произведеніи въ день выписки бактериологическомъ изслѣдованii мочи получена опять чистая культура желатаго стафилококка (только 3 колонiи въ 1 куб. с. мочи).

Впрыскиванiе метиленовой сини было произведено на 2-й день наблюденья, 4 лив въ 10 ч. утра.

За сутки, истекшія послѣ впрыскиванiемъ, $U=500$ к. с., $d=1014$, $г-кисл.$, $блѣзок=1^{1/2}/_{100}$ (0,75 гр.). Моча краснаго цвѣта, мутна, съ осадками въ 1/2 сант. высоты; въ осадкѣ найдено много зернистыхъ и глянцевыхъ цилиндровъ, порядочно эритро- и лейко-цитовъ. Положительная реакція на гемоглобинъ.

Суточн. колич. мочевины=18,2; суточн. колич. $РиОи=0,9$. Ротъ (въ правой чужевой) = 12.

1) Метиленовую синь больной переносилъ хорошо и только на слѣдующій день послѣ перваго дня у него наблюдалось значительное (до 40,7%), но кратковременное (1 сутки) повышенiе т°.

За сутки, истекшая передъ вырскиваниемъ, $U = 2000$ к. с., $d = 1005$, g — кислая, $\text{блѣза} = 1^{1/2}_{100}$ (2,0 gr.). Цѣтъ мочи розовый, осадокъ ничтоженъ. Въ осадкѣ эритроциты цилиндровъ не найдено. Суточи, колич. мочевины = 20,0, суточи. колич. $\text{P}_2\text{O}_5 = 0,8$. Pot. (въ правой лучевой) = 21.

Выделение метиленовой соли:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. (отчетливо). Maximum: М. через 3 ч.
 Chr. " $\frac{1}{2}$ ч. (тоже).
 Продолж. выд.: М. — 38 ч.
 Chr. — 52 ч.
 Интенсивность общего maximum'a = IV—III.

Преобладающая форма выделения: до 38 ч. равномерное выделение М и Chr. послѣ 38 ч. выделяется только Chr.
 Кривая выделения: М, Chr и общая кривая: постоянныя циклическія.
 Общее колич. мочи за все время выделения = 4500.

Наблюдение № 37.

Клинический эпикризъ. *Alcoholismus chronicus. Induratio arterialis praecox.—Refrigeratio. Hyperlymphia universalis recidens (anasarca, hydrothorax, ascites) et nephritis haemorrhagica acuta lente transiens (inf. staphylococcica alba?). Dilatatio cordis (hydro-peric?).*

Albuminuria, haematuria, oliguria, cylindruria. Bacteriuria.

Алексій М.—въ 36 лѣтъ, поступилъ въ больницу 21 сентября 1898 г.: отеки, камель и одышка.

Больны обнаружился около 2½ недѣль тому назадъ жохотой въ поясницѣ, головной болью и отеками лица и нижнихъ конечностей въ послѣднюю недѣлю появились одышка и камель, а дней 8—9 назадъ М.—въ замѣтилъ впервые кровавую окраску мочи. Послѣдня 2 недѣли не работалъ. Наканунѣ заболѣванія М.—въ, по занятію пекаря, вышелъ потнымъ на открытый воздухъ, былъ плохо одѣтъ и озабъ. Спиритныхъ напитковъ передъ заболѣваніемъ не употреблялъ, ѣлъ свою обычную пищу.

Отеки, по словамъ больного, появляются у него въ 3-й разъ; въ первый разъ въ дѣтствѣ (въ 10—12-лѣтнемъ возрастѣ), новѣйшему, послѣ скарлатины, продолжался около 1 мѣсяца, во второй разъ лѣтъ 10 назадъ, причемъ отеки были невелики и при дѣченіи ваннами прошли въ 10—12 дней. За 2 года до вторичнаго появленія отековъ перенесъ невидимому брышной тифъ, легкаго теченія, 15 лѣтъ назадъ утратилъ. Указаній на lues нѣтъ. Спиритные напитки употребляетъ лѣтъ 10—15, нерѣдко abusum. Пропиходитъ изъ здоровой семьи.

Высокаго роста, удовлетворительнаго питания, блѣдный. Значительные отеки лица, туловища, конечностей и половыхъ частей. Небольшой посылъ притупленнаго звука и ослабленныхъ дыхательныхъ шумовъ на обоихъ сторонахъ груди, внизу. Укреплена одышка ($R=25$ въ 1'). Точечскъ сердца между 5/6 ребр., на пальцѣ слышны отъ лѣв. соска, слабый, верхняя граница сердечной тупости между 3/4 ребр., правая слышится съ тупостью правой стороны груди. Тоны сердца глуховаты, акцентъ на 2-мъ тонѣ артіе рѣзко уплотнены. Животъ, немного увеличивается въ размѣрахъ, порядочный асцитъ. Печень и селезенка не прощупываются. Стулъ 1 разъ въ день, жидкій. $U=700$ к. с., $d=1023$, g — слабо-кислая, рѣзкая, кроваво-красная цвѣта, мутна, при стояніи даетъ осадокъ высотой около 2-хъ сант. Блѣза =

= $7^{1/2}_{100}$ (4,9 gr.). Въ осадкѣ найдены: зернистые, гліановые и кровяные цилиндры и много эритроцитовъ. Общее состояние довольно тяжело, безпокойствъ, головныя боли, камель и одышка, особенно при лежаніи. Сонъ и аппетитъ плохи. Т° нормальная.

Назначены: ванны въ 30° 2 раза въ день, соедемъ при камлѣ и молочная діета. Въ первые три дня состояние больного оставалось безъ перемѣнъ, начиная же съ 4-го дня постепенно увеличивается U , медленно опадаютъ отеки и улучшается общее состояние больного. Къ концу второй недѣли одышка и камель значительно уменьшились и появился хороший сонъ, къ концу 3-й недѣли больной совершенно освободился отъ отековъ, которые въ дальнейшемъ появлялись лишь изрѣдка на голеняхъ и стопахъ. Головная боли оставались до конца 3-й недѣли; иногда онѣ сопровождалась тошнотой и изрѣдка поносами. У къ началу второй недѣли дошло до 2000 к. с., а къ концу 3-й недѣли установилось на 3500—4000 к. с. и оставалось на этихъ цифрахъ почти до конца наблюденья при 4, возмѣнались въ началѣ между 1012—1008, затѣмъ между 1007—1004. Блѣзы въ концѣ второй недѣли = $4^{1/2}_{100}$ (8,3 gr.) къ концу 3-й недѣли установились на $1^{1/2}_{100}$ (3,5—3,0 gr.) и оставался такимъ до выписки изъ больницы. Содержание крови въ мочѣ постепенно уменьшалось: къ концу 3-й недѣли высота осадка уменьшилась до $\frac{1}{2}$ сант., къ концу 5-й недѣли моча по утрамъ была безцвѣтной, суточная же имѣла слабый розоватый оттенокъ, сохранившись вплоть до выхода больного. Цилиндры въ осадкѣ на 4-й недѣлѣ уже не были найдены (центрофуа), кровяные же шарикъ оставались въ небольшомъ количествѣ до конца наблюденья. Диета до конца 4-й недѣли была молочная, затѣмъ большой постепенно перешелъ на легкую сжиганную и въ теченіе послѣдней недѣли получалъ мясную порцію и переносилъ ее вполне удовлетворительно. Пробывъ въ больницѣ 51 день, большой вышелъ изъ нея съ значительнымъ общимъ улучшеніемъ.

Въ день выписки отмѣчено: $U=2500$ к. с., $d=1007$, блѣза $\frac{1}{2}_{100}$ (2,5 gr.), цилиндровъ нѣтъ; окраска мочи розоватая. Размѣры сердца въ предѣлахъ норм. Тоны чисты. Р—70 въ 1', правильны. Асцитъ нѣтъ, ничтожна отчетливы колы голени. Вѣсъ тѣла при поступленіи = 90,300 гр., при выходѣ = 63,800 гр.

Въ теченіе наблюденья было 3 раза произведено бактериологическое исследование мочи: въ концѣ 1-й недѣли наблюденья, на 3-й недѣлѣ и при выпискѣ изъ больницы. При первыхъ двухъ исследованияхъ была найдена чистая культура благаго стафилококка, при послѣднемъ моча оказалась стерильной.

Вырскивание метиленовой соли было произведено 2 раза.

Первое вырскивание было произведено на 3-й день наблюденья, 24/ix въ 12 ч. дня.

За сутки, истекшая передъ вырскиваніемъ, $U = 500$ к. с., $d = 1015$, g — кислая, блѣза = $7^{1/2}_{100}$ (3,75 gr.). Моча кроваво-красная цѣтъ, при стояніи даетъ осадокъ въ 2 сант. высотой. Въ осадкѣ найдено много эритроцитовъ, порядочное количество зернистыхъ, гліановыхъ и кровяныхъ цилиндровъ и немного лейкоцитовъ. Суточи, колич. мочевины = 20,5, суточи. колич. $\text{P}_2\text{O}_5 = 0,58$. Pot. (въ правой лучевой) = 27.

Выделение метиленовой соли:

Начало: М. через 1 часъ. Maximum: М. — 2 ч.
 Chr. " $\frac{1}{2}$ ч. Chr. — 4 ч.
 Продолж. выд.: М. — 68 ч.
 Chr. — 82 ч.
 Интенсивность общего maximum'a = II.

Преобладающая форма выделения: равномерное выделение М и Chr. Кривая М, Chr и общая кривая: постоянныя циклическія.

Общее колич. мочи за все время выдыхания = 4700 к. с.

Второе выдыхание было произведено за 4 дня до выписки.

За сутки, истекшие перед выписыванием, $U = 3000$ к. с., $d = 1007$, г—виская, блонд = 1^{1/2}. Моча красноватого цвета, с незначительным слоем осадка, в котором найдены только эритроциты.

Суточн. колич. мочевины = 22,5; суточн. колич. $PO_4 = 0,75$. Rot. (в правой лучевой) = 25.

Выделение метемисной сими:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. — 3 ч.
Chr. $\frac{1}{2}$ ч. Chr. — 3 ч.

Продолж. вид: М. — 56 ч.
Chr. — 75 ч.

Интенсивность общего maximum'a = II.

Преобладающая форма выдыхания: М. и Chr. выдыхаются равномерно.
Кривая выдыхания М. Chr и общий кривая: постоянны циклически.
Общее колич. мочи за все время выдыхания = 10200.

Наблюдение № 38.

Клинический эпизод: *Alcoholismus chronicus. Cirrhosis hepatis hypertrophica. Infectio indeterminata. Nephritis haemorrhagica acuta (staphylococcus albus). Myodegeneratio et dilatatio cordis. Hyperlymphia universalis: anasarca, hydrothorax, ascites. Albuminuria, haematuria, cylindruria. Bacteriuria.*

Владимир В.—в, 32 лѣтъ, поступил въ больницу 20 мая 1898 г. отеки, головная боль, боль въ пояснице.

Дней 7—10 назад появились без видимой причины, ознобы, боль при глотании, общее недомогание. Несколько дней спустя въ этихъ явленияхъ присоединились головная боль, понос, боль въ поясницѣ и показались небольшие общие отеки и увеличение живота. Т° въ течение послѣднихъ 4—5 дней колебалась между 38° и 39°, пота не было. Всею послѣднюю недѣлю пролежать въ постели.

Уроженецъ Киевской губерніи, гдѣ проживалъ до 21 года. Въ лѣтъ 10 живетъ безвыѣздно въ Сиб., занимаясь писемными работами въ одномъ изъ правительственныхъ учрежденій. Условія помѣщенія и питанія удовлетворительны. Съ 16-ти лѣтъ порочно употребляетъ алкоголь (водка). Патологическое прошлое: въ молодости утратилъ 7 лѣтъ назадъ брюшную тифъ и 2 года назадъ желтуха со рвотой и поносомъ, повторившаяся черезъ 4 мѣсяца. Отсутствие указаний на патологическую наследственность и leues. Отеки появляются въ верхней части.

Высокаго роста, порочнаго питанія. Слабая истеричность скелета. Умѣренная отечность кожи лица, голеней и стопъ. Слизистая оболочка зѣва безъ существенныхъ измѣненій. Со стороны груди отмѣченъ небольшой двухсторонній hydrothorax и умѣренное количество разсѣянныхъ сухихъ и влажныхъ хриповъ. Немного слизистой мокроты.

Толщ. сердца между 5/6 ребр. по осевой, слабый; тоны сердца чисты. Аорт. не уплотнены, Р—90 въ 1^ю хорошаго наполненія. Животъ увеличенъ въ размѣрахъ (окружность его—98 с.), чувствительнъ къ давлению, особенно въ поясничныхъ областяхъ. Порядочный асцитъ. Печень и селезенка находятъ не опредѣляясь, а въослѣдствіи почти безо всяко прощупать какъ слегка увеличенную печень, такъ и плотную, умѣренно увеличенную селезенку. Стулъ жидкій, 3—4 раза въ день, безъ крови.

Моча мутна, желтовато-краснаго цвѣта: $U = 1200$ к. с., $d = 1012$, г—кислая; блонд = 1^{1/2}, (0,9 тр.), въ осадкѣ найдены: немного зернистыхъ и глазированныхъ цилиндровъ и умѣренное количество лейко- и эритро-цитовъ. Реакція на сахаръ и жѣлчные пигменты отрицательная. Т° въ первый день вечеромъ = 39°, утромъ = 38,8°. Общее состояніе довольно подавленное и угнетенное.

Назначены ванны въ 30° 2 раза въ день и молочная діета. Довольно быстрое улучшение: въ 5-мъ dniu Т° постепенно понижалась, достигла 37,2°, головная боль прошла, поносъ уменьшился, стали опадать отеки и уменьшилась асцитъ. У скоро дошло до 2000—2500 к. с., количество бѣла уменьшилось (почти съдѣла). Однако зажитенная еще въ началѣ кровавистая окраска мочи вскоре постепенно усилилась и на 7-й день моча сдѣлалась уже интенсивно-красной съ осадкомъ толщиной около $\frac{1}{4}$ к. с. Въ дальнѣйшемъ отеки вскоре совершенно исчезли, прошли боли въ поясницѣ; асцитъ тогда медленно, но все же продолжалъ интенсивно уменьшаться; однако Т° почти во все время наблюденія больного оставалась слегка повышенной (37,9—38°, изрѣдка 38,8° по вечерамъ) и количество крови въ мочѣ, несмотря на строгую молочную діету, оставалось почти безъ перемены. У колебалось между 2000—1800 к. с., d —между 1008—1010, бѣлка—съдѣла.

Въ течение болѣзни кровя въ ваннѣ (1 разъ въ день) примѣнялись: въ началѣ каломель (3 дня), затѣмъ саллициловый натр., оказавшія на послѣднѣй (горчичники и сухія бани), а въ послѣдніе 3 дня метемисная сими (3 раза по 0,2 въ обѣды, и 3 раза по 0,1). Ни одно изъ перечисленныхъ средствъ не оказало зажитеннаго вліянія на количество крови въ мочѣ, которая и при выпискѣ больного оставалась еще въ порядочномъ количествѣ.

Пробы въ болѣзнь около 1 мѣсяца, В—въ выпискѣ по семейнымъ обстоятельствамъ. При выпискѣ отмѣчено: отековъ нѣтъ, поносъ прекратился, асцитъ значительно уменьшился (окружность живота = 87), но не исчезъ. $U = 1800$ к. с., $d = 1010$, бѣлка—съдѣла, висота осадка около $\frac{1}{2}$ сантиметра, цилиндровъ не найдено. Т° въ день выписки утромъ = 36,8°, накануне вечеромъ = 37,4°. Вѣсъ тѣла при поступленіи = 89,200 гр.; при выпискѣ = 80,100 гр. Самочувствіе больного удовлетворительное.

Въ течение наблюденія 3 раза было произведено бактериологическое изслѣдованіе мочи (на 7-й, 26-й и въ день выписки), причемъ каждый разъ былъ находимъ въ чистой культурѣ *staphylococcus albus*.

Черезъ 1^ю мѣсяца (28 июля 1899 г.) В—въ вновь поступилъ въ больницу, на этотъ разъ при явленіяхъ значительной одышки и общаго коматознаго состоянія. Со словъ жены, худѣніе развилось въ течение послѣднихъ 4-хъ дней, послѣ того какъ В—въ, вымывшись въ горячей банѣ, выпилъ холоднаго пива и немного воды. На слѣдующій день послѣ боли онъ слегъ, жаловался на головную боль, общую слабость и жаръ. Былъ поносъ и очень мало мочи. За день до вступленія въ больницу появились одышка и постепенно безсонное состояніе. Судорогъ не было.

До настоящаго ухудшенія состояніе В—въ послѣ выписки изъ больницы значительно улучшилось; въ течение послѣдняго мѣсяца онъ даже вѣсомыя свои служебныя обязанности и моча, за окраской которой больной постоянно слѣдилъ, въ течение послѣднихъ 3-хъ недѣль уже не была красной.

При изслѣдованіи отмѣчено: полное безсонное состояніе; на вопросы не отвѣчаетъ, на болевая раздраженія реагировать мало. Слабая истерическая окраска кожи не отчетливо; пѣнаго губы. Со стороны груди отмѣчено вѣдомое количество разсѣянныхъ сухихъ и влажныхъ хриповъ. Значительная одышка ($d = 30$ въ 1^ю). Толщ. сердца между 5/6 въ лѣвой половине, тоны сердца вѣдомо дохотитъ до правого края грудины. Тоны сердца глухи, часты. Р мягкій, частый (100 уд. въ минуту). Порядочный асцитъ. Слабѣтъ подъ себя, жидко. Количество мочи незначительное (удалось собрать за все время около 200 к. с.). Собранная моча мутна, желтаго цвѣта, г—кислая; $d = 1011$, бѣлка около $\frac{1}{10}$. Въ осадкѣ найдены: немного зернистыхъ и глазированныхъ цилиндровъ и умѣренное количество лейко- и эритро-цитовъ. Т° 37,5 на слѣдующій день 39°. Назначены ванны

въ 30°, infus. digitalis и впрыскивания aetheris sulfurici подъ кожу (черезъ 2 ч. по одному шприцу). Пульс оставался слабымъ, безсознательное состояние продолжалось, одышка постепенно усиливалась и спустя 22 ч. со времени вступления въ больницу Б-въ скончался при явленияхъ отека легкихъ и небольшихъ судорогахъ въ мышцахъ лпа.

Исследование выделения метиленовой сини было произведено 3 раза.

Первое впрыскивание было произведено на 2-й день наблюдения, 22/ч въ 10 ч. утра.

За сутки, истекшая передъ впрыскиваниемъ, $U=1300$ к. с., $d=1012$, г-кислая, $\text{бл\ddot{o}к\ddot{o}л}=\frac{1}{2}\%$ (0,65 gr.). Моча желто-краснаго цвѣта, мутна; въ осадкѣ найдены: порочное количество зернистыхъ и глынистыхъ цилиндровъ, а также лейко- и эритроцитовъ.

Суточн. колич. мочевины= $25,6$; суточн. колич. $\text{P}_2\text{O}_5=1,2$. Pot. (въ правой лучевой)=18.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 1 ч. (слабы) Maximum: М. — 3 ч.
Chr. — 1 " (отчетливо) Chr. — 3 "

Продолж. выд.: М. — 84
Chr. — 87

Интенсивность общаго maximum'a = II.

Преобладающая форма выделения: равномерное выделение М и Chr. Кривая выделения М, Chr и обща кривая: постоянны циклическия. Общее количество мочи за все время выделения = 550 к. с.

Второе впрыскивание было произведено на 19-й день наблюдения, 8/ч въ 11 ч. утра.

За сутки, истекшая передъ впрыскиваниемъ, $U=1800$ к. с., $d=1011$, г-кислая, $\text{бл\ddot{o}к\ddot{o}л}=\frac{1}{2}\%$ (0,65 gr.). Моча кровяно-краснаго цвѣта съ осадкомъ, высотой около $\frac{1}{2}$ см., въ осадкѣ найдено: мало глынистыхъ цилиндровъ, много эритроцитовъ, мало лейкоцитовъ.

Суточн. колич. мочевины = 28,5; суточн. колич. $\text{P}_2\text{O}_5=2,1$. Pot. (въ правой лучевой) = 20.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. черезъ $\frac{1}{2}$ ч. (слабы) Maximum: М. — 2 ч.
Chr. — $\frac{1}{2}$ " (отчетливо) Chr. — 3 "

Продолж. выд.: М. — 74 ч.
Chr. — 80 "

Интенсивность общаго maximum'a = II—III.

Преобладающая форма выделения: равномерное выделение М и Chr. Кривая выделения М, Chr и обща кривая: постоянны циклическия. Общее колич. мочи за все время выделения = 6100.

Третье впрыскивание было произведено 29/ч (при вторичномъ поступлении) въ 10 ч. утра.

За ночь, предшествовавшую впрыскиванию, $U=60$ к. с. (не яся) $d=1010$, г-кислая, $\text{бл\ddot{o}к\ddot{o}л}=\frac{1}{2}\%$. Моча желтаго цвѣта, мутна. Въ осадкѣ много зернистыхъ и глынистыхъ цилиндровъ, мало эритро- и лейкоцитовъ. Pot. (въ правой лучевой) = 14—12.

Получены 3 порции мочи: черезъ 1 $\frac{1}{2}$ ч., 5 ч. (категори) и 7 ч. (самостоятельное мочеиспускание) послѣ впрыскивания; черезъ 10 ч. больной скончался.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. — ?
Chr. — 1 $\frac{1}{2}$ ч. (слабы) Maximum: М. — ?
Chr. — 5 ч. (слабы) — I—слабы

Продолжительность выделения не определена. Выделяется исключительно Chr.

Такъ какъ большой ущербъ до истечения сутокъ, то вскрытие его было предоставлено на распоряжение полиции. Вскрытие было произведено на 3-й день, когда тѣло, благодаря гнѣвному времени, представляло уже порядочныя трупныя измѣненія. Поэтому, описанъ только общее описание органовъ, мы приведемъ здѣсь лишь размеры ихъ и тѣ наиболѣе существенныя измѣненія, которыя были замѣчены при вскрытии.

Размеры сердца: 11,5; 10,0; 1,5. Мышца лѣваго желудка сердца изъ сколько гипертрофирована. Эндокардіи и внутренняя поверхность аорты, кровъ трупныхъ измѣненій, никакихъ другихъ существенныхъ измѣненій не представляли. Въ водостяхъ обѣихъ плевръ немного кровянистой жидкости. Ткань легкихъ отечна, везикуло проходима для воздуха. Размеры печени: 27,0; 16,0; 8,0; поверхность ея неровная, зернистая; ткань въ разрывѣ слегка хруститъ, довольно плотна. Селезенка порядочно увеличена. Размеры ея: 14,5; 9,0; 5,0. Кости черепа нормальнаго строения; мозгъ никакихъ разнѣхъ патологическихъ измѣненій не представляетъ.

Обѣ почки слегка увеличены въ размерахъ, умеренно мацерированы. Размеры лѣвой: 13,0; 5,0; 3,5; вѣсъ = 210 гр.; размеры правой — 12,5; 5,0; 4,0; вѣсъ 200 гр. Капсулы почек снимаются расширившая поверхность почек неровная, съ вдавленіями на нѣкоторыхъ мѣстахъ. Разрывъ почки слегка увеличен; плотность уменьшена. Лоханка, мочеточники, мочевой пузырь и предстательная железа никакихъ патологическихъ измѣненій не представляютъ.

Микроскопическое исследование почек показало порядочное развитие соединительной ткани; мочевые канальцы коры везикуло раздѣленной разросшейся соединительной тканью, мѣстами славившей просветы канальцевъ. Состояние эпителиального покрова канальцевъ осталось неизмѣненнымъ въ видѣ порядочной мацерации почек. Капсулы въ мѣстахъ, гдѣ они болѣе сохранились, не представляютъ какихъ-либо рѣзкихъ патологическихъ измѣненій. Реакція на амиллоид отрицательная. При окраскѣ срізавъ генцианой и эозинъ, а также по способу Gram'a бактерий не найдено.

При микроскопическомъ исследованіи печени замѣчено порядочное развитие межклеточной соединительной ткани, болѣе или менѣе деформировавшей нормальный видъ печеночной доли.

Анатомическій діагнозъ: *Nephritis interstitialis chr. Cirrhosis hepatis. Hypertrophia ventriculi sin. cordis. Oedema pulmonum et cerebri. Septicaemia?*

IV группа заключаетъ въ себѣ наши наблюденія надъ 10 лицами, въ общей картинѣ заболеванийъ которыхъ явленія острого расстройства функций почекъ, въ формѣ рѣзко выраженнаго острого геморрагическаго нефрита, занимали наиболѣе видное мѣсто.

У всѣхъ заболеванийъ носили характеръ страданія общаго и обнаруживали значительное сходство въ патологическихъ проявленіяхъ; почти у всѣхъ оно обнаруживается симптомами общаго недомоганія, иногда при повышенной t^0 (набл. №№ 29, 32, 34 и 38); въ

этому в скором времени присоединяются явления общей инерлимфии, гематурия и в различной степени выраженные расстройства со стороны функции почек, органов дыхания, кровообращения, иногда пищеварения. У некоторых уже с самого начала заболевания отмечаются явления, указывающие на первичную мезентную локализацию болезнетворной причины: в 4-х случаях — ангина (набл. № 32, 33, 35 и 38), в 3-х случаях — носов (набл. № 29, 30 и 36), в 1 случае — порожение верхних дыхательных путей (набл. № 31).

Далее, почти во всех пациентах этой группы в числе вредных моментов, непосредственно предшествовавших заболеванию, указывают чаще всего на влияние острого охлаждения тела. Сопоставление этих данных наводит на мысль об инфекционном происхождении заболевания наших пациентов, результаты же бактериологических исследований еще более подтверждают это соображение. Именно, следуя бактериологическому мочу наших больных, часто повторно (от 2 до 6 раз), мы почти у всех получили тот или иной вид патогенных бактерий, в чистой или смыванной культурах, при полном отсутствии у больных каких-либо патологических явлений со стороны нижнего отдела мочевых путей. Укажем далее на параллелизм между течением заболевания и бактериурией (см., напр., набл. № 30 и 35). Отметим также отрицательный результат бактериологических исследований в других наших наблюдениях (см. набл. III, V и VI гр.).

Очевидно, мы имеем дело с процессом нисходящих: инфекционный агент того или другого из отдаленных от почек органов вызывает в начале общую токсическую реакцию со стороны всего организма (повышение t° , симптомы общего недомогания, общая отечность, различная отдаленная в функции почек и других органов), проникает в лимфатический или кровяной ток, доносится до почек и, выделяясь вместе с мочой, проходит через почки либо пассивно, или, что более вероятно, вызвав в них предварительно активный воспалительный процесс. Такой путь поступления инфекционного начала в мочу представляется, например, особенно вероятным в наших наблюдениях № 32 и № 35, где бактериологическое исследование гнойного секрета миндалин и мочи дало один и тот же вид бактерий.

В наблюдениях № 29, 30 и 36 заболевание выразилось прежде всего патологическими явлениями со стороны кишечника, а при бактериологическом исследовании мочи был найден постоянный

обитатель кишечника — *Bact. col. commune*. Напомним по этому поводу существующие в литературе отдельные наблюдения и исследования (Engel⁴⁸, Baduel⁴⁵, Dessy⁴², Donnadieu⁴⁴, Macaigne⁴¹, автор⁶⁰ и мн. др.), где с несомненной достоверностью доказана возможность нисходящей (гематогенной) инфекции почек даже при ничтожных явлениях первичной локализации (ангина особенно часто) или без таковой (Macaigne⁴⁷).

По условиям жизни, труда и питания IV группа больных состоит главным образом из лиц, занимавшихся преимущественно физическим трудом, нередко сопряженным с необходимостью часто подвергаться влиянию резких температурных колебаний воздуха и большей частью пользовавшихся недостаточным или неудовлетворительным питанием. У многих имеются указания на хроническую алкогольную интоксикацию (набл. № 30, 31, 34, 36, 37 и 38), а у некоторых (набл. № 30 и № 36) острая алкогольная интоксикация непосредственно предшествовала заболеванию.

По патологическому прошлому больные этой группараспределились следующим образом: 4 (набл. № 29, 30, 33 и 35), повидному, пользовались хорошим здоровьем (и таковой же наследственностью), у двоих (набл. № 30 и № 36), кроме перенесенных прежде инфекций, имеются указания на бывшие ранние отеки, один (набл. № 35) перенес незадолго до заболевания корь, одна больная (набл. № 34) захворала через 1/2 года после окончания беременности, в течение которой имела общие отеки и гематурию. Двое пациентов (набл. № 34 и № 38), давших наиболее тяжелую клиническую картину болезни, закончившуюся смертью, представляют собой хроников, из которых у одного (набл. № 38), давнишнего алкоголика, кроме острого заболевания, существовали клинические симптомы, указывавшие на существование хронического интерстициального процесса в печени и почках (умер при остро развившихся тяжелых общих явлениях), у другого (набл. № 6), также привычного алкоголика, находившегося в крайне тяжелых условиях жизни и труда, имелись проявления хронической туберкулезной инфекции дыхательных и пищеварительных путей, хронического интерстициального процесса в печени и скорбута (связавшаяся при явлениях мiliaryного туберкулеза).

Среди патологических явлений, отмеченных у наших больных в начале наблюдения, у большинства явления общей водянки и острого геморрагического нефрита стояли на первом плане.

Общая водянка отмечена у всех, причем у 7 (набл. № 29, 30, 31, 33, 35, 36, 37) она была значительна (общие отеки покровов тела и скопление в полостях плевры, брюшины и вбродно перикарда), у 2 (набл. № 34 и 38) отмечены только общие отеки покровов тела, и в 1 случае (набл. № 32) наблюдалась только отечность кожи нижних конечностей.

Патологические свойства мочи в общем представляли у всех довольно однообразную комбинацию: при суточных количествах мочи, чаще всего незначительных или близких к норме (набл. № 31, 32 и 34), у большинства больных наблюдалась небольшая альбуминурия ($\frac{3}{4}$ — $3\frac{0}{100}$), у 2-х (набл. № 36 и № 37) альбуминурия отмечена довольно высокой ($7,5$ — $8,5\frac{0}{100}$) и в 1 случае (набл. № 33) очень высокой ($15\frac{0}{100}$); далее, у всех моча содержала обилие элементов крови (преимущественно эритроциты), зернистых и гиалиновых цилиндров и иногда клеток почечного эпителия; наконец, у всех больных, моча которых была исследована бактериологически (9 из 10), была обнаружена бактерия.

Последняя по виду бактерий распределялась следующим образом: в 5 случаях (набл. № 31, 35, 36, 37 и 38) были найдены *staphylococcus albus*: 4 раза — в чистой культуре и 1 раз (набл. № 32) — вместе с *bact. coli commune*; в 2-х случаях *streptococcus*: 1 раз (набл. № 33) — в чистой культуре и 1 раз (набл. № 32) — вместе с *bact. coli commune*; в 2-х случаях (набл. № 29 и № 30) *bact. coli commune* в чистой культуре.

Количества мочевины и фосфатов (P_2O_5) за сутки, предшествовавшие исследованию выделения метиленовой сини, у большинства больных были найдены незначительными (количество мочевины = $29,0$ — $18,0$; количество P_2O_5 = $1,2$ — $0,5$).

Со стороны аппарата кровообращения наблюдались: у всех увеличение поперечника сердечной полости, чаще всего застоявшего от дилатации сердца, у некоторых же (наблюд. № 29, 33 и 35), вероятно, и от скопления жидкости в полости перикарда; в 3-х случаях (набл. № 29, 31 и 33) отмечено небольшое замедление пульса (50 — 60 в 1') и в 1 случае (набл. № 35) более редкое (48 — 50 в 1'). Артериальное давление (по Potain'u) у большинства было близко к норме (18 — 20) и только в 2-х случаях (набл. № 36 и № 37) выше нормы (24 , 27). В 2 случаях (набл. № 30 и № 37) отмечено уплотнение периферических артерий.

Разстройства со стороны органов дыхания у большинства совершенно отсутствовали; только в 4 случаях (набл. № 30, 31, 33 и 37) существовали симптомы разсыпания бронхита и небольшая одышка и в 1 случае (набл. № 34) отмечен воспалительный процесс в легких и плевры.

Разстройства со стороны органов пищеварения выразились понижением аппетита, наблюдавшимся у большинства, и усилением кишечной перистальтики (набл. № 29, 30, 33, 34, 36 и 38), которое у большинства носило, вероятно, пассивный характер, как один из симптомов общей гиперлимфии (трансудация в кишечник). Наконец в 2 случаях (набл. № 34 и № 38) наблюдалось увеличение печени и селезенки (в обоих случаях на секции обнаружены цирроз печени и в 1 случае (набл. № 34) туберкулезный перитонит).

Явления со стороны нервной системы чаще всего были выражены в форме непроизвольного угнетения самочувствия, иногда в форме угнетенной головной боли и в 1 случае (набл. № 29) наблюдался припадок спутанного сознания и тремора конечностей, вероятно токсического происхождения (автоинтоксикация).

По отношению к течению заболевания всех больных этой группы можно разделить на две категории. К первой категории мы относим 6 больных (набл. № 29, 30, 31, 32, 33 и 34), заболевание которых носило характер легкого общего страдания, все патологические симптомы которого быстро исчезали при обильной обстановке, молочно-кислом режиме, применении теплых ванн и изредка других терапевтических средств (отлеживания, выжигания слабительными).

В этом отношении особенно выделяется наше наблюдение № 32 (довольно тяжелая общая явления при поступлении и совершенное поправление через 17 дней). Среди других случаев этой категории заслуживает также внимания наблюдение № 29 (заболевание, послужившее за поносом); при угнетенных явлениях разстройства со стороны функций почек и других органов наступать внезапный припадок автоинтоксикации, вследствие задержания поноса быстро прошедший после назначения каломели. Впрочем, в данном случае припадок произошел вследствие острой интоксикации, развившейся в результате небольшого по объему, но многочисленных недочетов, наблюдавшихся со стороны функций: почек, дыхательного аппарата и главным образом со стороны кишечника. Дальнейшее течение отличалось легким характером. Вошедшей в

эту же категорию наблюдение № 33 интересно в том отношении, что при наличии весьма распространенных явлений гиперлимфизии (общие отеки, полостные скопления) и значительных альбуминурии (15⁰/₀₀) и гематурии, общие токсические симптомы совершенно отсутствовали. Очень быстрое улучшение очевидно стояло в связи с исключительно хорошо сохранившейся потогонительной функцией кожи и с усиленной выделительной деятельностью кишечника.

Наблюдение № 34 мы отнесли также к категории случаев легкого течения в смысле страдания почек, так как последнее наблюдалось у этого больного в легкой форме и клинически не внесло ничего существенного в крайне тяжелую картину его состояния. Найденные при вскрытии изменения со стороны почек этого больного были выражены также в легкой форме.

Ко второй категории мы отнесли остальные наши наблюдения (№№ 35, 36, 37 и 38), отличительной особенностью которых является более затяжное течение и меньшая уступчивость по отношению к терапевтическим мерам. Среди них отметим набл. № 35, где в начале существовал ряд токсических симптомов (головная боль, общее угнетение, рвота, bradycardia), имевших по видимому ближайшее отношение к нарушенной почечной функции; с началом восстановления последней указанные симптомы стали постепенно исчезать. У этого больного явления альбуминурии, гематурии и бактериурии отличались особенной стойкостью, и примененная в этом случае многообразная терапия (между прочим антистафилококковая сыворотка и метиленовая синь) или совсем не давала никаких результатов, или сопровождалась слабым эффектом. Как на интересную особенность этого случая укажем также на легкость течения брюшнотифозной инфекции, развившейся у этого же больного в период улучшения, и на отсутствие заметного влияния этой инфекции на ход основного страдания.

У остальных 3 больных этой категории, также с затяжным течением заболевания, последнее вкратце нужно поставить в связь с их более тяжелым патологическим процессом: это наиболее тяжелые алкоголики, из которых у одного (набл. № 37) имеются указания на дважды развивавшиеся уже отеки, у другого (набл. № 38), поступившего в больницу вторично и вскоре скончавшегося при очень тяжелых общих явлениях, наблюдались симптомы, указывавшие на существование хронического процесса в печени. При вскрытии был обнаружен гипертрофический цирроз печени и хронический умеренный интерстициальный процесс в почках. К сожалению,

благодаря неполноте вскрытия, размеры острых изменений в почках этого больного, также как и ближайшую причину его смерти (острая аутоинтоксикация? септициемия?) не удалось определить. У больных этой категории альбуминурия и гематурия отличались особенной стойкостью: при значительном улучшении общего состояния все они выжили из больницы с бьлками (10⁰/₀₀—сбддн) и кровью в моче.

Из *терапевтических* мер укажем на метиленовую синь, которая назначалась внутрь по 0,2—0,12—0,06 в областях от одного до трех раз в день, большею частью с промежутками в 1 или 2 дня, в течение которых приемы временно отменялись. Из 6 случаев (набл. №№ 29, 30, 31, 35, 36 и 38), где это средство было применено, в 3 случаях (набл. №№ 29, 30 и 31) наблюдался положительный результат (заметное уменьшение крови и бьлка в моче) и в 3 случаях — сомнительный (гематурия и альбуминурия или уменьшаются немного, или остаются без перемен). Как на отрицательную сторону этой терапии укажем на повышение т°, наблюдавшееся иногда вслед за приемами сини. Оно было отмечено в 3 случаях (набл. №№ 35, 36 и 38), чаще всего наблюдалось только после первых приемов сини и отличалось непродолжительностью (не более суток) и отсутствием заметного влияния на общее состояние. Обратного действия, в смысле увеличения гематурии и альбуминурии, мы ни разу не наблюдали. Напротив, в двух случаях (набл. № 30 и № 31) мы наблюдали прекращение бактериурии, оба раза совпавшее с назначением сини. Произведя посевы найденных у этих больных бактерий (*Bact. coli commune* и *staphylococcus albus*) в пробирки с бульоном, в котором было прибавлено водный раствор метиленовой сини, до той окраски его, какая была близка к максимальной окраске синью мочи этих больных, мы в обоих случаях наблюдали отсутствие роста бактерий при обычном росте в контрольных пробирках. Такой же результат мы получили заменив бульон стерильно взятой мочою этих больных.

Исследование выделения метиленовой сини у всех больных этой группы было произведено или однократно, в начале наблюдения, или повторно, в начале и в конце наблюдения.

Результаты исследования распределились следующим образом: у 5 больных (набл. №№ 29, 30, 31, 34 и 36) выделение М. С. происходило по тому типу, какой наблюдался

нами у вполне здоровых людей, с незначительными отклонениями, выразившимися: в одном случае (набл. № 29) небольшим понижением интенсивности общего максимум'a и полициклическим характером кривых выделения, в другом (набл. № 34) довольно резким преобладанием выделения Cr_{12} .

В первом случае наблюдался в день окончания выделения М. С. приступ острой, непродолжительной аутоинтоксикация, совпавший с задержкой стула. Второе исследование, в период значительного общего улучшения, дало почти те же цифры, но с постоянно-циклическим нормальным типом выделения. Весьма возможно, что полициклический характер кривых первого исследования находился в связи с расстройствами со стороны нервной системы и менее всего в связи с почечными, так как мы не наблюдали полициклическости кривых выделения у ряда больных (см. группу VI) с глубоким функциональным и анатомическим нарушением почеч.

Во втором случае, с преобладанием выделения Cr_{12} , наблюдалась весьма сложная патологическая картина (скорбут, туберкулез легких, плеврит и брюшны); среди ряда патологических дефектов, найденных при вскрытии, почки этого больного оказались наименее пораженными. Отбрасывая этот случай как хорошую иллюстрацию почти полного отсутствия изменений в ход выделения метиленовой сини при глубоких функциональных и анатомических изменениях со стороны цытого ряда органов, даже при наличии некоторых изменений в почках.

Из остальных 3-х больных с нормальным типом выделения сини у двух (набл. № 30 и № 31), при довольно тяжелых общих явлениях (распространенная гиперлиффия, аномалии со стороны мочи были выражены в умеренной степени и все течение отличалось легким характером; у одного (набл. № 36) наблюдалась довольно высокая альбуминурия (8, 5 ‰) и более длительное течение.

У двух больных (набл. № 35 и № 33) этой группы отклонения от нормального типа выделения сини выразились незначительным увеличением продолжительности выделения (68 и 72 ч.). У первого исследование было произведено при наличии общих токсических явлений (рвота, головная боль, брадикардия) и при симптомах умеренного угнетения функции почеч. (довольно стойкая олигурия); у второго, при резко выраженных явлениях распространенной гиперлиффии и очень высокой альбуминурии (15 ‰), токсические симптомы почти совершенно отсутствовали. У первого течение

очень длительное, у второго (не вполне законченное наблюдение) — легкое. Найденное у обоих незначительное увеличение продолжительности выделения, вероятно, нужно отнести на счет расстройства функции почеч, у обоих достаточно выраженное.

У последних 3-х больных (набл. № 32, 37 и 38) этой группы выделения сини представило более резкие отклонения от нормального типа и выразилось порядочным увеличением продолжительности выделения (82—87 ч.) и уменьшением интенсивности общего максимум'a (II). В случае № 32 наблюдались довольно тяжелые общие явления при сравнительно небольших отклонениях со стороны мочи, в дальнейшем исчезнувших очень быстро, но в патологическом прошлом — гематурия и общие отеки. В случае № 37, длительного течения, при значительной общей гиперлиффии и порядочной альбуминурии (7,5 ‰) и гематурии, токсические симптомы почти отсутствовали; в прошлом — дважды отеки, ранний артериосклероз и высокое артериальное давление (Рот. = 27—25). Есть основание думать о хроническом (интерстициальном?) страдании почеч. Второе исследование выделения сини, произведенное у этого больного в период резкого общего улучшения, дало те же результаты, что и первое.

В случае № 38, как мы уже говорили, имела сложная клиническая комбинация с участием изменений со стороны цытого ряда органов. При вскрытии были найдены явления гипертрофического цирроза печени и угнетенный интерстициальный процесс в почках. Отбрасывая у последних 3-х больных отклонения в выделениях М. С., по всей вероятности, имела ближайшее отношение к нарушению функции почеч.

Отбрасывая также, что у 2-х больных этой группы (набл. № 34 и № 38) се обнаруживавшимися клинически и патолого-анатомически изменениями со стороны печени мы не наблюдали той полициклическости кривых выделения сини, которую Chaffard описывает как постоянное явление у больных с нарушенной функцией печени. Наоборот, мы наблюдали ее в случае № 29, при отсутствии каких-либо признаков нарушения функции печени.

Итак, в состав этой группы вошли наблюдения над больными с явлениями острого геморрагического нефрита, бактериального происхождения, в 7-ми случаях развивающегося первично и в 3-х случаях присоединяющегося к хроническому процессу в почках. Результаты исследования у них выделения метиленовой сини резюмируем следующим образом:

1) У больных съ явлениями острого геморрагического нефрита, развивающагося перично, выделение метиленовой сини совершалось по типу, близкому къ нормѣ или съ незначительнымъ увеличеніемъ продолжительности выделения.

2) У больных съ явлениями острого геморрагического нефрита, присоединившагося къ хроническому процессу, наблюдалось умеренное увеличение продолжительности выделения.

Группа V.

„Хроническій паренхиматозный (диффузный) нефритъ“.

Наблюдение № 39.

Клинической эпикризь. *Intoxicatio alcoholica moderata; refrigeratio habitualis, alimentatio deficiens.—Arteriosclerosis incipiens.—Obstipatio habitualis. Nephritis chronica diffusa (sub graviditate) et hyperlymphia recidens. Refrigeratio acuta. Exacerbatio nephritidis (intoxicatio per viam intestini?) et hyperlymphia (anasarca universalis et cedema lob. infer. post. pulmonis utriusque).*

Oliguria, albuminuria, cylindruria.

Елена М—а, 46 лѣтъ, поступила въ больницу 4-го мая 1898 г.; отеки, обильный упадокъ силъ.

Отеки наблюдались впервые 8 лѣтъ назадъ въ концѣ послѣдней беременности; отекали лицо и нижнія конечности, были частыя головныя боли. Послѣ родовъ, закончившихся благополучно, отеки скоро исчезли, а 4 и 2 года назадъ появились вновь, но въ болѣе легкой степени и быстро прошли при амбулаторномъ леченіи. Въ промежуточные периоды чувствовала себя здоровой и работоспособной; отмѣчаетъ только наклонность къ запорамъ, особенно въ послѣдній годъ. Настоящее заболѣваніе обнаружилось 2 недѣли назадъ томотой въ поясищѣ, потерей аппетита и отеками, особенно усилившихся за послѣдніе 5—6 дней. Передъ заболѣваніемъ работала въ теченіе 4—хъ дней въ прачешной, въ сырости и туманномъ похлѣденіи.

Уроженка Тамбовской губерціи, въ Сиб. живетъ съ дѣтства. Въ замужествѣ была 16 лѣтъ, послѣднія 5 лѣтъ вдовушествъ. Въ дѣвчествѣ и до смерти мужа жила въ достаткѣ, послѣ смерти мужа часто нуждается въ необходимомъ, нѣредко занимается полевой работой (стирка, глаженіе бѣлья). Родила 8 разъ благополучно, выкидышей не имѣла; 4 лѣтъ умерли въ раннемъ дѣтствѣ, остальные пользуются хорошимъ здоровьемъ. Менструа прекратилась 2 года назадъ. Сильно любитъ употреблять около 10 лѣтъ, въ умеренномъ количествѣ. Отсутствие указаній на lues и патологическую наслѣдственность.

Средняго роста, полная женщина. Породачная отчетность кожи лица и нижнихъ конечностей, цианотическая окраска губъ. Толщекъ сердца между 5/6 ребр. по лѣвой осевой; правая и верхняя граница сердца въ предѣлахъ норм. Тоны сердца чисты. Р—гравидарный, 86 въ I, удовлетворительнаго наполненія. Rot.=21. Артеріи слегка узкотенны. R=20. При дыханіи въ нижнихъ отдѣлахъ груди, спины, выслушиваются въ умеренномъ количествѣ сухіе и влажныя хрипы.

Незначительный камень съ выдѣленіемъ слизистой мокроты. Животъ не раздутъ, печень и селезенка не прощупываются. Стулъ 1 разъ въ день, нормальной консистенціи. Моча желтого цвѣта, мутноватая; U=2800 в. с. d=1016, t—кислая, бѣлая = 8.2 гр. (4^{1/2} см); въ осадкѣ найтены: порядочное количество зернистыхъ и гліановыхъ цилиндровъ и немного кѣттокъ плоскаго эпителия и лейкоцитовъ. Самочувствіе нѣсколько угнетено; сонъ удовлетворительный, небольшая головная боль. T° колеблется между 36,0—37°.

Назначены: ванна въ 30° одинъ разъ въ день и молочная діета. Начиная съ 4-го дня постепенное общее улучшеніе; повысилось U, уменьшилось количество цилиндровъ, стали опадать отеки. Къ 8-му дню U установилось на 1600—

2000 к. с. при $d=1010-1012$ и при содержании б/б/а $=3,2-4,0$ гр. ($2^{10}/_{100}$), остававшиеся в этих пределах вплоть до выписки. Начиная с 8-го дня циндрии в мочи уже не были находимы. К 10-му дню отеки исчезли, кашель и головная боль прекратились, и на 15-й день М-а выписалась, чувствуя себя вполне удовлетворительно. Назначенную ей с 10-го дня мясную диету переносила вполне удовлетворительно.

В день выписки отмечено: размеры сердца в пределах норм; отеков нет, самочувствие хорошее. $U=2200$ к. с. $d=1010$, б/б/а $=3,3$ гр. ($1^{11}/_{100}$); циндрий в осадке не найдено (центрифуга). Веса тела при поступлении $=7260$, при выходе $=66200$ гр.

Вырыскивание метиленовой сини было произведено на 2-й день наблюдения, 6-е и 11-е дни. За сутки, истекая перед вырыскиванием, $U=900$ к. с., $d=1016$, г-кислая, б/б/а $=3,6$ гр. ($4^{10}/_{100}$). Моча желтого цвета, мутноватая; в осадке найдены: порочное количество зернистых и глянцевых циндрий и немного лейкоцитов. Реакция на сахар отрицательная. Суточи. Концы мочевны $=19,4$ суточи. Концы. $Р_{00}=0,8$. $Р_{01}$ (в правой чашечке) $=23$.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1 ч. Maximum: М. — 5 ч.
 Chr. 1 ч. Chr. — 4 ч.

Продолж. выд.: М. — 76 ч.
 Chr. — 78 ч.

Интенсивность общего maximum'a $=III-II$.

Преобладающая форма выделения: до 18 ч. М. посл. 18 ч. равнозначное выделение М и Chr.

Кривая выделения М, Chr. и общая кривая: постоянная циклическая.

Продолжительн. общ. maximum'a $=10-12$ ч.

Общее колич. мочи за все время выделения $=4200$ к. с.

Наблюдение № 40.

Клинический анамнез: *Intoxicatio alcohol. chr. moderata. Alimentatio deficiens. refrigeratio habitualis. — Hyperlymphism universalis (toxicus) sub graviditate; nephritis toxica, clampsia (?)*. *Arteriosclerosis. Nephritis parenchymatosa toxica chronica et hyperlymphism universalis recidens. Infectio? origine incerta sub refrigeratione. Nephritis toxica exacerbata. Hyperlymphism universalis (anasarca). Autointoxicatio acuta (uraemia?) consecutiva.*

Albuminuria, cylindruria.

Оска М-ва, 44 л., доставлена в больницу 25 февраля 1898 г., в бессознательном состоянии при общих отеках, одышке и повышенной т.°. Лица, доставившие М-ву в больницу, могли лишь сообщить, что она впадала в бессознательное состояние посл. припадка общих судорог, происшедшего за несколько часов до прибытия в больницу, и что накануне и в день припадка у нее была несколько раз рвота. Нижестоящая аналитическая свѣдѣния были получены от М-ой спустя три дня, когда она пришла в сознание. По словам М-ой, отеки появились у нее впервые 5 лет назад, в концѣ первой беременности, причем в течение родов у нее было несколько судорожных припадков, сопровождавшихся потерей сознания. Посл. роды, отек в скорѣ прошли, но в продолжение следующих 5 лет до настоящего времени они неоднократно возобновлялись (1—2 раза в год). Обыкновенно отеки были невелики (преимущественно

ственно в лицѣ и на ногах) и проходили безъ лѣченія, 2 же раза (въ 1885 и 1887 годах) они достигли столь значительной степени, что М-ва принуждена была ложиться в больницу; лѣд довольно быстро поправлялась, оставаясь в больницѣ отъ 3 до 4 недѣль. Ни во время этих ухудшеній, ни въ промежуткахъ судорожныхъ припадковъ у нея не было ни расу; изрѣдка лишь бывали головная боль и тошнота.

Настоящее ухудшение началось у нея дней за 5 до прибытія въ больницу головными болями, въ которыхъ скорѣ присоединились отеки ногъ и лица, одышка и, за день до припадка, рвота. Никакой определенной причины для развитія настоящаго ухудшенія указать не можеть, сообщать лишь, что въ теченіе послѣднихъ 2—3 мѣсцевъ занималась стиркой бѣлья, причемъ ей нѣредко приходилось промокать и лежать. Спиртные напитки употребляла лишь 6—7, въ умеренномъ количествѣ, не злоупотребляя.

Изъ работаній, перенесенныхъ раньше, упомянуть только о лавкахъ головныхъ, бывшихъ 5 летъ назадъ, во время беременности, и записанныхъ въ теченіе сѣздовъ года; никакихъ указаній на лѣзъ и патологическую наслѣдственность.

Уроженка Архангельской губерніи, послѣднія 30 летъ живетъ въ Сиб.; въ теченіе первыхъ 15—20 летъ работала въ качествѣ домашней прислуги, а въ послѣдніе годы занимается полевой работой (стирка бѣлья, мытье покровъ и т. п.). Условія помещенія и питанія въ теченіе послѣднихъ летъ несомнѣнно, часто бывали неудовлетворительными. Послѣднее помѣщеніе сухое: изба — обычная для чернорабочихъ (оцѣ. плас., картофель и т. п.).

При первомъ объективномъ изслѣдованіи М-вой отъяжено слѣдующее: большая женщина, слабаго тѣлосложенія, плохого питанія, находится въ полномъ безсознательномъ состояніи, часто стонетъ. Породочная отчетливость кожи лица, стопъ и голѣей; на послѣднихъ замѣчаются небольшіе пигментованные, но не сливающиеся съ кожей рубцы. Зрачки сужены, на свѣтъ реагируютъ слабо. Толчокъ сердца между 5/6 ребр. на лѣвой сосковой линіи. Тоны сердца глухи, чисты. Артерій немного уплотнены, пульсъ ускореннаго наполненія, 80 ударовъ въ минуту. При дыханіи воздухомъ опредѣляется въ небольшомъ количествѣ сухіе хрипы. Умеренная одышка: $R=28$ въ 1'. Печень и селезенка не прощупываются, асцитъ нѣтъ. Слабело въ теченіе почти 1 разъ, послѣ вливанія. Мочится подъ себя; моча, которую удалось собрать посредствомъ подложнаго судна, свѣтло-желтая, прозрачная: $d=1014$, г-кислая, содержитъ 2% б/б/а; въ осадкѣ: небольшое количество зернистыхъ и глянцевыхъ циндрий и немного лейкоцитовъ. Въ теченіе ночи и утра, проведенныхъ въ больницѣ, было 5 припадковъ общихъ судорогъ. $T=38,5$.

Назначены: ванны въ 30° три раза въ день и молочная диета. Состояніе больной начало постепенно улучшаться — припадки судорогъ болѣе не повторялись, одышка уменьшилась, появился обычный потъ; T упала до нормы. На 3-й день наблюденья М на уже отбѣла, на вопросъ, по какому признаку она осталась еще въ состояніи полуснучья и только на 4-й день наблюденья сознание ея возстановилось вновь. Суточное количество мочи въ теченіе этого времени замятно увеличилось (1600, 2100, 2700 к. с.), отекъ сталъ постепенно опадать, одышка прошла. Къ концу 1-й недѣли у больной оставалась только несущественная отчетливость голѣей, которая въ продолженіе всего послѣдующаго времени то совсѣмъ исчезала, то появлялась на болѣе или менѣе короткіе промежутки. Головная боль къ этому времени прошла и въ дальнѣйшемъ появлялась рѣдко и не особенно безпокойную больную. Поноса и рвоты не было. Установилось скорѣе на 1800—2000 к. с., d колебалась между 1010—1005; количество б/б/а въ мочѣ въ началѣ вѣсколко возросло (1,2 гр.), въ дальнѣйшемъ же оставалось почти одинаковымъ, колеблется между 1,3—3,2 гр. ($1-2^{10}/_{100}$), не увеличивалась и не уменьшалась замѣтно съ перемѣной діаты. Къ концу 1-й недѣли циндрии въ мочѣ уже не были находимы, вслѣдствіе чего не они или совсѣмъ не встрѣчались, или были находимы въ ничтожномъ количествѣ. Самоутошье все время оставалось довольно ровнымъ, удовлетворительнымъ; лишь изрѣдка появлялись головные боли, иногда чувство онемѣнія въ пальцахъ рукъ.

Изъ терапевтическихъ средствъ, кромѣ ваннъ, назначались: *taunablin*, *strontium lacticum*; метиленовая синь (по 0,2 три раза въ день), безъ задержаннаго эффекта на количество бѣла въ мочѣ. Дѣтя въ теченіе перваго мѣсяца молочная, впоследствии же легкая сѣкшаяся, а зачѣмъ жасал, причемъ, какъ уже выше было замѣчено, пережѣта пищи не оказывала задержаннаго вліянія ни на количество бѣла, ни на самочувствіе больной.

На 61-й день М.—ва выписалась. Въ день выписки отмѣчено: толщечка сердца между 5/6 ребр. по лѣвой сосковой; границы тупости сердца вправо и вверху не увеличены. Ръ хорошаго напряженія, правильный. Отенокъ нѣтъ, самочувствіе хорошее, остается задержанная слабость покрововъ. $U=1800$ к. с., $d=1010$; бѣла = 2% (3,6 гр.), цилиндры не найдены. Въ тѣла при поступленіи въ больницу = 47100 гр., при выпискѣ = 43200 гр.

Искаженіе выдѣленія метиленовой сини было произведено дважды. Первое впрыскиваніе было произведено на 2-й день наблюденія, въ то время, когда больная находилась еще въ состояніи комы. Моча, которую удалось собрать передъ впрыскиваніемъ, сѣтло-желтаго цвѣта, $d=1015$; U —кислая, бѣла = 2% (въ осадкѣ найдены: небольшое количество зернистыхъ и глянцевыхъ цилиндровъ и немного лейкоцитовъ. Реакція на сахаръ отрицательная. Ротъ (въ правой дуге) = 18°.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 1 ч. Maximum: М. черезъ 3 ч.
Сиг. " 1 ч. Сиг. " 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 68 ч.
Сиг. — 79 ч.

Интенсивность общаго maximum'a = III.

Преобладающая форма выдѣленія: до 68 ч. М.
Кривая выдѣленія М. Сиг и общая кривая: постоянныя циклическія; продолжит. общ. maximum'a = 22 ч.
Общее количество мочи за все время выдѣленія = 5400.

Второе впрыскиваніе было произведено на 43-й день наблюденія, 9/11 въ 12 ч. дня. За сутки, истекшая передъ впрыскиваніемъ, $U=2000$ к. с., $d=1008$, т.—песчаная (?). Моча сѣтло-желтаго цвѣта, содержитъ 2% бѣла (4 гр.); въ осадкѣ найдено немного кѣттокъ зловоннаго запаха и лейкоцитовъ; цилиндровъ не найдено. Суточн. колич. мочицы = 21,8 гр.; суточн. колич. $P=0$; $t=1,9$ gr. Ротъ (въ правой дуге) = 22.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 1/2 ч. Maximum: М. черезъ 3 ч.
Сиг. " 1/2 ч. Сиг. " 3 ч.

Продолжительность выдѣленія: М. — 64 ч.
Сиг. — 75 ч.

Интенсивность общаго maximum'a = III.

Преобладающая форма выдѣленія: М.
Кривая выдѣленія: постоянныя циклическія; продолжительность общаго maximum'a = 28 ч.
Общее колич. мочи за все время выдѣленія = 5700 к. с.

¹⁾ По случаю жалобъ на отрыжку и иногда изжогу послѣ 4-хъ болѣзней получала нѣсколько дней по 0,6 гр. соды.

Наблюденіе № 41.

Клиническій эпикризъ. *Excessus in labore, alimentatio deficiens, refrigeratio habitualis. Nephritis diffusa chron. originis incertae (infectiosa toxica?) Enteritis subcutanea. Nephritis parenchymatosa exacerbata (tozica per viam intestini?) et hyperlymphia (anasarca universalis) Infectio pneumonica. Bronchopneumonia catarrhalis acuta.*

Albuminuria, cylindruria.

Семень И.—въ, 36 лѣтъ, поступилъ въ больницу 18 іюля 1898 г. отеки, камни, одышка.

Отеки и одышка въ первый разъ наблюдались 7—8 назадъ; въ то время они были невелики, также сопровождался камель и постъ 2-недѣльнаго пребыванія въ больницѣ скоро прошли. Ни рвоты, ни поносовъ, ни судорожныхъ припадковъ не было. По выходѣ изъ больницы до настоящаго ухудшенія И.—въ чувствовать себя вполне удовлетворительно и въ теченіе этого промежутка отекновъ у себя не замѣчалъ.

Настоящее ухудшеніе въ разнѣло въ теченіе послѣднихъ 4—5 дней и обнаружилось головною болью и поносомъ, изъ которыхъ скорѣй преедлелъ отеки ногъ и лица, камель и одышка. Никакой опредѣленной причины для развитія какъ перваго, такъ и настоящаго заболѣванія указать не можеть. Живеть въ теченіе послѣдняго года въ Сиб., работая въ гавани, въ качествѣ носильщика при грузахъ пароходовъ. Работа тяжелая; приходится часто подвергаться вліянію непогоды. Пользуется сухими пошивеніемъ и обмочкой для чернорабочихъ шиней; спиртными напитками не злоупотребляетъ. Никакихъ серьезныхъ заболѣваній въ прошломъ не имѣлъ, на лезъ и утратить нѣтъ указаній, скраплатной не болѣлъ, занятий со свинцомъ никогда не имѣлъ. Уроженецъ Исконской губерніи, происходитъ изъ здороваго семья, женатъ, дѣтей не имѣеть, выкидышей у жены не было.

Высокаго роста, удовлетворительнаго питанія, блѣденъ. Умеренная отечность кожи лица и нижнихъ конечностей. При дѣланіи вѣсму опредѣляются въ порядочномъ количествѣ: сухіе и влажные хрипы, при аспектѣ перкуторномъ звукъ и немного пониженныхъ границахъ легкихъ. Мокрота слизисто-гноиная, въ небольшомъ количествѣ, туберкулезныхъ налочекъ не содержитъ. $R=20$ въ I. Толщечка сердца между 5/6 ребр. на лѣвой сосковой, слабый; сердце прикрыто. Тоны сердца глухи, на 2-мъ тоиъ art. pulmonalis'а дифференціальный асценсъ. Артерія нормальной плотности, Ръ правильнаго ритма, 55 въ I. Животъ слегка раздутъ, нечувствительнъ къ давленію; печенъ и селезенка не прощупываются. $U=500$ к. с., $d=1028$, т.—кислая, колич. бѣла = 2,0 гр. (4%^{1/10}). Моча красноато-желтаго цвѣта, слегка мутна. Реакція на сахаръ и желчные пигменты отрицательны. Въ осадкѣ найдены въ значительномъ количествѣ зернистые и глянцевые цилиндры и немного лейкоцитовъ. Суты 3 разъ въ день, жидкій, безъ крови. Въ испражненіяхъ найдены: обильны мышечныхъ волоконъ, растительныхъ кѣттокъ и распылъ; ялицъ глисты не найдено. Общія порядочная слабость, плохой сонъ и аппетитъ. Т° нормальная.

Назначены: ванна въ 30° одинъ разъ въ день, содеи при камлѣ и молочная діета. Теченіе въ началѣ довольно благоприятное—постепенно начало уменьшаться количество мочи (700, 1100, 1400 к. с.), уменьшилось немного процентное содержаніе въ ней бѣла (3%^{1/10}—2%^{1/10}) и количество цилиндровъ въ осадкѣ стали появляться отеки, уменьшилась поносъ и головная болѣзнь. Однако камель оставался въ прежней силѣ и на 8-й день былъ обнаруженъ небольшой фокусъ катаральнаго плевита въ задне-нижнемъ отдѣлѣ лѣваго легкаго, при небольшомъ пониженіи т° (38,2—38,5° по вечерамъ) и порядочномъ ухудшеніи самочувствія. Т° оставалась повышенной въ теченіе

5 дней, послѣ чего опустилась до нормы, съ тѣмъ совпало постепенное разряженіе вѣшниковъ и улучшение общаго состоянія. Въ теченіе лихорадки количество мочи и общаго свѣжества не представляли замѣтныхъ измѣненій. У колебалось между 1000—1500 к. с., $d=1018-1020$, при содержаніи бѣлка $=3,0-2,5$ гр. (3⁰/₁₀₀—2⁰/₁₀₀). Отеки, къ началу лихорадки замѣтно уменьшившіеся, въ теченіе ее не увеличались и въ слѣдующіе дни до выхода изъ больницы оставались выраженными только на голеняхъ и стопахъ. На 20-й день II-й выписался по собственному желанію оправившимся, но не вполне окрепшимъ.

Въ день выписки отгѣнено: $U=1300$ к. с., $d=1015$, колич. бѣлка $=3,9$ гр. (3⁰/₁₀₀), въ осадкѣ незначительное количество зернистыхъ цилиндровъ. Умеренное количество влажныхъ мелкопузырчатыхъ хриповъ у нижняго угла лѣвой лопатки, при неизмѣненномъ перкуторномъ звукѣ. Т° нормальная. Опривлеченія кишечника правильны. Незначительная отечность кожи голеней. Самоустройство удовлетворительно. Вѣсъ тѣла при поступленіи $=7000$ гр., при выходѣ $=62900$ гр.

Выприскиваніе метиленовой сини произведено на 2-й день наблюденья, 20-го вт. въ 1 ч. 30 м. дня. За сутки, истекшія послѣ выпрыскиванія, $U=700$ к. с., $d=1020$, г.—кислая, бѣлокъ $=2,8$ гр. (4⁰/₁₀₀). Моча мутноватая, красновато-желтого цвѣта; въ осадкѣ найдены: порочное количество зернистыхъ и гліалловидныхъ цилиндровъ и немного лейкоцитовъ. Реакція на сахаръ и желчные пигменты отрицательна. Суточн. колич. мочи $=20,3$; суточн. колич. $P_{405}=0,58$. P_{605} (въ правой лучевой) $=21$.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. через 1 ч. Maximum: М. — 3 ч.
 Чгр. $\frac{1}{2}$ ч. Чгр. — 3 ч.
 Продолж. выд. М. — 48 ч.
 Чгр. — 79 ч.
 Интенсивность общаго maximum'a $=II-III$.

Преобладающая форма выдѣленія: до 48 ч. равномерное выдѣленіе M и Чгр. послѣ 48 ч. выдѣляется только Чгр.

Кривая выдѣленія M, Чгр и общая кривая: постоянныя циклическія; процентность общаго maximum'a $=18$ ч.

Количество мочи за все время выдѣленія $=3000$ к. с.

Наблюденіе № 42.

Клинический эпикризъ: *Intoxicatio alcoholica moderata. refrigeratio habitus, alimentatio deficiens. Nephritis chron. diffusa cum atrophia (?) (sub infectione per viam respiratoriam) et hyperlymphia recidens. Arteriosclerosis; hypertrophia ventr. sin. cordis. Enteritis subacuta recens. Exacerbatio nephritidis (sub intoxicatione per viam intestini) et hyperlymphia (anasarca universalis). Albuminuria, cylindruria.*

Блѣна Р—на 51 г., поступила въ больницу 16 апрѣля 1898 г.: одышка, отеки, головная боль. Отеки впервые появились 3 года назадъ, поводомъ встѣть за какой-то инфекціей дыхательныхъ путей (насморкъ, кашель, жаръ); лежала въ этой же больницѣ, причемъ, по наведеніямъ справкамъ, въ дневникѣ больничнаго листа отгѣнены: бронхитъ, общіе отеки, большая альбуминурия, цилиндры. Послѣ ваннъ и молочной діеты довольно скоро оправилась и черезъ 3 недѣли выписалась, чувствуя себя вполне здоровой. Съ тѣхъ поръ

отеки появлялись раза 3—4, но были невелики и скоро исчезали при амбулаторномъ лѣченіи. Въ теченіе послѣднихъ года довольно часто бывали головная боль, поносъ и ступоры, что впрочемъ не препятствовало Р—ной работѣ до послѣдняго времени. Настоящее ухудшеніе обнаружилось 1 недѣлю назадъ головной болью и частыми поносами; 3 дня назадъ появились отеки лица и ногъ и одышка. Передъ заболѣваніемъ Р—на, по занятію прачки, около 1¹/₂ недѣли работала въ прачечной мастерской въ сыромъ и холодномъ помѣщеніи. Послѣдня 10 лѣтъ употребляла спиртные напитки въ умеренномъ количествѣ. Патологическое прошлое: въ дѣтствѣ корь, на 20-мъ году брюшной тифъ, 1 годъ въ казѣтъ—рожа лица.

Уроженка Новгородской губерніи, гдѣ жила до 30 лѣтъ въ достаточной крестьянской семьѣ. Отсутствіе указаній на патологическую наследственность. Послѣдня 30 лѣтъ живетъ въ Сиб., въ началѣ занималась домашнимъ хозяйствомъ, а послѣдня 10 лѣтъ различного рода полезнаго работой, преимущественно стрѣлкой. Условия жизни послѣднихъ 10 лѣтъ худшія: поведеніе часто сырое, питаніе недостаточное, часто سوءденіе. Была 22 года въ замужествѣ, но не родила и выкидышей не имѣла. Мужъ пользовался хорошимъ здоровьемъ, умеръ 10 лѣтъ назадъ при явленіи какого-то остраго заболѣванія кишечника. Менструаціи прекратились 5 лѣтъ назадъ.

Правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія, блѣдна. Умеренная отечность кожи всего тѣла. Нижнія границы легкихъ понижены; при дыханіи аскаду сухіе хрипы въ умеренномъ количествѣ. Небольшой сухой кашель. $R=25$. Толчокъ сердца между 6⁷/₁₀ ребр. на лѣвой сосковой, сердечная тупость прикрита. Тоны сердца чисты. Ауроры умеренны въ правосторонней хороняго наполненія $=76$ въ 1', правый $R=21$ (въ правой лучевой). Животъ пераздутъ, чувствительнъ къ давленію у пупка, печень и селезенка не прощупываются. Стулъ 2 раза въ день, кашнеобразный. Моча дѣстата цвѣта, немного мутна; $U=1400$ к. с., $d=1010$, г.—кислая, бѣлка $=7,0$ гр. (5⁰/₁₀₀). Въ осадкѣ найдены: порочное количество зернистыхъ и гліалловидныхъ цилиндровъ, порочное количество жирноперерожденныхъ и кѣткѣ почечнаго эпителия и немного лейкоцитовъ. Бактеріологическое изслѣдованіе мочи, произведенное на 2-й день наблюденья, дало отрицательный результатъ. Т° колебалась въ предѣлахъ нормы (36,3—37,0). Самоустройство угнетенное, безпокойство головная боль.

Назначенныя ванны въ 30⁰ два раза въ день и молочная діета. Два дня состояніе больной осталось безъ перемѣнъ, а затѣмъ быстрое общее улучшение, совмѣщенное съ появленіемъ обильнаго пота послѣ ваннъ. У въ теченіе первой недѣли оставалось почти одинаковымъ, колебалось между 1100—1800 к. с., при д, колебавшемся между 1012—1007; количество бѣлка съ 7,0 гр. (5⁰/₁₀₀) постепенно понижалось до 2,0 гр. (1¹/₂—1⁰/₁₀₀), количество цилиндровъ въ осадкѣ также постепенно уменьшалось, и начинала съ 9-го дня уже не всегда удавалось найти ихъ даже при центрифугированіи мочи. Къ этому же дню почти совершенно исчезли отеки, прошли головная боль, поносъ и одышка.

До 9-го дня діета молочная, а затѣмъ смѣшанная; послѣдняя первые 2 дня неровносилась хорошо, а затѣмъ появилась поносъ (каждый стулъ 2—5 разъ въ день), головная боль и увеличались немного отеки. Назначенъ кофеинъ, U съ 1800 к. с. понизилось до 3000 к. с., отеки уменьшились, но головная боль и поносъ продолжались. Черезъ 5 дней смѣшанная діета замѣняется молочной и отбрасывается кофеинъ, послѣ чего прекращаются головная боль и поносъ. На 3-й недѣлю вновь назначена легкая смѣшанная пища, которая переносится вполне удовлетворительно. На 23-й день больной выписалась, чувствуя себя значительно окрѣпшею и оправившеюся. Въ день выписки отгѣнено: $U=2000$ к. с., $d=1007$, бѣлка $=2,0$ гр. (1⁰/₁₀₀), цилиндровъ въ осадкѣ не найдено (центрифуга). Толчокъ сердца поперекну опредѣляется между 6⁷/₁₀ ребр. по лѣвой сосковой, $R=24$, правый $R=23$ (правая лучевая), отековъ нѣтъ, самоустройство хорошее. Вѣсъ тѣла при поступленіи $=53000$ гр., при выпискѣ $=46300$ гр.

Изслѣдованіе выдѣленія метиленовой сини было произведено дважды. Первое выпрыскиваніе было произведено на 2-й день наблюденья, 17-го

въ 12 ч. дня. За сутки, истекшия передъ вырсыиваніемъ, $U=1100$ к. с., $d=1012$, г.—кислая, блѣдная—5,5 гр. ($5\frac{1}{2}\%$). Моча желатаго цвѣта, мутная; въ осадкѣ найдено порядочное количество зернистыхъ и глызовыхъ цилиндровъ, порядочное количество жирноперерожденныхъ глыбокъ почечнаго эпителия и немного лейкоцитовъ. Суточн. колич. мочевина=15,0, сут. колич. $P_2O_5=1,4$. Pot. (въ правой луженой)=20.

Выдѣленіе метиленовой сани:

Начало: М. черезъ 1 ч. Maximum: М. — 3 ч.
Снг. „ 1 ч. Снг. — 4 ч.

Продолж. выд.: М. — 64 ч.
Снг. — 82 ч.

Интенсивность общаго maximum'a=II.

Преобладающая форма выдѣленія: равномерное выдѣленіе М. и Снг. Кривая выдѣленія М. Снг и общая кривая: постоянныя циклическія. Общее колич. мочи за все время выдѣленія=3800 к. с.

Второе вырсыиваніе было произведено за 4 дня до выписки, 4/у въ 12 ч. дня. За сутки, истекшия передъ вырсыиваніемъ, $U=2000$ к. с., $d=1010$, г.—кислая, блѣдная—4,0 гр. ($2\frac{1}{2}\%$). Моча свѣтло-желатаго цвѣта, прозрачная; въ осадкѣ небольшое количество лейкоцитовъ, цилиндровъ не найдено (центрифуга). Суточн. колич. мочевина=21,0 гр., суточн. колич. $P_2O_5=1,4$. Pot. (въ правой луженой)=22.

Выдѣленіе метиленовой сани:

Начало: М. черезъ $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. — 3 ч.
Снг. „ $\frac{1}{2}$ ч. Снг. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 60 ч.
Снг. — 78 ч.

Интенсивность общаго maximum'a=II.

Преобладающая форма выдѣленія: умеренное преобладаніе М. Кривая выдѣленія М. Снг и общая кривая: постоянныя циклическія. Продолжительность общаго maximum'a=38 ч. Общее количество мочи за все время выдѣленія=6800 к. с.

Наблюденіе № 43.

Клинический эпизикриз: *Alcoholismus chron. exquisitus (dipsomania recidens), refrigeratio habitualis, infectio luetica, Induratio arterialis. Enteritis subacuta recidens. Nephritis chronica diffusa (sub intoxicatione per viam intestinalem) et hyperlymphemia universalis recidens. Infectio (staphylococcica?) recens: enteritis subacuta, exacerbatio nephritidis et hyperlymphemia universalis (anasarca, hydrothorax bilat. ascites).*

Oliguria, albuminuria, cylindruria. Bacteriuria.

Сергій I.—въ 37 лѣтъ, поступивъ въ клинику 21 марта 1902 г.: отеки, одышка, поносъ, сухой кашель. Чувствовалъ себя нездоровымъ около 2-хъ лѣтъ. Заболеваніе обнаружилось въ юнѣ 1900 г. сильнымъ поносомъ, головной болью и явлениями общаго недомоганія, наступившими вслѣдъ за значительнымъ злоупотребленіемъ алкоголемъ въ теченіе нѣсколькихъ дней

ночь рядъ. Для червъ 3—4 постѣ появленія поноса I.—въ замѣтилъ отечность лица и нижнихъ конечностей и сталъ испытывать одышку и сильную головную боль. Лежалъ тогда въ больницѣ Св. Маріи Магдалины и постѣ мѣсячнаго лѣченія ваннами и молочной діетой выписался безъ отековъ, но настолько еще слабѣлъ, что только носилъ 3-небѣлаго пребыванія дома могъ снова приступить къ своей работѣ. I.—въ настаивалъ, что съ этихъ поръ онъ уже ни разу не чувствовалъ себя такимъ бодрѣмъ и крѣпкимъ, какъ прежде. Онъ сталъ быстрее уставать на работѣ, часто страдалъ головными болями и изрѣдка поносамъ и судорогами въ рукахъ и нижнихъ конечностяхъ.

Въ сентябрѣ 1901 г. I.—въ сильно промокъ подъ дождемъ, постѣ его у него появились кашель, насморкъ и заложеніе въ носѣ, а черезъ 2 или 3 дня опять показались отеки всего тѣла. Постѣ 2-небѣлаго лѣченія на дому (пилъ молоко, часто ходилъ въ баню) отеки прошли и вскорѣ I.—въ вновь могъ работать. Это ухудшеніе, также какъ и первое, сопровождалось довольно сильными поносамъ, появившимися уже на 2-й день и значительными головными болями. Дней 10 назадъ I.—въ вновь почувствовалъ себя хуже, появился безъ видимаго причина поносъ, общій упадокъ силъ, отеки и кашель, что и заставило его поступить въ клинику.

Патологическое прошлое: на 7-мъ году куры, на 16-мъ брошной типѣ (2 мѣсяца въ больницѣ), на 26-мъ лѣтъ (знаю, рутное лѣченіе). Начиная съ 13 лѣтъ довольно часто страдалъ поносомъ. Съ 21 года начинаетъ ежедневно употреблять въ порядочномъ количествѣ спиртные напитки (водку); съ 26-го до 31 года питья заюсомъ по 1½—2 небѣла подъ рядъ, съ 31 года до настоящаго времени сталъ пить значительно меньше, рѣдко доывая, особенно со времени появленія первыхъ отековъ.

Уроженецъ Боровичскаго уѣзда Новгородской губерніи, I. происходить изъ здоровой крестьянской семьи, среди членовъ которой никакихъ наследственно передающихся заболеванийъ не отмѣчается. Отецъ и мать умерли въ преклонномъ возрастѣ, отличались крѣпкимъ здоровьемъ; изъ 8 братьевъ и сестеръ 3 умерли въ дѣтствѣ, остальные здоровы. До 13 лѣтъ I. жилъ въ деревнѣ, въ родной семьѣ, въ довольно благой обстановкѣ.

Съ 13 лѣтъ поступилъ въ ученье въ кузнечному мастеру въ Сиб., гдѣ въ началѣ исполняетъ легкую работу (растонка горня, ошплеваніе желѣза), а съ 17 лѣтъ начинаетъ работать молотомъ. Работать приходится въ душной и пыльной мастерской, при постоянно высокой t° , часто на сквозномъ вѣтрѣ. Пища и одежда были удовлетворительны, работу переносилъ хорошо.

На 21 году I. поступаетъ на военную службу въ Апалонскій край, 1 годъ служитъ въ строю, а затѣмъ переносится въ военную кухню, гдѣ остается 5 лѣтъ. Условия работы и жизни въ этомъ періодѣ, по словамъ I.—ва, вполнѣ удовлетворительны. По окончаніи военной службы I.—въ поступаетъ мастеромъ на вагоностроительный заводъ въ Сиб., гдѣ работаетъ до послѣдняго времени. И здѣсь работа требуетъ большого физическаго напряженія и сопряжена съ постояннымъ пребываніемъ въ раскаленной печи, въ довольно пыльномъ помѣщеніи. Благодаря хорошей одеждѣ (по 80 р. въ мѣсяцъ) условия жизни I.—ва нѣтъ затрудненія пережить съ своей семьей въ свѣтлой, сухой квартирѣ, пользуется хорошимъ домашнимъ столомъ. Женится на 31 году: жена здоровая женщина, ни выкидышей, ни мертвороженій не имѣла. Трое дѣтей вполнѣ здоровы.

Орваніи роста, крѣпкаго сложенія, выдѣлитъ нѣсколько старше своихъ лѣтъ. Кожа суха, на лицѣ морщиниста, вслѣдъ за порядкомъ Рѣзвѣ отрицательный дерматогрѣзмъ. Чувствительность кожи (божевая, тактильная, чувство t°) безъ замѣтныхъ измѣненій. Отмѣчаетъ, что въ послѣдніе 2 года даже при работѣ въ жаркомъ помѣщеніи потѣть мало, меньше, чѣмъ прежде. Подкожножировой слой выраженъ слабо; мускулатура обшестная, но довольно дряблая. Сила правой руки, по динамометру=54, лѣвой=63 (тѣла сн. дѣтства). Лифатически железу менѣ, помѣшаны въ вѣхонныхъ областяхъ промучиваются, немного увеличены, небылѣваны. Толчекъ сердца въ 5-мъ межребрѣ, по лѣвой сосковой линіи, слабый. Перкуторные размыры сердца не опредѣляются (сердце пригнато). Тоны

сердца чисты; первый тонъ на аортѣ глуховатъ. Лучевыя артеріи рѣзко утолщены, прощупываются въ нѣ пульсовой волны. Р. порядочного наполненія, ритмиченъ, 78 въ 1'. Rot. (правая лучевая) = 20. При исследованіи крови: эритроцитовъ 3,750,000, лейкоцитовъ 5,500, гемоглобина 78% (по Cowers'у).

Въ легкихъ отѣлакъ груди, на обоихъ сторонахъ, определяется moist, притупленнаго звука и заглушенныхъ дыхательныхъ шумовъ, верхняя граница котораго нѣтъ на 2 не доходитъ до угла лопатокъ. Чаше, при дыханіи, определяются въ умеренномъ количествѣ влажные и сухіе хрипы. Макропути не отѣлаются. Жизненная емкость = 2600, выдохъ = 60, выдохъ = 80. Животъ увеличенъ въ размѣрахъ, умеренно раздутъ. Оружѣность его (наибольшая) = 86 смт. Опредѣляется асцитъ, верхняя граница котораго не доходитъ нѣтъ на 3 до пупка. Прощупывается немного бокалѣйный, ронный кувъ, нечетко, выступающій на 2 пальца подъ правъ реберъ. Селезенка не прощупывается. Стулъ 3 раза въ день, жидкій, нормальной окраски; при исследованіи испражнений найденъ: обрывки мышечныхъ волоконъ, растительныхъ клѣтокъ и распадъ. Липидъ глисты и туберкулезныхъ палочекъ не обнаружено.

Моча красновато-желтаго цвѣта, мутновата. $U = 700$ к. с., $d = 1015$, g -кислая, количество бѣлка = 5,6 (8%). Реакція на сахаръ, желчные пигменты и кровь отрицательныя, реакція на индикаторъ положительная, слабая. Въ осадкѣ найденъ въ обильномъ количествѣ зернистые и глызанные цилиндры и умеренное количество лейкоцитовъ и клѣтокъ жирноперерожденнаго почечнаго эпителия.

Количественный анализъ мочи отъ 26пн (5-й день наблюденія): $U = 1100$ к. с., g -кислая, $d = 1017$, бѣлка 7,7 гр. (7%) хлоридовъ = 14,5; фосфатовъ = 1,6; всей $H_2SO_4 = 1,7$; свободной $H_2SO_4 = 1,6$; связанной $H_2SO_4 = 0,04$; мочевои кислоты = 0,521; азотистого азота = 1,8; мочевины = 21,5.

При количественномъ опредѣленіи бѣлка въ отдѣльныхъ порціяхъ мочи, собранной черезъ каждыя 3 часа въ течение 3 сутокъ (2/4т, 3/4т и 4/4т) показало: 1) что содержаніе бѣлка въ отдѣльныхъ порціяхъ мочи постоянно колеблется (въ предѣлахъ отъ 0,3 гр., 0,5 гр. до 1,2 гр., 1,64 гр.), 2) что большее содержаніе бѣлка чаще всего наблюдается въ дневные часы и 3) что прѣмъ липиды не оказываютъ задерживающаго вліянія на содержаніе бѣлка. Бактеріологическое исследование мочи, произведенное дважды (на 4-й и на 12-й день наблюденія), оба раза дало чистую культуру *staphylococcus aurei*. Т° во все время наблюденія колебалась въ предѣлахъ между 36,1—37,0°. Настроеніе немного подавленное. Сонъ плохой, безсонница головная боль. Сухожилные, кожные и злотиотичный рефлексы въ предѣлахъ нормы. Вѣсъ тѣла = 6900 гр.

Назначенъ: сѣбянная діета (мясо, молоко, бѣлый хлѣбъ, яйца) и въ первые 5 дней водная ванна (въ 30° 1 разъ въ день), и затѣмъ въ течение 1 недѣли сухія ванны (т° 45°—57°). Быстро прогрессирующее общее ухудшеніе. При продолжающемся поносѣ (жидкій стулъ 3—6 разъ въ сутки) вскорѣ повышается діурезъ до 1800—1500 к. с. (количество мочи въ все время колеблется между 2400—3000 к. с.), появляется порядочный потъ, посылъ ваннъ, особенно посылъ сухихъ ваннъ, (потери въ вѣсѣхъ посылъ ваннъ колеблется между 0,4—0,8 гр., посылъ сухихъ между 0,7—1,8 гр.), быстро опадаютъ отеки и уменьшается вѣсъ тѣла (за 2 недѣли потеря въ вѣсѣхъ = 7600 гр.), рѣзко уменьшается самочувствіе. Къ началу 3-й недѣли совершенно исчезаютъ hydrothorax и асцитъ и остается лишь незначительная отечность ногъ, стопы и голени, рѣзко уменьшается чувствіе одышки, проходитъ кашель, становится рѣже головная боль и судороги въ икрахъ и подлѣхъ рукъ. У, начиная съ конца первой недѣли, устанавливается на 1500—1800 к. с., d колеблется между 1010—1016, количество бѣлка довольно рѣзко мѣняется, колеблется въ предѣлахъ между 3,5—6,0—8,8 гр. Эти колебанія въ количествѣ бѣлка постоянно बढ़ивались въ теченіе всего наблюденія, причемъ ясно обнаруживались ихъ связь съ состояніемъ функцій кишечника: при уменьшеніи поноса количество бѣлка возрастало, при увеличеніи поноса — падало. Такъ въ началу 4-ой недѣли, когда поносъ, быстро уменьшился, сѣбянная нормальнымъ стуломъ, дифра бѣлка съ 5,5—6,2 гр.

ночи сразу поднималась до 12,0—14,0 гр. при продолжающемся общемъ ухудшеніи и прежней діетѣ. Проледержавшись на этой высотѣ 4 дня, кривая бѣлка стала быстро падать (11,0—8,0—6,3,—4,8 гр.), что совпало съ назначеніемъ болѣе легкой діеты (молоко, кисель, хлѣбъ, яйца), при отсутствіи поноса. На этой діетѣ больной оставался въ теченіе 4-й и 5-й недѣли наблюденія. За это время онъ окончательно освободился отъ отековъ, достаточно окрепъ и даже нѣсколько возмужалъ на головной боли. Въ теченіе этого періода U достигшему = 1800—1500 к. с., $d = 1012$ —1010, количество бѣлка, постепенно возмужало, установилось на 3,0—2,0 гр., перестали опредѣляться цилиндры въ осадкѣ. Кромѣ легкой діеты, больной получалъ ежедневно водную ванну (т° 28—30°), которая была вновь назначена еще на 3-ей недѣлѣ при поносѣхъ и прежней мясной діетѣ. Въ послѣдніе дни наблюденія бѣлка понижался (до 1,0 гр. въ сутки), приема котораго продолжался всего лишь 2 дня и наблюденіе нѣтъ дѣйствіемъ его было прервано неожиданной выплеской большого, по семейнымъ обстоятельствамъ. Въ день выплески отъмѣчено: $U = 1600$ к. с., $d = 1013$, g -кислая, колич. бѣлка = 3,2 гр. (2%). Моча свѣтло-желтаго цвѣта, прозрачная, въ осадкѣ цилиндровъ не найдено. $P = 76$ въ 1', $K = 22$ въ 1'. Толчекъ сердца прощупывается между 5-мъ реберъ, на глѣбѣ сосковой, перитурный звукъ, на нижнемъ концѣ грудной асимъ; тоны сердца чисты. Оттоковъ нѣтъ, печени не прощупывается; болѣе, хорошее самочувствіе. Вѣсъ тѣла = 59600 гр.

Выписываніе метилевого сини было произведено 22пн въ 10 ч. утра. За сутки, истекая черезъ выписываніемъ, $U = 700$ к. с., $d = 1015$, g -кислая, колич. бѣлка = 5,6 гр. (8%). Моча красновато-желтаго цвѣта, немного мутна. Въ осадкѣ: въ изобиліи зернистые и глызанные цилиндры, умеренное количество лейкоцитовъ и клѣтокъ жирноперерожденнаго почечнаго эпителия. Слабая положительная реакція на индикаторъ; отрицательныя реакція на желчные пигменты и сахаръ.

Выдѣленіе метилевого сини:

Начало: М. — 1/2 ч. Maximum: М. — 2 ч.
 Цвр. — 1/2 " Цвр. — 2 "
 Продолж. выд.: М. — 64 ч.
 Цвр. — 82 "
 Интенсивность общаго maximum'a = III—II.

Преобладающая форма выдѣленія: довольно равномерное выдѣленіе М и Цвр.

Кривая выдѣленія М. Цвр и обща кривая: постоянныя иاکическія. Общее количество мочи за все время выдѣленія = 2300 к.

Наблюденіе № 44.

Клинический эпикризъ: *Status hereditarius (alcoholismus, cardiopathiae) Excessus in labore, alimentatio deficiens, refrigeratio habitualis, intoxicatio alcoholica chronica moderata. Induratio arterialis praecox. Myodegeneratio cordis. Insufficiencia cordis recidens. Nephritis parenchymatosa chronica (toxica). Hyperlymphia universalis (anasarca, ascites, hydrothorax bilateralis). Compensatio instabilis.*

Albuminuria, cylindruria.

Меланія 1-а, 41 г., поступила въ больницу 30 января 1898 г. отеки, одышка, кашель, головная боль. Заболѣваніе обнаружилось около 2-хъ не-

дью назад сильной головной болью, повторными рвотами и потерей аппетита; почти одновременно появлялась отечность въ лицѣ и ногахъ, значительно усилившаяся въ теченіе послѣдней недѣли, а въ послѣдніе дни кашель и одышка. Со времени обнаруженія заболюванія до поступления въ больницу не работала. Передъ заболѣваніемъ около 5 дней занималась стиркой бѣлья въ походномъ и сараѣ, возмѣнивъ въ то время у той же дѣи вылила ежедневно по нѣсколькимъ вимокъ воды, которую вообще вьетъ въ уфренномъ количествѣ около 10 лѣтъ, чаще въ тѣ дни, когда приходится усиленно работать. Патологическое прошлое: въ дѣтствѣ корь, на 16 году сильная оспа груди, на 24 году брешной тифъ, и на 40 году (4 1/2 года назадъ) обѣ отеки и одышка, по поводу которыхъ лежала въ этой же болыишѣ около мѣсяца. По наслѣженнымъ справкамъ, въ то время у 1-й вродѣ отекотъ наблудался порядочная албуминурия и цилиндрурия. Выписалась изъ болыиши безъ отековъ, но съ небольшою албуминурией. Постъ выписки изъ болыиши чувствовала себя удовлетворительно, и только въ послѣдніе 1—2 мѣсяца начала скорѣе уставать постъ работы.

Уроженка Псковской губерніи, до 32 лѣтъ жила въ деревнѣ, въ бѣдной, часто нуждавшейся крестьянской семьѣ. Отецъ умеръ на 68 году, при явственныхъ какомъ-то остромъ заболѣваніи, нилъ запоемъ; мать и одинъ изъ старшихъ братьевъ умерли при явственныхъ обшей воллики. Одинъ братъ и 2 сестры здоровы. Съ 12 лѣтъ начала работать по домашнему хозяйству, а съ 15 до 32 лѣтъ работала наравнѣ съ мужичками въ ногѣ, по обработкѣ земли. Послѣдніи 8 лѣтъ живетъ въ С.-Петербургѣ, занимается полевой работой, чаще всего стиркой бѣлья и мытьемъ половъ. Пожизненіе и итаніе въ теченіе послѣднихъ 8 лѣтъ часто неудовлетворительно, послѣднее пожизненіе сухое. Menstrua съ 16 лѣтъ, правильны. Не рожала. Никакихъ указаній на laes.

Средняго роста, довольно полная женщина. Значительная отечность кожи всего тѣла, бѣдность слизистыхъ оболочекъ. Обширный рубецъ на кожѣ лѣвой стороны груди спереди. На обоихъ сторонахъ груди опредѣляется поносъ притупленного звука и заглушенныхъ дыхательныхъ шумовъ, шириную въ локотъ, выше опредѣляются сухіе хрипы въ уфренномъ количествѣ. Небольшое систольное жеморы, R=30. Толщина сердца между 5/6 ребр. слабый; верхняя граница сердечной тупости между 3/4 ребр., правая сливается съ пономъ тупости на правой сторонѣ груди. Тоны сердца глухіе, чистые. P=80 въ 1'. Rot.=20. Артерія хорошо прощупываются, довольно плотны. Животъ немного увеличенъ, небольшой асцитъ. Печень и селезенка не прощупываются. Стулъ 1 разъ въ день, испражнения оформлены, нормальной окраски. Моча желтого цвѣта, мутна. U=800 к. с. d=1015, г-кислая, вязкая—4.0 гт. (5%о). Въ осадкѣ найдены въ болыишѣ количествѣ зернистые и пылинные цилиндры, жироперерожденные клѣтки почечного эпителия и немного лейкоцитовъ. Отрицательныя реакціи на сахаръ и желчные пигменты. Сонтъ плохой, аппетитъ пониженъ. Самочувствіе подавленное. Зрѣніе не нарушено и въ послѣдствіи глазного дна (М. К. Эрпротъ) никакихъ существенныхъ измѣненій не обнаружено.

Назначеніе: вода въ 32° два раза въ день и желтая слѣпальная дѣта. Въ первые 4 дня съостъ въ 2° дѣта безъ перерыва, а къ концу 1-й недѣли начинается постепенное общее улучшение: повышается диурезъ, появляется обильный потъ, постъ ваннъ, начинаютъ опадать отеки. Къ началу 3-й недѣли 1-я на совершенно освободилась отъ отековъ, исчезъ асцитъ и hydrothorax, уменьшилась одышка, уменьшился сонъ и аппетитъ. У въ теченіе этого времени колебалась между 1600—2200 к. с. d между 1015—1012, количество бѣла между 4—4.0 гт. (4—1 1/2%о), количество цилиндровъ и клѣтокъ въ осадкѣ значительно уменьшилось. Къ концу 3-й недѣли приняи нѣсколько запоздавший menstrua, продолжавшія 6 дней. Постъ menstrua въ началѣ хорошее самочувствіе, затѣмъ опять появились головныя боли, незначительный поносъ, отечность голеней и увеличилось количество бѣла [8.0—6.0 гт. (4—3%о)] въ мочѣ. Назначенъ собитъ патч-бензоиномъ по 0,2 три раза въ день. Къ концу 5-й недѣли отечн яновъ прошли и количество бѣла повысилось до 5.0—4.5 гт. (4—3%о). Назначена

насная мясная порція, которая переносится вполнѣ удовлетворительно. На 6-й недѣлѣ у 1-й появились на верхней губѣ небольшой фурункулъ, затѣмъ флегмона, а постъ вскрытія послѣдней еугрипелас faciei, вслѣдствіе чего 1-я на была переведена въ Александровскую больницу для чернорабочихъ. Это ослаженіе не отразилось замѣтнымъ образомъ на свойствахъ мочи: U понижалось колебалось между 1600—2200 к. с. d между 1010—1015, количество бѣла между 5.0—3.0 гт., количество цилиндровъ также было невелико. 1-я въ послѣдніе 5 дней пребыванія въ болыишѣ была повышенной (38.8°—39.0°).

Вырисканіе метилового сини было произведено на 3-й день, 2/л въ 11 ч. утра. За сутки, истекшія передъ вырисканіемъ, U=700 к. с. d=1016, г-кислая, количество бѣла=3.5 гт. (5%о). Моча желтого цвѣта, мутноватая; въ осадкѣ найдено значительное количество зернистыхъ и глянцовыхъ цилиндровъ, немного клѣтокъ почечного эпителия и лейкоцитовъ. Суточн. коляч. моченнымъ=18.6; суточн. кол. P=0.8=0.92, Rot (въ правой луженой)=19.

Выдѣленіе метилового сини:

Начало: М. черзъ 1/2 ч. Maximum: М. — 2 ч.
Chr. " 1/2 ч. Chr. — 2 ч.
Продолж. выдѣл. М. — 68 ч.
Chr. — 80 ч.
Интенсивность общаго maximum'a=III—III.

Преобладающая форма выдѣленія: до 68 ч. равномерное выдѣленіе М и Chr, постъ 68 ч. выдѣлялся только Chr.
Кривыя выдѣленія М, Chr, и общія кривыя: постоянныя циклическія.
Продолжительность общаго maximum'a=18 ч.

Наблюденіе № 45.

Клиническій экириксъ: *Labir excessivus. Alimentaria deficiens. Induratio arterialis praecox. Enterocolitis subacuta recidens. Nephritis chronica diffusa cum atrophia (?) (infectiosa, toxica per viam intestini?) et hyperlymphica recidens (anasarca). Auto-intoxicatio consecutiva. Compensatio instabilis.*
Polyuria, albuminuria, cylindruria.

Вонъ-Яковъ III—въ, 31 г., поступилъ въ больницу 4 июня 1898 г. съ жалобами на поносъ, головную боль и общую слабость. Страдаетъ около 1—1 1/2 мѣсяцевъ поносами непостояннаго характера. Въ теченіе послѣдней недѣли слабѣетъ почти ежедневно разъ 5—7 въ день, жидко, безъ крови, съ тинущими болями въ животѣ. Иногда поносы сопровождаются головными болями, нѣрѣдка рвотой и часто судорогами въ нѣдрахъ ногъ. Пища обычная, прежде хорошо переносившаяся; спиртныхъ напитковъ совсѣмъ не употребляетъ, сырой воды не пьетъ. Мѣсяца 4 назадъ изгѣлъ обіе небольшие отеки, которые появились у него постъ "простудѣ" (слѣдно озлабъ) и сопровождался жаромъ, измѣненіемъ общаго меломоганія, поносомъ и головными болями; лѣчился на родилѣ, въ болыишѣ, и вышелъ черзъ 3 недѣли оправившимся и безъ отековъ. Два года назадъ перенесъ какое-то тяжелое заболѣваніе, повидимому брешной тифъ. Скаризаніи и маляріи не хворалъ. Отсутствіе указаній на laes. Работаетъ въ качествѣ чернорабочаго въ гавани, живетъ въ сухомъ покѣщеніи. Отсутствуетъ въ артеин; нища, по словамъ III—ва, удовлетворительная.

Уроженецъ Вятской губерніи, гдѣ жила все время, за исключеніемъ послѣдняго мѣсяца, занимаясь сплавкой лѣса. Происходитъ изъ здоровой

семьи, женат. Из 4-х беременностей жены 2-ая кончилась выкидышем на 3—4 месяца. Дети здоровы.

Среднего роста, плохого питания, бледный. Ничтожная отчетность кожи голеней. Толщета сердца слабый, между 5/6 ребра почти у лбаго соска; граница сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца чистые, граница топа на ворте заметно усилен, первый у верхушки глухой. Артерия слегка уплотнена, Р. правильного ритма, хорошего наполнения, 60 ударов в 1'. Рот. (правая дуга) = 25. R = 1.5 в 1' Субъективная одышка. Кровот не вдуется, нечувствителен к давлению. Печень и селезенка не прощупываются. Стул 7 раз в день, жидкий. При микроскопическом исследовании испражнений: мышечные волокна, распада, немного лейкоцитов; лимфоглисты и туберкулезных палочек не обнаружено. U = 2700 к. с., d = 1009, г — кислая, б/ж 7.5 гр. Моча светло-желтого цвета, прозрачная. В осадке (центрифуга) найдены: незначительное количество зернистых и плавающих цилиндров и немного лейкоцитов. Язык сухой, аппетит понижен, жажда. Зрение не нарушено; зрительная головная боль, были несколько раз судороги в икрах обеих ног. Сухожилые рефлексы резко повышены.

Назначены: ванна в 30° один раз в день и легкая сыванная диета (суп с куриной, молоко, 20 г. сахара хлеба). Состояние больного быстро улучшилось — понос скоро прекратился, пропала головная боль, уменьшилась жажда. После ванны всегда обильный пот и отбавная при поступлении отчетность голеней на 3-й день исчезла. U колебалось между 2500 — 1500 к. с., d = 1007 — 1005 и при содержании б/ж 4.5 — 3.5 гр. (2 — 1 1/2%). На 5-й день наблюдения цилиндров в осадке уже не было обнаружено. Р с 60 в 1' при поступлении, постепенно повышался, дошел до 80, но попрежнему оставался субъективной одышка и во время сна оны появлялись судорожные сокращения в отдельных мышцах рук и ног.

На 10-й день наблюдения больной по собственному настоятельному желанию выписался из больницы, но через 2 дня вновь поступил в нее с жалобами на головокружение, чувство слабости в ногах и рвоту. Объективно никаких новых изменений при втором поступлении не было замечено, отеков не было, U = 2500 к. с., d = 1007, количество б/ж 4.5 — 5.0 гр. (2%), цилиндры не найдены. Размеры сердца попрежнему в пределах нормы, Р = 65 в 1', хорошего наполнения, прежняя особенность дыхания, поноса нет. С назначением ванны (после которых опы попрежнему обильно пот), и легкой диеты самочувствие III — на вновь улучшилось, но когда через несколько дней ванны были отменены и вместо сыванной легкой диеты оны получили мясную пишу, у него вновь появились головные боли, судороги и рвота. Сх. переходом на прежний режим явения эти оны быстро прошли. Впоследствии ванны были на несколько дней отменены, при прежней легкой сыванной диете. В первые 3 дня больной чувствовал себя хорошо, а на 4-й у него опять появилась рвота и головокружение; тогда было назначено 2 ванны в день и полная мясная порция. На этот режим больной пробыл 2 дня, чувствуя себя вполне удовлетворительно, а на 3-й день III — в принужден был по семейным обстоятельствам оставить больницу.

В течение всего этого времени U колебалось между 2200 — 2000 — 1800 к. с., при d, колебавшемся между 1004—1008 и при количестве б/ж 4.2 — 3.5 гр. (2 — 1 1/2%). Цилиндров в моче при выходе не было найдено. Р в течение всего второго наблюдения колебался между 60—70 удар в 1'. Отеков не было. Продолжительность второго наблюдения = 18 дней. Вис при первом поступлении = 66250 гр., при выходе = 64300 гр.

Исследование выделения метиленовой сини было произведено дважды.

Первое впрыскивание было сделано на 2-й день, 5/1 в 1 ч. дня. За сутки, истекшая переть впрыскиванием, U = 2700 к. с., d = 1009, г — кислая, б/ж 7.5 гр. (2 1/4%). Моча светло-желтого цвета, прозрачная; в осадке найдены: незначительное и равномерное количество цилиндров и немного лейкоцитов; отрицательная реакция на сахар. Суточн. колич. мочевина = 20.5; суточн. коя. Р 0.05 = 1.25; Рот. (из правой дуги) = 24.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 2 ч. Maximum: М. через 4 ч.
 Чт. " 1 ч. Чт. " 4 ч.

Продолж. выд.: М. — 64 ч.
 Чт. — 82 ч.

Интенсивность общего maximum'a = II.

Преобладающая форма выделения: до 64 ч. М. после 64 Чт. Кривая выделения М. Чт. и общая кривая: постоянная циклическая, с небольшими, но очень продолжительными (48 ч.) maximum'ом.

Общее колич. мочи за все время выделения = 9000 к. с.
 Второе впрыскивание было произведено на 4-й день вторичного пребывания в больнице, 20/1 в 1 ч. дня. За сутки, истекшая переть впрыскиванием, U = 2200 к. с., d = 1005, г — кислая, б/ж 4.4 гр. (2%). Моча почти бесцветная, прозрачная; в осадке цилиндров не найдено. Суточн. колич. мочев. = 18.5, Р 0.05 = 0.75. Рот. (из правой дуги) = 27.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1 ч. Maximum: М. через 4 ч.
 Чт. " 1 ч. Чт. " 4 ч.

Продолж. выд.: М. — 66 ч.
 Чт. — 80 ч.

Интенсивность общего maximum'a = II.

Преобладающая форма выделения: до 66 ч. М. после 66 ч. Чт. Кривая выделения М. Чт. и общая кривая: постоянная циклическая, с слабым, но продолжительным (46 ч.) maximum'ом.

Наблюдение № 46.

Клинический эпикриз: *Polyarthritis acuta recidiva infectiosa. Endocarditis chron. insufficiens v. mitralis compensata. Nephritis parenchymatosa chron. (cum atrophia?) et hyperlymphia universalis recidens sub infectione. Autointoxicatione consecuta.*
 Albuminuria, cylindruria.

Прасковья М — ва, 24 лет, поступила в больницу 9 марта 1898 г.: боли в суставах рук и ног, отеки, общая слабость. Заболевание обнаружилось 1 неделю назад отозвоню и болми сначала в кистевых, а затем в обеих коленных и голеностопных суставах. В последние 2—3 дня появились отеки лица и ног, головная боль и общая слабость. Суставы болят во 2-й раз; в первый раз 5 недель, около 2 недель. Отеки также появляются во 2-й раз; в первый раз 3 года назад, причем в то время отеки были выражены значительно сильнее и продолжались около 3—4х недель. По словам больной, моча еи тогда была кровавую окраску, державшуюся около 1 1/2—2 недель. В течение следующих 2-х лет чувствовала себя довольно хорошо, в последние же год довольно часто страдала головными болями и изредка поносами, но отеков не замечала. Сердцебиений и одышки не испытывала, отсутствия указаний на лues и патологическую наследственность. Menstrua с 15 лет, правильные, не болала. В Сиб. жила 2 года в качестве прислуги, раньше же жила в Ехновском уезде, Черниговской губ., работая на домашнему хозяйству. Условия помещения и питания вполне удовлетворительны.

Плохого питания, блѣдная. Незначительная отечность кожи лица, голени и стопы. Умеренная болезненность къ давлению и при движениях въ голоностопныхъ, кожныхъ и лучезапястныхъ суставахъ; послѣдніе суставы слегка припухли. Точечъ сердца между 5/6 ребр. по лѣвой сосковои; перкуторные размеры сердца нормальны. У верхнихъ сердца при первомъ глухомъ тогѣ слышны душной шумъ, въ остальныхъ вѣбастъ тоны сердца чисты; акцентъ на 2 тогѣ art. pulmonalis выражаетъ слабо. Артерія лѣвая, пульсъ небольшого напора, 90 в 1'. Rot.=17. Капсъ незначительной. При дыханіи определяются въ небольшомъ количествѣ сухіе хрипы. R=20. Животъ раздутъ, неболезненъ; прощупывается лѣвый край печени, выступающій на палецъ. Моча желтаго цвѣта, прозрачна, но пересушена, немного увеличена (съ 7-го ребра) бѣлка=2,8 (4^{го} вб). Въ осадкѣ найдены: значительное количество зернистыхъ, гиалиновыхъ и эпителиальныхъ цилиндровъ и умеренное количество лейкоцитовъ. Аппетитъ плохой, стулъ 1 разъ въ день, жидкій. Общее состояние больной рѣзко угнетенное. 1^е въ первые 3 дня была повышена (38,5 до вечера, 37,5 утромъ), въ остальные дни нормальная.

Назначены: саллициловый натръ (3,0 gr. pro die), ванна въ 30° и молочная діета. Черезъ 5 дней боли въ суставахъ прекратились, п^е появились до нормы, отечность въ лицѣ и ногахъ исчезла, самочувствіе улучшилось, но не вылиг^е остались головная боль, значительная общая слабость, анатія и плохой аппетитъ. У въ течение этихъ дней колебалась между 800—1600 к. с., d между 1014—1012, количество бѣлка между 3,2—4,8 gr. (4^{го} вб—3^{го} вб). На 5-й день появились и продолжались 2 дня срочный менстхъ. Въ послѣдующіе дни общее состояние больной начало медленно и мало улучшаться, причѣмъ наблюдались довольно частыя временныя ухудшенія, выражающіяся приступами унорныхъ головныхъ болей, тошнотой, иногда судорогами въ икрахъ и обильн^е угнетеніемъ. Діета чисто молочная или съмѣшанная (молоко, яича, кисель, 20 зол. блгаго хлѣба); терапия: ванни и coffen. natio-benzoic, по 0,3 три раза въ день. Въ течение этого времени (около мѣсяца) U колебалось между 1200—1600 к. с., d между 1010—1012, количество бѣлка=5,0—1,5 gr. (4^{го} вб—1^{го} вб). Только черезъ мѣсяцъ наступило болѣе прочное и постоянное улучшение, что совпало съ вторичнымъ увеличеніемъ U (1940—2000 к. с.) и уменьшеніемъ количества бѣлка (2^{го}—1^{го} вб) и форменныхъ элементовъ въ осадкѣ. Въ течение этого времени въ видѣ попытокъ повліять на уменьшеніе альбуминурии была назначена метиленовая снѣ по 0,2 въ обѣдѣ 1 разъ въ день, въ продолженіе 4-хъ дней.

Въ день назначенія снѣ U=1500 к. с., d=1010, бѣлокъ=3,0 gr. (2^{го} вб). На 2-й день U=2000 к. с., d=1007, бѣлокъ=3,0 gr. (1^{го} вб). На 3-й день U=1800 к. с., d=1007, бѣлокъ=3,6 gr. (2^{го} вб). На 4-й день U=2000 к. с., d=1010, бѣлокъ=3,0 gr. (1^{го} вб). На 5-й день U=1800 к. с., d=1007, бѣлокъ=3,6 gr. (2^{го} вб).

Въ день назначенія снѣ цилиндровъ было порадочное количество, на 3-й день ихъ мало, на 5-й очень мало (центрифуга).

Черезъ 43 дня M=ва вышла изъ больницы съ порадочнымъ обильн^е улучшеніемъ, но не вылиг^е оправилась. Назначенную въ послѣдніе 3 дня съмѣшанную діету переноситъ удовлетворительно. Въ день выписки отмечено: размеры сердечной тупости нормальны. Систолическій шумъ остается. R=80 въ 1', правый, лѣвый, хорошаго напора. Селезенка не прощупывается. Остатокъ пѣтъ, суставы не болѣютъ, самочувствіе удовлетворительно. U=2000 к. с., d=1008, бѣлка=3,0 gr. (1^{го} вб), цилиндровъ не найдено.

Вскрышеніе метиленовой снѣ было произведено въ періодъ относительнаго общаго улучшенія, 24-й въ 1 ч. дня, за сутки, истекшей передъ вскрышеніемъ, U=1700 к. с., d=1010, R=кислая, бѣлокъ=3,4 gr. (2^{го} вб). Моча свѣтло-желтаго цвѣта, прозрачна. Въ осадкѣ найдены въ умеренномъ количествѣ зернистые и гиалиновые цилиндры и не много лейкоцитовъ. Суточн. колич. мочевины=15,9, P/O=2,0. Rot. (въ правой луженой)=19.

Выделение метиленовой снѣ

Начало: M. черезъ 1 ч. Maximum: M. — 4 ч.
Chr. — 1/2 ч. Chr. — 4 ч.
Продолжительность выделенія: M. — 94 ч.
Chr. — 96 ч.
Интенсивность общаго maximum'a = 11—1.

Преобладающая форма выделенія M. Кривая выделенія M, Chr и общаго кривая постоянна и классическая, съ слабымъ и продолжительнымъ (64 ч.) обильн^е maximum'омъ.

Наблюденіе № 47.

Клинический эпикризъ: *Helminthiasis (taenia solium); enteritis recidens consecutiva; intoxicatio chronica. Malaria. Accessus reitervati intra annos V. Intoxicatio consecutiva (anaemia universalis, processus degenerativus multivisceralis). Myodegeneratio cordis et insufficientia recidens (dilatatio); hyperlymphism universalis (anasarca, ascites, hydrothorax bilateralis). Nephritis parenchymatosa chronica toxica. Exacerbationes reitervate. Albuminuria, hyperlymphism toxica. Cachexia chronica consecutiva. Pneumonia lobularis acuta terminalis †.*

Albuminuria, culindruria.

Григорій Р.—въ, 37 лѣтъ, поступилъ въ больницу 20-го 1898 г.: отеки, одышка, слабость. Три дня назадъ, по дорогѣ изъ Ташкента въ Сиб., выку-пался въ Каспійскомъ морѣ на слѣдующій день сильная головная боль, рвота, отеки лица и выжились конечностей. Послѣ 3-дневнаго бездѣйствія госпитальн^е рвота и головная боль прекратились, отеки же съ тѣхъ поръ стали постепенно парастать. Три дня назадъ, по прїѣздѣ въ Сиб., замѣтила увеличеніе живота и почувствовалъ одышку.

Патологическое прошлое: въ дѣтствѣ "золотуха" (мокнушка корки на головѣ) и корь, 3 года назадъ довольно частые поносы (безъ крови) и отхождение члениковъ ленточной глисты (послѣдній разъ глисты отходили 1 мѣсяцъ назадъ) и въ теченіе послѣднихъ 5 лѣтъ, со времени переезда изъ Гатчины въ Ташкентъ, повторные приступы малярии, преимущественно весной и осенью. Послѣдній приступъ малярии былъ передъ выѣздомъ изъ Ташкента, дней 15—18 назадъ. Спиртные напитки всегда употреблялъ въ очень небольшомъ количествѣ; указанія на lies отсутствовали.

Уроженецъ Сиб., нѣмецъ. Воспитательнаго дома, родителей не знаетъ. Съ 5 до 18 лѣтъ жилъ въ домѣ пріемныхъ родителей, въ удовлетворительныхъ условіяхъ, съ 18 до 32 лѣтъ жилъ въ Гатчинѣ, заводѣ, заводскихъ немѣ въ городскомъ училищѣ, а послѣдніе 5 лѣтъ жилъ бездомно въ Ташкентѣ, завѣдуя желѣзнодорожной школой. Условія жизни все время вылиг^е удовлетворительными. До переезда въ Ташкентъ и въ первый годъ жизни въ Ташкентѣ чувствовалъ себя здоровымъ, за послѣдніе же 4 года сталъ замѣчать постепенный упадокъ силъ, пониженіе работоспособности, сдѣлакъ раздражительности.

Средняго роста, крѣпкаго сложенія, удовлетворительнаго питания. Значительная блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ; общіе порадочные отеки. На обѣихъ сторонахъ груди поносъ притупленнаго звука и ослабленныхъ дыхательныхъ шумовъ, ширпою въ ладони; выше нѣмого сухихъ и влажныхъ хриповъ. Небольшой камень съ отдѣленіемъ малаго количества слизистой мокроты. R=28. Толщина сердца между 5/6 ребр. на палецъ, наружи отъ соска, правая граница сердца по 1. median, верхняя на 4 ребрѣ. Тоны

сердца чисты, глуховаты. Артерий не уплотнены, Р хорошего наполнения 94 в 1'. Живот немного увеличен в размерах, определяется асцит, верхняя граница которого пальца на 3 ниже пупка. Печень не прощупывается, селезенка прощупывается, выступает при дыхании пальца на 2—3 из-под края ребра, плотная. Стул 3 раза в день жидкий, обильный; в испражнениях найдены яйца ленточных соеиш. Моча красно-желтого цвета, мутна; $U=400$ к. с., $d=1018$, $г$ -кислая, $б/ж$ -окисл.=3,2 г. ($8^{1/2}/_{100}$). В осадке найдены много зернистых, и глянцевых цилиндриков, немного жидкого плоского и цилиндрического эпителия и немного лейкоцитов и эритроцитов. Самоуветное угнетено; небольшая головная боль, порядочный сон. Т 36,8.

Назначены: ванны в 30° один раз в день и молочная диета. Первые 5 дней состояние остается без перемен. У колеблется между 400—500 к. с., количество б/жк между 3,0—4,0 ($7-8^{1/2}/_{100}$), отчетливости кожи несколько увеличилась. На 6-й день назначен diuretin (0,5 три раза в день) и начиная с 8-го дня замечается постепенное увеличение диуреза (800, 1000, 1200, 2000) и уменьшение отеков. Почти все время небольшой понос (3—4 жидких испражнений) и высокая альбуминурия (6—7 $^{1/2}/_{100}$). На 13-й день озноб, приступов лихорадки нет, пупок из-за утраты складчатости до 36,1° при обильном поносе. Через день новый приступ, увеличение отеков; из крови, взятой в этот день, найдены в обилии плазмиды малярий (розетки). Отказан diuretin и назначен хинин по 0,5 два раза в день за 6 и за 4 ч. до начала приступа; прием хинина продолжался 4 дня, причем поносы приступов лихорадки уже не было и увеличивались во время припадков селезенка уменьшалась. На 17-й день усиливается понос (5—6 раз в день) с отхождением порочных кусков гноя и появляется частая тошнота и потеря аппетита. На 21-й день назначено гистоглоинное (extr. et pulv. fil. maris ad 40), носок чего выныла гиста длиной около 4 аршин, с головкой. В течение всего этого времени U колеблется между 1000—1800 к. с., d между 1016—1010, б/жк между 6,0—10,8 г. ($6^{1/2}/_{100}$); число цилиндров и лейкоцитов в осадке меньше, чем в начале. После назначения гиста самочувствие улучшается, прекращается тошнота, уменьшаются поносы, продолжают появляться отеки, уменьшается количество б/жк до 4,0—5,5 г. ($4-5^{1/2}/_{100}$). Назначена сокращенная диета. Первые 4 дня диета переносится хорошо, затем появляется рвота, головная боль, увеличение размеров сердца вправо, и вновь начинают увеличиваться отеки. Назначается молочная диета и г-та сторона по 5 кап. 3 раза в день. Через 3 дня значительно улучшение самочувствия и уменьшение отеков.

На 33-й день большой припадок, был выпущен из больницы. В день выписки отмечено: отеки на лице и туловище, hydrothorax и ascites исчезли; отеки на голенях и стопах еще остаются. Размеры сердца близки к норме; селезенка прощупывается только при глубоком дыхании. $U=1000$ к. с., $d=1012$, б/жк=4,0 г. ($4^{1/2}/_{100}$); в осадке немного зернистых и глянцевых цилиндров. Весь т-ла при поступлении 67,000, при выписке 62,300 гт.

Через 2 месяца (21 октября 1898 г.) Р-в вновь поступил в больницу с явлениями значительного общего упадка сил и питания, при обильных отеках, двухстороннем небольшом hydrothorax и значительной альбуминурии 7,2 г. ($6^{1/2}/_{100}$). Сообщил, при этом, что по выходу из больницы жить в Гатчине, первые 2 недели чувствовал себя удовлетворительно, а затем, после нескольких припадков лихорадки, вновь появились отеки, головная боль, рвота и наступило безсонное состояние, продолжавшееся яко бы около 1 1/2 недели. Был из-за этого судорог не знает; параличных явлений попрежнему не было. В безсонном состоянии был доставлен в Гатчинскую больницу, где пробыл. Боле 4 месяца и выписался только 2 дня назад. В Гатчинской больнице почти все время были обильные отеки, только во время приема пищи уменьшались; часто бывали поносы и изурда рвоты.

Наше дальнейшее наблюдение продолжалось 3 месяца и за это время состояние больного постепенно ухудшалось, главным образом вследствие

быстро и неуклонно прогрессировавшего упадка питания. В остальном, наблюдаясь патологическая явления в различное время были неодинаковы. В первые два месяца наиболее выдающимися симптомами были отеки, частые поносы и постоянная высокая альбуминурия. У в течение этого времени колебалось между 400—1500—2500 к. с.; d между 1017—1012—1008, количество б/жк между 15,0—8,0—3,0 гт. ($8-8^{1/2}/_{100}$). При усилении поносов этот обильно уменьшался, при уменьшении же поносов—увеличивался; уменьшения отеков иногда удавалось достигнуть различными фармацевтическими средствами, из которых наиболее стойкие результаты получались от кофеина. Папы переносили худо: усиливалась общая слабость при ничтожном атрофии пота. Р в течение этого периода колебалось между 60—70 в 1'. К концу 25—18 в 1'. Времени от времени появлялись головная боль, изурда рвоты. Общее настроение больного почти все время угнетенное, очень вялое. Из пищи ничего не ел, лучше всего переносило молоко и уха, из мясных же блюдам большой чувствовал отвращение и переносить их худо: усиливались поносы, появлялась рвота, уменьшалась изурда диуреза. В конце второго месяца наблюдения отмечена слабость зрения, причем офтальмокопическое обследование (М. К. Эрнст) показало наличие неглотки albinism. Во втором периоде наблюдения, продолжавшемся 4 месяца, общий характер болезненных явлений изменился: сами по себе исчезли отеки, увеличилось количество мочи, уменьшилась изурда альбуминурии. У колебалось между 1600—2200 к. с., d между 1007—1005, количество б/жк между 2,5—1,5 гт. ($2-2^{1/2}/_{100}$); изурда лишь удавалось найти цилиндры в осадке. Поносы то прекращались, то вновь усиливались, состояние питания попрежнему крайне нестойкое. Большой силой истощен, очень слаб, крайне неустойчив. Р в начале этого периода несколько усилился в направлении (Rot=22), а затем стал постепенно падать (Rot=18; 12; 10); за 2 недели до смерти т, раннее оставшаяся на низких цифрах (36,5, 36,0 $^{1/2}$), возвысилась до 38,8 $^{1/2}$. Через два дня был определен нейномоничный фокус величиной с яблоко полой ладони. В течение следующей недели т была повышенной (38,5—37,8), а затем установился на 36,5—35,8, с чем совпала высокая прогрессированная слабость деятельности сердца. Отказались морщины и камеш, были очень неустойчивы, фокус нейномонии остался в прежнем положении, отеки отсутствовали, понос незначительный. У до последнего дня колебалось между 1000—800 к. с., d между 1007—1004, количество б/жк между 2,0—1,0 ($1^{1/2}-1^{1/2}/_{100}$) 26 января 1899 г. (через 2 недели от обнаружения нейномонии и через 3 месяца от начала второго наблюдения) Р-в скончался при явлениях быстро развивающегося отека легких.

В течение наблюдения исследование выделение мтигеновой сипи было произведено три раза.

Первое исследование было произведено на 2-й день наблюдения, 22/ви 1898 г. в 11 ч. утра. За сутки истекли передышечные явления. $U=500$ к. с., $d=1018$, $г$ -кислая, б/жк=4,0 ($8^{1/2}/_{100}$). Моча красно-желтого цвета, мутна; в осадке много зернистых и глянцевых цилиндров, немного плоского и цилиндрического эпителия, немного лейкоцитов и эритроцитов. Rot. (из правой ладони)=18. Суточн. колич. мочеиспускания=200, суточн. колич. Rot=1,2.

Выделение мтигеновой сипи:

Начало: М. — 1 1/2 ч. Maximum: М. — 2 ч.
Снг. — 1 1/2 ч. Снг. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 68 ч.
Снг. — 68 ч.

Интенсивность общего maximum=III

Преобладающая форма выделения: равномерное выделение М и Снг.
Кривая выделения: М—постоянная линейная; Снг и общая кривая—

постоянная полициклическая (кроме maximum'a еще 2 момента усиленного выделения: через 22 ч. и через 48 ч.). Продолжительность общего maximum'a = 14 ч.

Второе вырыскивание было произведено на 4-й день при вторичном пребывании в больнице, 25-го 1898 г. (через 3 месяца после первого) в 10 ч. утра. За сутки, истекши перед вырыскиванием, $U = 1400$ к. с., $d = 1010$, g — кислая, кол-во б-лаз = 112 гр. (87‰). Моча светло-желтого цвета, мутноватая; в осадке найдены: порочное количество зернистых и гиалиновых цилиндров и немного лейкоцитов. Rot. (в правой дуге) = 17.

Выделение метиленовой соки:

Начало: М. — $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. — 3 ч.
 Cht. — $\frac{1}{2}$ ч. Cht. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 78 ч.
 Cht. — 86 ч.

Интенсивность общего maximum'a = II—III.

Преобладающая форма выделения: до 60 ч. равномерное выделение М и Cht. после 60 ч. преобладает Cht.

Кривая выделения М, Cht и общая кривая: постоянны циклически. Продолжительность общего maximum'a = 21.

Третье вырыскивание было произведено 4-го 1899 г. (через 5 месяцев после первого, за три недели до смерти) в 12 ч. дня. За сутки, истекши перед вырыскиванием, $U = 2000$ к. с., $d = 1005$, g — кислая, кол-во б-лаз = 2,0 гр. (19‰). Моча светло-желтого цвета, прозрачная; в осадке очень немного зернистых цилиндров и лейкоцитов (центрифуга). Rot. (в правой дуге) = 21. Суточ. кол-во мочевин = 18,0; суточ. кол-во. Раб = 0,6.

Выделение метиленовой соки:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. через $\frac{1}{2}$ ч.
 Cht. — $\frac{1}{2}$ ч. Cht. — 3 ч.

Продолжительность выделения: М. — 88 ч.
 Cht. — 92 ч.

Интенсивность общего maximum'a = II—I.

Преобладающая форма выделения: равномерное выделение М. и Cht. Кривая выделения М, Cht и общая кривая: постоянны циклически. Продолжительность общего maximum'a = 52 ч.

Протокол вскрытия (д-ры Г. С. Кулеша).

Труп истощенного мужчины среднего роста. Кожные покровы бледны, мускулатура атрофична. Вд. околосердечной сумки: незначительное количество светлой серозной жидкости. Размеры сердца: 9,0; 7,0; 0,9. Мышца сердца бурого цвета, дряблая, легко рвется. Полости правого и левого желудочков слегка расширены. Эндокардий, клапаны и внутренняя поверхность аорты без существенных изменений. Легка свободно лежат в полости плевры. Вд. околосердечной сумки: незначительное количество серозной жидкости. Переходная часть верхней части левого легкого уплотнена, в разрезе сфранто-красного цвета, при проби с водой воздуха не содержит. Такой же фокус уплотнения величиной с грецкий орех находится в нижней доли правого легкого. Нижняя доля обоих легких объемиста, полнокровна, сильно отеки. Желудок немного растянут, пуст. Слизистая оболочка его тонка, сфранто-красного цвета, покрыта слизью. На слизистой оболочке толстой кишки, утолщено количество набухших фолликулов; слизистая толстой кишки немного отека, местами омертвела в сфранто-красный цвет. Размеры печени: 22,0; 18,0; 10,0. Поверхность печени ровная, гладкая; ткань печени в разрезе не представляет существенных изменений, консистенция

печени довольно дряблая. Селезенка увеличена; капсула ее морщиниста, ткань плотной консистенции, темно-бурого цвета. Размеры селезенки: 10,0; 7,5; 4,5.

Почки уменьшены в объеме. Размеры правой почки: 9,5; 4,0; 2,0; левая = 11,5 гр. Размеры левой почки: 9,0; 4,2; 1,8; левая = 11,0 гр. Капсула почки снимается с трудом, расширенная. Поверхность почек довольно гладкая, серого цвета, с многочисленными сфранто-желтого цвета вкраплениями, расходящимися пальм на поверхности, так и в толще коры. Корковый слой из объема немого истончен, довольно плотный, парамиды укрепно налиты кровью. Почечная лоханка слегка расширена, слизистая их, равно как слизистая мочеточничков и мочевого пузыря без существенных изменений.

Кости черепа не утолщены; pia mater довольно полнокровна, отека. Вещество мозга нормальной консистенции, влажно, в остальном без существенных изменений.

Микроскопическое исследование.

Почки. При микроскопическом исследовании на срез из уплотненного кусочка замечается довольно высокая степень паренхиматозных изменений эпителия почек и порядочное, но неравномерное развитие соединительной ткани. Мочевые каналы местами тесно прилегают друг к другу, местами раздвинуты, разросшиеся и укрепно инфильтрированной соединительной тканью. Эпителий канальцев днальцев и Гейслера почти боллее частью представляется набухшим, с тупо или совсем неопределенными ядрами, местами выпал в просвет канальца. Просветы канальцев в основном сплюснуты, выполнены эпителиальными клетками с ярко окрашивающимися ядрами; просветы других канальцев выполнены гомогенными массами. Капсулы клубочков всюду окружены разросшимся соединительной тканью; эпителий капсулы местами уплотнен, эпителий набух, с плохо окрашивающимися ядрами. Полость капсулы большей частью сильно расширена. Сосуды клубочков в одних хорошо очерчены, покрыты хорошо окрашивающимся эпителием, в других представляются гомогенно измененными и покрыты небольшим количеством слабоокрашивающегося эпителия. Многие из гомогенно-измененных клубочков уменьшены в размерах, ясно атрофичны. Intima сосудов слегка утолщена. Реакция на амиллоид отрицательная.

При микроскопическом исследовании селезенки замечается довольно значительное развитие соединительной ткани и громадное отложение бурого пигмента в вид мелких зернышек или глобул.

Анатомический диагноз: *Nephritis chr. parenchymatosa et interstitialis atrophica. Gastritis et enteritis chr. Degeneratio parenchymatosa: myocardii, hepatis et renum. Hyperplasia lienis. Hydrothorax sanguinolentus sin. Pneumonia catarrhalis disseminata. Oedema pulmonum et cerebri.*

Наблюдение № 48.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chron.; alimentatio deficiens. — Infectio tuberculosa: pneumonia catarrhalis disseminata; cavernae apices pulmonis dextri. Septicaemia Nephritis chr. diffusa parenchymatosa et interstitialis. Degeneratio myocardii. Insufficiencia cordis. Hyperlymphia (anasarca). †.*

Albuminuria, cylindruria.

Алексей Б.—вз. 53 лет, поступил в больницу 8 июля 1898 г. из сель. общины, отп.

Камнелет охватывает 3-х лет; 1 год назад камень усилился, появились одышка при работе и ходьбе и стала замечаться по временам приливы крови из мокроты. Два месяца назад, после работы на холоду, появилось общее недомогание, усилился кашель, Б—н потерял аппетит и ослаб настолько, что перестал работать. Одновременно с этим появились отеки в лице и на нижних конечностях, в начале небольшие, а в последние 2 недели заметно увеличались. Отеки появляются по 2-й раз: в 1-й раз общее отеки были 4-8 часов, наступили после того как Б—н, работая на льду, провалился в прорубь. После 4-х дней (шаша и молоко) в течение 1 месяца в больнице вновь опрала. В 4-х годах перенесла оспу и 4-х лет 20 назад какое-то продолжительное (около 1 1/2 месяца) хроническое заболевание (брюшной тиф), в остальные годы до последнего пользовалась хорошим здоровьем и полной работоспособностью.

Уроженка Новгородской губернии, происходить из крестьянской семьи, в которой прожила до 18 лет. Отец и мать умерли в преклонном возрасте от неизвестных причин; 2 брата и 1 сестра умерли в детстве. С 13 лет Б—н живет почти беспрестанно в Сиб., до 18 лет работает как ученик-сапожник у дяди, а с 18 лет становится чернорабочим разнообразной профессии (носильщик, домовой пазовщик, каменщик, судорабочий). Условия жизни часто менялись, но в общем неужасны. На 28 году жизни и имеет 3 здоровых детей. Жена болезненная женщина, умерла после 3-х родов, часто кашляла. С 16 до 35-37 лет Б—н часто злоупотребляла алкоголем, в последние же 10-12 лет пить редко и очень мало. На леве указаний нет; занятия со свинцом отрицает.

Среднего роста, удовлетворительного питания, бледен. Общая порочная отчетливо покровов. Кожа суха, шелушится, довольно тонка. Цианотическая окраска губ и рук. Нижняя граница легких малоизменена. У угла левой лопатки определяется притупление перкуторного звука и влажные, субкрепитирующие хрипы. Такие же хрипы под левой лопаткой и в меньшем количестве соответственно правой верхушки. В остальных местах всюду общие сухие хрипы. Небольшое количество систолической мокроты (около 1/2 стакана за сутки), в которой обнаружено немного туберкулезных палочек. Сердце прикрыто толщей его слабый, определяется между 5-6 ребр. на левой сосковой. Артерия левого плеча. Р=90 мм. Р=25 мм. Р=25 мм. Живот не раздут. Стул 1 раз в день, жидкий; при микроскопическом исследовании испражнений найдены мышечная волокна, растительная клетка и распад; яйца глисты и туберкулезных палочек не найдено. Печень и селезенка не прощупываются. Моча желтого цвета, прозрачна. U=1200 к. с., d=1008, г—кислая, белка—следы. В осадке найдены в небольшом количестве глянцевые и мелкозернистые цилиндры и лейкоциты. Т-уротм 57,6°, вечерозж 38,6°. Висс тгла = 63,000 гр.

Назначены: pulv. Doverii, natrj bicarbonici aa 0,2 три раза в день, ванна в 30° и молочная диета. В течение 1-ой недели некоторое улучшение, явившееся исчезновением отеков и увеличением самочувствия. На 2-й неделе молочная диета была заменена сытной и была назначена углекислый кальций, который вскоре принесли облегчение, в виду усиления аппетита. В дальнейшем состояние больного начало быстро ухудшаться — усилился кашель, появились разлитые влажные хрипы под правой лопаткой, стал чаще появляться носов, плохо уступающий терапии (тампонады, теплая клизма). Т-оставалась помешанной (до 38,5°), висс тгла, несмотря на полное исчезновение отеков, быстро падает (52,000; 47,000; 45,000); силы больного заметно уменьшились. У в период исчезновения отеков, (слабость между 1890—2200 к. с. и при 4 колебаниях между 1000—1008 к. с. — есть белка — следы). После исчезновения отеков U=1000—1100 к. с., d=1007—1012, количество белка в урине дни превышало следы. Цилиндры в осадке не исчезли, но вновь были найдены. На 5-й неделе при продолжавшихся поперечном кашле и хрипах вновь появились умеренная отчетливая линия и нижних конечностей. Одновременно с этим значительно участился пульс (до 110) и одышка (до 32),

появилась потеря аппетита и rapid обильный издонок сил. К концу этой недели Б—н в спондиле при явлениях быстро прогрессирующей слабости сердца. За день до смерти U=1000 к. с., d=1015, белка—около 1,0 гр.

Выписывание метиленовой сини было произведено дважды.

Первое выписывание было произведено на 2-й день наблюдения, 9-го в 10 ч. утра. За сутки, истекшей перед выписыванием, U=1500 к. с., г—кислая, d=1006, белка—следы. В осадке (центрифуга) немного лейкоцитов, зернистых и глянцевых цилиндров.

Суточи. колич. мочевины=18,0; суточи. колич. Р=0,9=1,2. Pot=19.

Выписывание метиленовой сини:

Начало: М. через 1/2 ч. Maximum: М. — 2 ч.
 Сиг. Сиг. — 1/2 ч. Сиг. — 3 ч.
 Продолж. вид.: М. — 68 ч.
 Сиг. — 76 ч.
 Интенсивность общего maximum'a = III—II.

Преобладающая форма выделений Сиг. состоит 68 ч. Кривая выделений М, Сиг и общая кривая: постоянны циклические.

Общее колич. мочи за все время выделений=5200 к. с.

Второе выписывание было произведено на 3-й неделе 29-го в 12 ч. дня. За сутки, истекшей перед выписыванием, U=1100 к. с., г—кислая d=1011, белка—следы. В осадке (центрифуга) немного лейкоцитов, цилиндров не найдено. Pot=19.

Выписывание метиленовой сини:

Начало: М. через 1/2 ч. Maximum: М. — 3 ч.
 Сиг. Сиг. — 1/2 ч. Сиг. — 3 ч.
 Продолж. вид.: М. — 64 ч.
 Сиг. — 78 ч.
 Интенсивность общего maximum'a = III.

Кривые выделений М, Сиг и общая кривая: постоянны циклические.

Преобладающая форма Сиг. М выделений все время очень слабо.

Общее колич. мочи за все время выделений=4800 к. с.

Протокол вскрытия (1-й Г. С. Кузнецов).

Среднего роста, бледное, истощенное тело. Кожа лица и нижних конечностей умеренно отечна. Окосеочерная сумка содержит около 1 1/2 столовых ложек серозной, прозрачной жидкости. Размеры сердца: 10,0; 9,0; 1,0. Мышца сердца буровато-красного цвета, довольно дряблая. Эндокардия сердца и клапаны без изменений. На внутренней поверхности аорты находится несколько плотных фибриновых бляшек. Оба легочных в верхних своих отделах сращены с грубой клеткой. Плевра легкого легкого верху предстает значительно утолщенной, фиброзной. Ткань обоих легких уплотнена, особенно в верхних отделах; их; на поверхности разреза часто замечаются разнообразной величины фокусы уплотненной ткани, серого цвета, не содержащей воздуха, отслаивающиеся при давлении тупой лопаткой; поверхность разреза умеренно усеяна просвечивающими серыми бугорками. В верхних долях обоих легких замечаются несколько полостей, неправильных очертаний, величиною с грецкий орех. Бронхиальные железы казеозно перерождены. Гортань и пищевод без заметных изменений. Легочные не раздуты, слизистая его без естественных изменений. Слизистая тонких кишок бледна, отечна, в ее левых отделах находится умеренное количество округлой формы с глянцевой поверхностью, величиной от 2 до 5-сантиметров. На серозной поверхности этого отдела кишок немного спрессованных бугорков. Слизистая толстых ки-

мекъ аспидно-окрашена, отчетна. Размеры печени: 28; 17; 7; поверхность ея ровная, ткань въ разрывѣ уфрѣненной плотноты, полнокровна, имѣетъ ясный рисунокъ мускула. Селезенка слегка увеличена 12,5; 7,5; 4,0. Ткань ея въ разрывѣ блѣдно-краснаго цвѣта, дробна, легко выскабливается.

Почки немного уменьшены въ размерахъ. Размеры правой 10,0; 5,0; 3,0; лѣвой 10,5; 6,0; 3,0. Въсп. правой 132 гр.; въсп. лѣвой 141 гр. Капсула почки спинается частью легка, частью расщепляется. Поверхность почек блѣдно-желтаго цвѣта, неровная, съ вдавленіями. Корка немного утолщена, мѣстами набухшая, истонченнаго цвѣта, уфрѣненной дробноты, съ неяснымъ ступенчатымъ рисункомъ. Паренхимы порочно выкаланы кровью, изъ сосочковъ выдвигается въ обилии мутноватая жидкость. Слизистая локанки, мочеточничковъ и пузыря безъ видимыхъ измѣненій.

Кости черепа нормальны. Рѣз. слегка отчетна. Сосуды основанія мозга уфрѣнено склерозированы; вещество мозга блѣдно, отчетно; въ желудочкахъ уфрѣненное количество сѣтчатой жидкости.

При **микроскопическомъ изслѣдованіи** почекъ замѣчается уфрѣненное отягощенное развитіе соединительной ткани и порядочныя различія паренхиматознаго измѣненія въ эпителіи мочевыхъ канальцевъ и клубочковъ. Мочевые канальцы болѣею частью тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, за исключеніемъ рѣдкихъ мѣстъ, гдѣ они представляются сдавленными разнравнейшей и мелкоклеточно инфильтрированной соединительной тканью. Слой мочевыхъ канальцевъ, лежащихъ непосредственно у поверхности почекъ, нѣсколько истонченъ, и иногда клубочки располагаются непосредственно у капсулы почки. Эпителій какъ развитыхъ канальцевъ, такъ особенно канальцевъ Генлевой петли, представляется всюду набухшимъ, нерѣдко вывалъ въ просвѣтъ канальца. Ядра развитыхъ канальцевъ болѣею частью хорошо окрашены, рѣже мутно и въ отдѣльныхъ клеткахъ, совсѣмъ не красятся; послѣднее значительно чаще наблюдается среди эпителіа канальцевъ Генлевой петли. Въ просвѣтъ канальцевъ, нерѣдко расширенныхъ, замѣчаются довольно часто: мелкозернистый распадъ, иногда клетки выпавшаго эпителіа и нѣрѣдка гомогенная масса. Капсулы клубочковъ не утолщены. Эпителій капсулы мѣстами сохраняется, иногда представляется набухшимъ, съ плохо окрашенными ядрами; капсульное пространство слегка увеличено, въ немъ иногда замѣчаются мелкозернистый распадъ и клетки отпавшаго эпителіа. Канальцы клубочка хорошо очерчены; ядра нуклеарнозое ихъ значаща довольно обильно и болѣею частью хорошо окрашены. Intima сосудовъ почки уфрѣненно утолщена.

На расширившемся препаратѣ изъ сѣтей почки эпителіи какъ развитыхъ, такъ и канальцевъ Генлевой петли представляется уфрѣнено набухшимъ, иногда съ мутнымъ, какъ бы затуманеннымъ ядромъ, происходящимъ послѣ обработки укусовой кислотой; въ нѣкоторыхъ клеткахъ ядра совсѣмъ не видно; протоплазма ихъ мутна, содержитъ мѣлкія и рѣже болѣе крупныя зернышки, нерѣдко исчезающія при обработкѣ 1%, растворомъ укусовой кислоты, которая при обработкѣ нуклеома, а осѣвшею кислотой красится въ чернѣйшій цвѣтъ. Тѣ же измѣненія иногда замѣчаются и среди клетокъ эпителіа капсулы. Ядра эпителіа клубочка болѣею частью хорошо выражены, ясны.

Анатомическій діагнозъ: *Pneumonia chrs. tuberculosa catarrhalis et cavernosa dupl. Nephritis parenchymatosa et interstitialis chrs. atrophica. Endoarteritis chrs. circumscripta. Degeneratio parenchymatosa renum, hepatis et myocardii. Oedema cerebri. Anasarca.*

V-ая группа состоитъ изъ наблюдений надъ 10 лицами, заболѣваніе которыхъ протекало при наличности признаковъ разстройства функций почекъ, развившихся вълѣдствіе обостренія хроническаго паренхиматознаго (диффузнаго) нефрита.

Въ клиническомъ отношеніи эта группа больныхъ представляетъ собой серію хрониковъ, болѣею частью съ сложнымъ патологическимъ прошлымъ, характерною особенностью котораго являются отмѣченныя у всѣхъ указанія на повторные припадки общихъ отековъ вмѣстѣ съ другими патологическими явленіями (разстройство мочеотдѣленія, одышка, поносъ и т. п.), обычно сопутствующими хроническимъ паренхиматознымъ измѣненіямъ почечной ткани. Время обнаруженія перваго припадка отековъ и число послѣдующихъ припадковъ у различныхъ больныхъ было неодинаково: у 5 лицъ (набл. № 39, 40, 42, 43 и 46) первые отеки обнаруживаются за нѣсколько лѣтъ назадъ (8—5—2 г.) и появляются повторно отъ 3 до 6 разъ, у 4-хъ больныхъ (набл. № 41, 44, 45 и 48) первые отеки появляются лишь за нѣскольکو мѣсяцевъ (8—4) до начала нашего наблюденія, повторяются 1—2 раза, и наконецъ въ 1 случаѣ (набл. № 47) отеки впервые обнаруживаются за нѣсколько недѣль до начала наблюденія, но повторяются затѣмъ неоднократно въ теченіе нашего продолжительнаго (около 5 мѣсяцевъ) наблюденія.

Неодинакова также и предположительная ближайшая этиологія какъ перваго, такъ и послѣдующихъ водянистыхъ припадковъ: у нѣкоторыхъ (какъ, напримѣръ, въ набл. № 43, 45 и 47) въ качествѣ ближайшаго этиологическаго момента можно было заподозрить возможность токсическихъ вліяній изъ кишечника *), у другихъ (какъ, напримѣръ, въ наблюденияхъ № 42 и № 48) появленіе отековъ совпадаетъ, повидному, съ острой или хронической инфекціей, поражающей дыхательные пути; въ 2-хъ случаяхъ (набл. № 39 и № 40) отеки впервые обнаруживаются въ теченіе беременности. При обсужденіи этиологіи заболѣваній приходится считатьъ, во-первыхъ, съ тѣмъ, что у большинства пациентовъ этой группы патологическое прошлое довольно богато указаніями на инфекціонныя заболѣванія (какъ, напр., корь, брюшной тифъ, роза, тифъ, малярія), перенесенныя раньше; во-вторыхъ, съ тѣмъ, что у многихъ отмѣчена хроническая алкогольная интоксикація и что почти у всѣхъ отмѣченъ тѣ или иные недочеты со стороны условіи жизни, питания и

*) Въ этомъ отношеніи особенно выдѣляется наблюдение № 43, гдѣ каждому припадку отековъ всегда предшествовали разстройства со стороны кишечника (поносы).

работы, среди которых особенно часты указания на привычное или острое охлаждение тела. Повидимому, в результате этих сложных патологических влияний у всех пациентов этой группы развивается воспалительный хронический процесс почечной ткани, очевидно различной интенсивности и неодинаково стойкой компенсации. Так, например, в наблюдениях № 39 и № 46 процесс развивается, вероятно, медленно, в течение многих лет, дает редкие обострения и в промежутках, судя по хорошему самочувствию больных, представляется достаточно компенсированным, у других (набл. №№ 40, 42 и 43) при медленном развитии процесса замечается особенная склонность к повторным обострениям и в промежутках компенсация видимо неполная (головные боли, носы, понижение работоспособности), в 2-х случаях (набл. № 44 и № 45, процесс, начавшись недавно, повидимому отличался большей интенсивностью, чем у других, и весьма стойкой компенсацией, и в 1 случае (набл. № 47) процесс сразу же обозначился значительной интенсивностью и склонностью к быстрому прогрессу.

Подъ наше наблюдение большая часть пациентов этой группы поступила в период обострения хронического процесса в почках и патологические явления, которыми оно выразилось, у большинства представили значительное сходство.

У всех наблюдались явления *общей водянки*, причем в 3-х случаях (набл. №№ 43, 44 и 47), кроме общих отеков покровов, наблюдались признаки скопления жидкости в полостях плевры и брюшины, в 5 случаях (набл. №№ 39, 40, 41, 42 и 48) отмечены только отеки конечностей и в 2-х случаях только небольшая отечность кожи лица и нижних конечностей. У всех наблюдались ясно выраженные явления расстройства функции почек, распределявшиеся у различных лишь следующим образом: в 6 случаях (№№ 39, 41, 43, 44, 47 и 48) наблюдались уменьшение суточного количества мочи, высокой удельной вяз, альбуминурия, присутствие в осадке цилиндров, лейкоцитов и иногда клеток почечного эпителия; в остальных 4-х случаях наблюдалась та же комбинация признаков, но при близких к норм. суточному количеству мочи и удельной вяз. Среди этих аномалий почечной функции наиболь-

шей стойкостью отличалась альбуминурия, причем у 6 больных (набл. №№ 39, 42, 43, 44, 45 и 47) она отмечена довольно высокой [$8-4\%$ ($7.5-3.2$ gr. pro die)], в 3-х случаях (набл. №№ 40, 41 и 46)—умеренной [$4-2\%$ ($2.8-2.0$ gr. pro die)] и в 1 случае (набл. № 10)—незначительной (следы). Весьма вероятно, что у всех указанных выше явления расстройства функции почек зависели главным образом от активного восстановительного процесса в почках, у некоторых же, как, напр., в наблюдении № 41, к активному процессу примешивалось вероятно влияние стойкой гиперемии почек.

Почти у всех больных этой группы наблюдались признаки нарушения функции *желудка и кишечника*, у многих занимавшие довольно видное место в клинической картине заболевания. Патологические явления со стороны желудка у большинства выразились уменьшением или полной потерей аппетита, у некоторых (набл. №№ 40, 43, 44, 45 и особенно 47) отмечены в начале или в течение наблюдения повторные рвоты и в 1 случае (набл. № 46) упорная тошнота. Расстройства функции кишечника, в виде более или менее сильного поноса, наблюдались у 7 лиц этой группы (набл. №№ 40, 42, 43, 44, 45, 47 и 48). У одних (набл. №№ 42, 43, 45 и отчасти 47) они обнаружались в самом начале заболевания, развивались, вероятно, на почве активного процесса в кишечнике и весьма вероятно имели ближайшее отношение к этиологии заболевания, играя роль патологического момента, способствовавшего, путем токсических влияний из кишечника, развитию обострения воспалительного процесса в почках; у других (набл. №№ 40, 44, 47 и отчасти 43 и 45) поносы наблюдались в течение заболевания, развивались, вероятно, на почве аутоинтоксикации организма, наступившей вследствие недостаточности функции почек, и весьма вероятно играли роль средства, назначенного для компенсации этой недостаточности. За такое происхождение поносов в этих случаях говорить между прочим по обстоятельству, что у тех же лиц одновременно с поносами наблюдались патологические явления со стороны других органов (головные боли, судороги, рвоты) в той комбинации, какая обычно наблюдается у больных с острой или хронической аутоинтоксикацией почечного происхо-

деня. Отмѣтимъ также, что непосредственные признаки расстройства функций почекъ, какъ альбинурия, цилиндрурия и т. п., отличались у этихъ больныхъ особенной стойкостью, и что улучшение общего состоянія наступило у нихъ медленно и было мало устойчиво.

Патологическія явленія со стороны *аппарата кровообращенія*, отмѣченныя у нѣкоторыхъ больныхъ этой группы, выражались главнымъ образомъ измѣненіями состоянія периферическихъ артерій и рѣже признаками нарушения функции сердца. Именно, у 5 лицъ (набл. № 39, 40, 42, 44 и 45) отмѣчены явленія периферического артерioskлероза, развившагося въ относительно раннемъ возрастѣ, вѣроятно, въслѣдствіе сложныхъ патологическихъ вліяній, среди которыхъ хроническая алкогольная интоксикація, перенесенныя ранѣе инфекции и аутоинтоксикація въслѣдствіе повторныхъ расстройствъ функции почекъ занимали, повидимому, наиболѣе видное мѣсто. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (набл. № 42) одновременно съ артерioskлерозомъ наблюдались признаки гипертрофіи сердца и небольшого повышения артеріальнаго давления ($Pot = 21$), въ 2-хъ случаяхъ (набл. № 39 и № 45) только повышение артеріальнаго давления ($Pot = 21 - 27$). Признаки расстройства функций сердца у двухъ пациентовъ этой группы (набл. № 41 и № 45) выразились явленіями уреженной брадикардіи ($P = 55 - 60$) и въ одномъ случаѣ (набл. № 47) повторными признаками недостаточности сердца, развившимися, вѣроятно, въслѣдствіе сердечной міодегенерации (выскртіе) сложнаго происхожденія (хроническая малярийная инфекция, аутоинтоксикація почечнаго происхожденія).

Расстройства со стороны *аппарата дыханія* у большинства лицъ этой группы выразились уреженной одышкой, сопутствовавшей чаще всего явленіямъ сухого разлитого бронхита, а въ 2 случаяхъ (набл. № 41 и № 48) пневмоническимъ явленіямъ (катаральная пневмония въ набл. № 41 и туберкулезъ легкихъ въ набл. № 48). Въ одномъ случаѣ (набл. № 45) наблюдалась рѣзко выраженная субэквивалентная одышка (ощущеніе недостатка воздуха при глубокомъ, но неучащенномъ дыханіи), вѣроятно, центральнаго происхожденія, въслѣдствіе аутоинтоксикаціи отъ недостаточной функции почекъ. Напоминаемъ, что у этого больного одновременно съ одышкой наблюдались и другіе токсические симптомы со стороны нервной системы

(головокруженія, головныя боли, рвота, судороги), довольно легко уступившіе терапіи (молочный режимъ, ванны, сопровождавшіеся обильнымъ потомъ).

Патологическія явленія со стороны *нервной системы* наблюдались въ общемъ довольно часто. У большинства они выразились угнетеніемъ самочувствія и головными болями (особенно въ набл. № 8 и № 9), у нѣкоторыхъ кромѣ этого наблюдались судороги въ мышцахъ рукъ или ногъ (набл. №№ 4, 6, 7 и 8); въ одномъ случаѣ (набл. № 9) расстройство зрѣнія (neuritis optica) и въ одномъ случаѣ (набл. № 1) въ началѣ наблюденія отмѣчены признаки общихъ судорогъ, сопровождавшіеся потерей сознанія и длительнымъ (почти 3 дня) послѣдовательнымъ коматознымъ состояніемъ. Указанные симптомы со стороны нервной системы, очевидно, явились въ результатѣ острыхъ или хроническихъ токсическихъ вліяній расстройства функции почекъ, т.-е. какъ симптомы такъ называемой уреміи. Въ пользу этого предположенія говорить то обстоятельство, что перечисленные явленія наблюдались чаще всего въ тѣхъ случаяхъ этой группы, гдѣ признаки расстройства функции почекъ отличались особенной стойкостью и гдѣ вся клиническая картина заболѣванія выражалась въ болѣе тяжелой формѣ.

Что касается *теченія* заболѣванія, то изъ 10 больныхъ этой группы у 3-хъ (набл. №№ 39, 42, 41) оно отличалось относительно легкимъ характеромъ и сопровождалось значительнымъ улучшеніемъ, достигнутымъ въ короткий срокъ (черезъ 15—23 дня), у 5-ти (набл. №№ 40, 43, 44, 45 и 46) теченіе заболѣванія отличалось болѣе тяжелымъ характеромъ и позднѣе (черезъ 43—61 день) наступившимъ общимъ улучшеніемъ и у 2-хъ (набл. № 47 и № 48) заболѣваніе закончилось смертью.

Характерною особенностью, отмѣченною въ теченіе заболѣванія у всѣхъ лицъ этой группы, является *стойкость альбинурии* оставшейся на довольно высокихъ цифрахъ, вплоть до конца наблюденія, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заболѣваніе протекало относительно легко и гдѣ быстро наступало значительное улучшение общего состоянія. Въ случаяхъ съ болѣе тяжелымъ теченіемъ наблюдалась та же стойкость нѣкоторыхъ другихъ патологическихъ явленій, причемъ у однихъ, какъ, наприм., въ набл. №№ 40, 45, 46 и 47,

упорно все держались симптомы со стороны нервной системы (головная боль, угнетение самочувствия, судороги), у других, как, наприм., в набл. № 42, 43, 46, отчасти 47, особенным упорством отличался являлся со стороны кишечника (поносы).

Другая особенностъ, наблюдавшаяся главнымъ образомъ у лицъ съ болѣе тяжелымъ теченіемъ заболѣванія, заключалась въ *малой устойчивости* достигнутого больными *общаго равновѣсія*, благодаря чему въ теченіе наблюденія общее состояніе этихъ больныхъ постоянно обнаруживало колебанія, то въ сторону ухудшенія, то въ сторону улучшенія. Толчкомъ, нарушавшимъ установившееся равновѣсіе чаще всего являлся переходъ отъ молочнаго режима къ мясному. Въ этомъ отношеніи особенно демонстративно наблюденіе № 45, гдѣ при молочномъ режимѣ и теплыхъ ваннахъ больной вскорѣ получалъ значительное общее улучшеніе всѣхъ симптомовъ заболѣванія и гдѣ назначеніе мясной діеты тотчасъ же отразилось общимъ ухудшеніемъ состоянія; интересно, что та же мясная діета переносилась больнымъ хорошо, когда одновременно съ нею были вновь назначены теплыя ванны, всегда вызывавшія у него обильный потъ. Подобное же явленіе наблюдалось въ случаѣ № 42, гдѣ худо выносившаяся мясная діета переносилась хорошо послѣ того какъ больному были назначены кофеинъ, приемы котораго сопровождалсь повышеніемъ діуреза. Очевидно, что въ обоихъ случаяхъ уменьшенный объемъ функциональной способности почекъ, удовлетворявшій требованіямъ организма при молочномъ режимѣ, былъ недостаточенъ для тѣхъ же требованій при мясной діетѣ и что обильный потъ въ первомъ случаѣ и повышенный діурезъ во второмъ компенсировали этотъ недостатокъ. Черезъ которое время, при немого улучшившейся функціи почекъ, тѣ же больные переносили мясную діету хорошо безъ терапевтическаго вмешательства, вѣроятно, благодаря тому, что къ этому времени организмъ нашелъ въ себѣ средства тѣмъ или инымъ путемъ компенсировать дефекты функціи почекъ.

Ту же неустойчивость мы наблюдали и въ случаѣ № 46, гдѣ обостреніе процесса въ почкахъ, вѣроятно, было вызвано припадкомъ острого полиартрита и гдѣ кромѣ общаго истощенія имѣлись признаки хроническаго эндокардита двустворчатого клапана.

Еще въ болѣе рѣзкой формѣ явленіе это было выражено у

больного Р — (набл. № 47), котораго мы наблюдали въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, почти отъ начала до конца заболѣванія. Въ этомъ случаѣ воспалительный процессъ въ почкахъ, развившійся, вѣроятно, на почвѣ сложныхъ патологическихъ вліяній (глистно-кишечная интоксикація, хроническая маларіальная инфекция), протекалъ крайне тяжело, при обиліи токсическихъ симптомовъ и неуклонно прогрессировавшемъ общемъ упадкѣ питанія.

Здѣсь равновѣсіе было нарушено сразу и настолько сильно, что лишь изрѣдка, прижизненіемъ различныхъ терапевтическихъ средствъ и пищевого режима, удавалось получить на время улучшеніе общаго состоянія, быстро сдвигавшагося новымъ ухудшеніемъ, какъ только больного предоставляли своимъ собственнымъ силамъ. При вскрытіи у этого больного были обнаружены явленія глубокаго паренхиматознаго нефрита съ незначительными интерстиціальными измѣненіями и порядочной атрофіей паренхимы; въ другихъ органахъ были найдены измѣненія, указывавшія на значительныя дегенеративныя и атрофическія измѣненія ихъ. Очевидно, что и въ этомъ случаѣ тяжесть теченія и крайняя нестойкость равновѣсія обусловливались не только глубиной процесса и тяжестью нарушенія функціи почекъ, но главнымъ образомъ неблагоприятной комбинаціей этихъ измѣненій со слабостью другихъ органовъ, оказавшихся неспособными компенсировать функциональные недостатки дѣятельности почекъ.

Другую интересную клиническую особенностъ этого случая представляетъ наблюдавшаяся въ немъ разница въ комбинаціи патологическихъ явленій въ началѣ и въ концѣ наблюденія. Въ началѣ эта комбинація вполне отвѣчала типу паренхиматознаго нефрита (отеки, высокой удѣлы. въ мочи, большая альбуминурія), въ концѣ же наблюденія общія клиническая картина соответствовала типу интерстиціального (отсутствіе отековъ, малый удѣлы. въ мочи, небольшая альбуминурія). Могло получиться впечатлѣніе кажущагося улучшенія состоянія, тогда какъ въ дѣйствительности измѣнялся только внѣшній видъ больного, сущность же страданія, — недостаточная функція почекъ и недостаточная компенсація ея — оставалась въ прежней силѣ: упадокъ питанія и симптомы хронической аутоинтоксикаціи продолжали прогрессировать.

Другой случай этой группы, гдѣ наблюденіе также было про-

вѣрно секцией, въ клиническомъ отношеніи выдающагося интереса не представляетъ. Хроническій процессъ въ почкахъ, развившійся у этого больного, вѣроятно главнымъ образомъ на почвѣ хронической туберкулезной инфекции, и клинически, и патолого-анатомически былъ выраженъ въ слабой степени; на первомъ планѣ стояли явленія распространеннаго туберкулезнаго процесса (въ легкихъ, въ железахъ, въ кишечникѣ) и отчасти явленія упадка дѣятельности сердца. При наличии повторныхъ общихъ отековъ и довольно тяжеломъ общемъ состояніи (вѣроятная септическая инфекция, упадокъ питанія, сердечная слабость) мы не наблюдали у этого больного явленій, которыя указывали бы на недостаточность функций почекъ.

Исследование выделения метиленовой сини у 5 больныхъ этой группы (набл. №№ 39, 41, 43, 44 и 46) было произведено по 1 разу, въ началѣ наблюденія; у остальныхъ 5 повторно, въ различные періоды наблюденія. Результаты исследования выразились слѣдующимъ образомъ: у всѣхъ выделение М. С. совершалось съ отклоненіями отъ нормальнаго типа выделенія, въ общемъ довольно сходными. Среди этихъ отклоненій чаще всего отмѣнены уменьшеніе общаго maximum'a (III—II—I) и умѣренное увеличеніе продолжительности выделенія (76—82—96 ч.), у большинства находившееся въ извѣстномъ отношеніи другъ къ другу—при слабомъ maximum'ѣ наблюдалась большая продолжительность выделенія, при болѣе сильномъ maximum'ѣ—меньшая. Небольшое уменьшеніе общаго maximum'a (III—II) и незначительное увеличеніе продолжительности выделенія М. С. наблюдались въ 4 случаяхъ (набл. №№ 39, 40, 41 и 48). Среди нихъ въ двухъ случаяхъ (набл. № 39 и № 41) признаки расстройства функций почекъ были выражены въ умѣренной степени и течение заболевания отличалось относительно легкимъ характеромъ; въ одномъ случаѣ (набл. № 48), повѣренномъ вскрытіемъ, клинические признаки расстройства функций почекъ были выражены въ слабой степени и патологическія измѣненія въ почкахъ оказались небольшими (умѣренные паренхиматозныя и незначительныя интерстиціальныя измѣненія) и 1 случай (набл. № 40) былъ отнесенъ нами, при общемъ обзорѣ, къ серіи случаевъ болѣе тяжелаго теченія. Прямые признаки расстройства функций почекъ

(альбуминурия, количество мочи и т. п.) были выражены у этой больной въ умѣренной степени, общія же явленія въ началѣ были тяжелыя (припадки уремии), а въ дальѣйшемъ обнаруживали постоянную склонность къ колебаніямъ; у этой же больной число припадковъ повторныхъ отековъ въ прошлое оказалось наибольшимъ. Возможно, что эта комбинація патологическихъ явленій зависѣла отъ далеко уже зашедшаго процесса въ почкахъ, но еще болѣе вѣроятно, что въ этомъ случаѣ процессъ въ почкахъ былъ невеликъ, но развился у субъекта со слабой организаціей и особенно повышенной возбудимостью нервной системы. Напомнимъ, что при исследованіи больной отмѣчена женщиной слабого тѣлосложенія, что въ клинической картинѣ ея заболевания нервные симптомы преобладаютъ и что беременность сопровождалась у нея припадками эклампсін. Исследование выделения М. С. у этой больной было произведено дважды (въ началѣ и въ концѣ наблюденія) и оба раза дало почти одинаковыя цифры. Болѣе значительное уменьшеніе общаго maximum'a (II—I) и болѣе увеличеніе продолжительности выделенія М. С. (82—96 ч.) наблюдались у остальныхъ 6 больныхъ этой группы (набл. №№ 42, 43, 44, 45, 46 и 47). Въ клиническомъ отношеніи одинъ изъ нихъ (набл. № 42) отмѣченъ нами какъ случай легкаго теченія, но съ довольно высокой альбуминуріей въ началѣ [5%₁₀₀ (7,0 gr. pro die)] и сравнительно медленно возстановившимся общимъ равновѣсіемъ; остальные случаи отмѣчены выше, какъ болѣе тяжелыя, съ рѣзче выраженной картиной недостаточности или функціи почекъ, или средствъ для компенсаціи ея. Среди нихъ отмѣтимъ наблюденіе № 47, гдѣ въ теченіе продолжительнаго наблюденія исследование выделения М. С. было произведено трижды: въ началѣ, черезъ 3 и черезъ 5 мѣсяцевъ отъ начала наблюденія. Въ началѣ уменьшеніе общаго maximum'a и увеличеніе продолжительности были незначительны (max.—III, продолжит.—68 ч.), при второмъ исследованіи эти отношенія выражались рѣзче (max.—II—III; продолжит.—86 ч.), а при третьемъ еще сильнѣе (max.—II; продолжит.—92 ч.). Въ клиническомъ отношеніи случай этотъ отличался наиболѣе тяжелымъ теченіемъ, закончившимся смертью больного при явленіяхъ глубокаго упадка питанія и сердечной слабости, развившейся подъ вліяніемъ острой

неймонической инфекции. Признаки недостаточности как функции почек, так и средств для компенсации ее, у этого больного были выражены в наиболее отчетливой форме, вскрытие же обнаружило хронический паренхиматозный нефрит с небольшими интерстициальными изменениями и умеренной атрофией паренхимы. Среди других отклонений от нормального типа выделения М. С. укажем на медленное понижение общего maximum'a, отбеченное у некоторых больных этой группы (набл. № 40, 45, 46 и 47), чаще всего у лиц с уменьшенным общим maximum'ом и увеличенной продолжительностью выделения.

Отметим наконец, что мы только в одном случае (наблюд. № 45) наблюдали несколько позднее начало выделения М и Phg, которое признавалось многими авторами как один из наиболее вѣрных признаков расстройства функций почек.

Итак, наши наблюдения над выделением М. С. у больных разбраемой группы можно резюмировать следующим образом:

У больных с явлениями хронического страдания почек, типа хронического паренхиматозного нефрита, наблюдаются уменьшение общего maximum'a и увеличение продолжительности выделения М. С., причем у большинства обн аномалии были выражены такъ сильно, что въ тяжесть было течение заболевания.

Группа VI.

„Хронический интерстициальный (атрофический) нефрит“.

Наблюдение № 49.

Клинический анамнез: *Status degenerativus hereditarius. Hypoplasia arterialis. — Intoxicatio alcoholica chronica exquisita. Intoxicatio chronica saturnina. Endarteritis chronica diffusa. Atrophia renalis, nephritis interstitialis chronica. Autointoxicatio continua. Hypertrophia ventr. sin. cordis. Gastritis chronica. Epistaxis. Anæmia consecutiva. Degeneratio parenchymatosa renum, hepatis, myocardii. Insufficiencia cordis. Hyperlymphia universalis moderata. Asthenia cordis sub autointoxicacione. †. Albuminuria cylindruria.*

Алексей П. — в. 27 лѣтъ, поступилъ въ клинику 26 января 1901 г.: головная боль, потеря аппетита, общій упадокъ силъ.

Чувствуетъ себя нездоровымъ около 2-хъ мѣсяцевъ безъ видимой причины появились упорная головная боль (затылокъ, виски), сталъ слабѣе аппетитъ, появилась тошнота, изрѣдка бывала рвота (слизью или приватой пищей) и судороги въ икрахъ.

Въ теченіе послѣдняго мѣсяца явленія эти усилились, время отъ времени стали появляться носовыя кровоточенія, постепенно развились одышка, слабость зрѣнія и значительный упадокъ силъ и 6-ой вѣрвые замѣтилъ небольшую отеочность стопъ и лица. Въ послѣдніе 8—10 дней лѣчился амбулаторно (молочная діета, теплыя ванны), но безуспѣшно. Не работаетъ около 2-хъ недѣль.

Патологическое прошлое: начиная съ ранняго дѣтства злоупотребленіе алкоголемъ (на 4—6 году родителн заставляли пить водку и уже въ дѣтствѣ неоднократно испытываетъ состояніе опьяненія), съ 17-лѣтняго возраста почти ежедневно выпиваетъ 1—2 бутылки водки и рѣдкій вечеръ не пьетъ. Съ этого же возраста поступаетъ приказчикомъ въ москательную лавку, гдѣ постоянно приходится имѣть дѣло съ свинцовыми красками (свинцовая бѣлiza, сурикъ) и черезъ 4 года, 6 лѣтъ назадъ, поступаетъ въ Георіевскую общину съ симптомами свинцовой колики (боль въ животѣ, запоръ, рвота, судороги въ ногахъ), откуда выписывается черезъ 1 мѣсяцъ, чувствуя себя здоровымъ. Черезъ 1 годъ повтореніе тѣхъ же симптомовъ, причемъ, по совѣту товарищей по лавкѣ, П. — выпиваетъ, въ дѣлахъ лѣченія, около 5—6 бутылокъ водки, послѣ чего впадаетъ въ безсознательное состояніе и, пощеніемъ хозяиномъ въ Обуховскую 6—цу, только черезъ 6 дней приходитъ въ себя. Изъ 6—ца выходитъ слабымъ и направляется только послѣ мѣсячнаго пребыванія на роднѣ, въ деревнѣ.

Три года назадъ новый приступъ свинцовой колики и пребываніе въ Обуховской 6—цѣ около 1½ мѣсяца. Съ тѣхъ поръ лишь изрѣдка испытываетъ непродолжительныя боли въ животѣ, сопровождавшіяся запорами, которые скоро проходили при амбулаторномъ лѣченіи. До

ежедневно в умеренном количестве. У колеблется между 800—60 к. с., d между 1008—1012, б/юкты=4,0—4,8 гт., цилиндры в осадке немного. Через 7 дней (конец 2-й недели наблюдения) состояние ухудшается: при продолжающихся носовых кровотечениях появляются почти ежедневные рвоты, полная потеря аппетита, бессонница и глубокая апатия. Р начинает учащаться (84, 90, 100 в 1'), Pot.=23—21. Отменяются лавны и назначены kali jodatum (1,0 gr. pro die) и Боржо (1 1/2—2 стакана в день). Ухудшение состояния продолжает быстро прогрессировать. Продолжаются рвоты и головные боли, усиливаются носовые кровотечения и одышка, появляются влажные хрипы в нижних отделах груди. У колеблется между 900—600 к. с., d между 1012—1010, б/юкты=2,5—3,0 гт. Р мягче,=105—112 в 1', R=25—28; появляется цианотическая окраска губ и конечностей. В/сь падает (54,900), t° колеблется между 36,3—35,8°.

Назначены: inf. digitalis e 0,3—90,0, сухих бабки на грудь, 1,0 patri bromati на ночь. Положение больного становится крайне тяжелым: он жалуется на недостаток воздуха, не может лежать, то возбужден, то совершенно безмощен в напрасных попытках найти для себя удобное положение. На седьмой день (22 дни наблюдения) развивается бред и медленно наступает смерть при явлении отека легких.

Выскакивание метиленовой сини было произведено 10/II в 11 ч. утра. За сутки, истекшие перед выскакиванием U=900 к. с. (d=1008, r—кислая, б/юкты 2,5 гт. Моча светло-желтого цвета, прозрачная; в осадке—немного зернистых и гиалиновых цилиндров, немного лейкоцитов и клеток плоского эпителия. Pot.=24.

Выделение метиленовой сини:

М.—3 ч. (слабо) Maximum: М.—5 ч. (очень слабый)
Начало: Chr.—1 1/2 (слабо) Chr.—5 ч. (очень слабый)
М.—120 ч.
Продолж. вид.: Chr.—120 "

Интенсивность общего maximum'a—I—слабо.

Преобладающая форма выделения: довольно равномерное, но очень слабое выделение М и Chr.

Кривая выделения М, Chr и общая кривая: постоянным циклическим, с низкоточным maximum'ом, продолжительность которого около 110 ч.

Протокол вскрытия (д-р Е. Н. Жалалов-Делакроа). Труп не особенно истощенного мужчины среднего роста и телосложения. Кожа бледная; небольшой отек на стопах. На спине не особенно

обильная светло-багрового цвета трупная пятна. Брюшная полость содержит несколько капель прозрачной серозной жидкости; брюшина блестящая. Сальники атрофичны и закручены вверх. Правая грудная полость содержит около 200 к. с. слегка окрашенной кровью серозной жидкости, а сердечная сумка—не более 40 куб. сант. светло-желтого цвета серозной жидкости. Правое легкое свободно, нижняя доля легкого легкого срощена с реберной плеврой. Легкие объемисты, значительно эмфизематозны, особенно верхняя доля. Ткань сильно отекает, довольно полнокровна, содержит во всех долях, особенно в правой нижней и в нижней части левой верхней доли, много спайных лобулярных глыбок, светло-красного цвета, но оторванные с этих частей куски плавают в воде. Сердце сильно увеличено; длина 11,0, ширина 14,0 сант.; водная проба на обеих сторонах дает положительный результат; очень сильная гипертрофия лѐвого и довольно большая правого желудочка с расширением обоих; тол. лѐв. желудочка 3,5, а правого 0,6 сант.; перикард и клапаны совершенно нормальны; эндокард лѐвого желудочка немного утолщен. Небольшое свѐдѐе атероматозное перерождение аорты, которая сравнительно узка; окружность ее на высоте клапанов 6,6 сант., а брюшной части 5,0 сант.; правый желудочек и особенно предсердие наполнены плотными фибриновыми сгустками. Мышцы сердца мутно сѐро-бурые цвета с фибриновыми бляшками на разрывах, плотной консистенции. Слизистая оболочка глотки и входа в гортань отекает, довольно гиперемизирована. Слизистая оболочка дыхательных путей скорее малокровная, покрыта обильным гнилостным выделением. Селезенка едва увеличена: длина 10,0, ширина 7,0, толщина 2,8 сант.; вѐсь 610 гт.; капсула напряжена, значительно утолщена; ткань темновинного цвета, полнокровна. Трахея немного утолщена; Малигмозные глыбки не выступают. Печень немного утолщена; общая ширина 26,5, длина правой доли 18,5, а лѐвой 16,0, толщина правой доли 8,8, а лѐвой 6,4 сант.; капсула напряжена, представляет вблизи переднего края небольшие вздѐчатые утолщения; поверхность гладкая; капсула местами утолщена; ткань застойная на мутно-желто-сѐрого цвета фонѐ. Долки совсем неслѐо ограничены; яснаго развития соединительной ткани глаза не замѐтно; консистенция очень дряблая. Желчный пузырь содержит около 40 к. с. темно-бурого цвета довольно жидкой желчи.

Почки сравнительно узкие: правая: длина 11,5, ширина 5,0, толщина 3,0 сант., вѐсь 113 гт.; лѐвая: длина 11,6, ширина 6,0, толщина 3,0 сант., вѐсь 119 гт. Капсулы довольно трудно снимаются; поверхности не совсем гладки. Кортикальный слой сильно утончен, местами не толще 1 мм. Ткань застойная, на мутно-сѐром фонѐ. Пирамиды неслѐо ограничены. Мочевой пузырь значительно растянут, содержит около 100 к. с. почти бесцветной, помутневшей мочи. Слизистая оболочка блестящая, малокровна; стѐнки пузыря не утолщены.

Желудок растянут, хотя содержит довольно порядочные складки. Слизистая оболочка застойная на мутно сѐром фонѐ. Слизистая обо-

лочки кишечника изменений не представлять. Поджелудочная железа нормальна. Брыжечные железы не увеличены. Череп тяжелый, хотя несли утолщен, содержит сравнительно мало костного мозга; швы совершенно срослись. Форма черепа широкая; продольный диаметр 18,4, а поперечный 15,4 сант. Внутренняя поверхность черепных костей представляет углубления против Пахионовых гранулаций; кроetz того в лобной части находятся обильные углубления. Твердая оболочка свободна, ясно утолщена, довольно напряжена. Мягкая оболочка на поверхности мозга не особенно отечна, слегка помутнена; кровеносные сосуды на поверхности мозга слабо наполнены кровью. Извилины на поверхности мозга, особенно на высотъ темныхъ областей, значительно сдавлены, а борозды между ними сглажены. Въ заднихъ черепныхъ ямахъ собралось большое количество серозной прозрачной жидкости. Черепные пазухи содержат довольно длинные фибриновые сгустки и немного жидкой крови. Мягкая оболочка на основании мозга втянута, артерия, особенно правая сонная, представляют небольшое атероматозное перерождение. Боковые желудочки, особенно задние рога, ясно расширены, переполнены совершенно прозрачной бесцветной жидкостью; вещество мозга нормальной консистенции, бегает на разрывахъ, которые весьма малокровны; корковый слой тоже анемичный. Сосуды стеления также малокровны. Пятый желудочекъ ясно расширенъ. Центры сразу вещества на основании мозга также малокровны и помутнены, но гистичныхъ заболеваний нигдѣ въ мозгу не найдено.

Микроскопическое изслѣдованіе почекъ показало: значительное развитіе соединительной ткани, уменьшеніе паренхиматознаго уменьшенія эпителиа мочевыхъ канальцевъ, атрофическое состояніе клубочковъ и склерозъ сосудовъ почекъ. Корковый слой почекъ значительно истонченъ (въ которые клубочки помѣщаются непосредственно подъ капсулой). Мочевые канальцы корки всюду окружены сильно разросшеюся соединительной тканью, довольно часто инфильтрированной круглоклеточными элементами. Просвѣтъ извитыхъ мочевыхъ канальцевъ всюду суженъ, нѣстами совершенно уничтоженъ; просвѣтъ канальцевъ Гензельской петли нѣсколько расширенъ. Эпителий извитыхъ канальцевъ и Гензельской петли умѣренно набухъ, нѣстами вывалъ въ просвѣтъ канальца, нѣстами пролиферируетъ; ядра эпителиа довольно часто плохо окрасились или совсѣмъ не восприняли окраски. Въ просвѣтъ нѣкоторыхъ канальцевъ находятся гомогенныя массы, вывалившія эпителий и мелкозернистый распадъ. Клубочки болѣею частью уменьшены въ размерахъ. Капсула ихъ рѣдко утолщена; эпителий капсулы уплощенъ, довольно часто вывалъ; капсульное пространство не растянуто. Сосудистая петля клубочка болѣею частью представляется въ формѣ гомогенной массы, покрытой небольшимъ количествомъ ядеръ. Нѣкоторые клубочки сохранились довольно хорошо. Intima артерій почекъ значительно утолщена. Реакція на амилонъ отрицательная.

Анатомическій діагнозъ: *Intoxicatio saturnina et alcoholica chronica. Atheromatosis aortae et arteriarum cerebraliun. Nephri-*

tis chronica interstitialis atrophica. Emphysema pulmonum. Hypertrophia maxima cordis, praecipue ventriculi sin. Hepar hypertrophicum, hypostaticum, cirrhoticum. Gastritis chronica. Brachycephalus. Sclerosis cranii et cerebri. Anaemia cerebri. Oedema pulmonum et cerebri. Hydropericardium. Hydrothorax dexter sanguinolentus. Anasarca non magna.

Наблюденіе № 50.

Клиническій эпикризъ: *Intoxicatio alcoholica chr. moderata. Nephritis interstitialis chron. Atrophia renalis. Hypertrophia ventr. sin. cordis. Autointoxicatio chr. consecutiva Intolerantia alcohol. et aliment. Gastritis chron. Autointoxicatio acuta (uraemia) gravis. Epistaxis recidens. Anaemia. Insufficiencia cordis: hyperlymphia universalis moderata. Asthenia cordis. Status comatosus. †.*

Albuminuria, cylindruria.

Василій Р.—въ, 33 лѣтъ, поступилъ въ 6—цу 12 апрѣля 1898 г.: рвота, головная боль, общій упадокъ силъ.

По словамъ больного, первыя болѣзненные явленія обнаружались около 4-хъ мѣсяцевъ назадъ болѣя въ подложечной области и неприятными отрыжками, наступавшими скорѣе послѣ приема пищи. Боли то усиливались, то временно проходили и иногда сопровождалась умѣреннымъ поносомъ и головными болями. Мѣсяцъ назадъ боли въ подложечной области значительно усилились, появилась тошнота и рвота, частыя носовыя кровотечения, головокруженія и общій упадокъ силъ. Одновременно съ этимъ Р.—въ замѣтилъ отечность лица и ногъ, которая скоро прошла послѣ приема какихъ-то порошковъ. Были 1 разъ судороги въ ногахъ. За послѣднія двѣ недѣли рвоты и носовыя кровотечения почти ежедневны; рвотъ обыкновенно скорѣе послѣ їды и нѣтъ (черезъ 1—1½ часа), иногда по утрамъ, на пустой желудокъ. Въ рвотныхъ массахъ часто замѣчалъ остатки пищи, иногда слизь; кровавыхъ или темно-окрашенныхъ рвотъ не было. Въ теченіе болѣзни значительно похудѣлъ и ослабѣлъ; не работаетъ около 3-хъ недѣль.

Патологическое промѣло: въ дѣствѣхъ коръ и осца, на 12-мъ году скариатина. Сопровождалась въ послѣднія отеками не помнитъ. На лues, malariâ и заплати со сннгомъ нѣтъ указаний. Отхожденія гнѣтъ не замѣчаютъ. Годъ 4 назадъ нѣтъ ургетри. Снпргные напикти уногребляетъ съ 20-ти лѣтъ, но рѣдко и немного. Снпргные за послѣдніе годы скоро хмѣлѣтъ („унивалса“) даже отъ малыхъ количествъ (3—4 ринки). Условія помѣщенія и питанія удовлетворительны. До 21 года жилъ въ деревнѣ, а со времени отбыванія воинской повинности живетъ въ СПб., занимается писмоводствомъ. Происходитъ изъ здоровой семьи; указаній на патологическую наслѣдственность нѣтъ.

Среднего роста, хорошего сложения, порядочно истощен. Незначительная отечность кожи голеней и ягодиц. Со стороны легких никаких изменений не замечается. Точечки сердца между 5—6 ребр., на пальцы кнаружи от соска, довольно распространенны. Верхняя граница сердца на 4-м ребре, правая по lin. med. sterni. левая совпадает с толчком. В стоячем положении, у верхушки, при первом толчке слышен шум, исчезающий в лежачем положении; во остальных местах тоны чисты. Артерии слегка уплотнены; Р—80 в 1', довольно напряженный (твердый). Pot.=25. Аппетит плохой; язык uniformly обложен, суховат, порочная жажда. Подложечная область живота слегка взвута, чувствительна к давлению у правого подреберья; ничего ненормального прощупать не удается. После обѣда (через 1 1/2 ч.) и накануне вечером была небольшая рвота. В рвотной массе найдены остатки принятой пищи (кусочки хлеба и мяса); а сь фильтратом сь получена положительная реакция на молочную кислоту и отрицательная на свободную HCl. Желудочный сок, добытый на следующий день, через 3/4 часа после пробного завтрака (20 зоз. белого хлеба и 1 стаканчик чаю), также дал положительную реакцию на молочную кислоту и отрицательную на свободную HCl. Емкость желудка 1400 к. с. Печень и селезенка не прощупываются. Стул, в течение 2-х последних дней задержан. Моча светлая, прозрачная: U=100 к. с., d=1009, б/шка=0,55 (1/2%/оо). Вь осадке найдено небольшое количество лейкоцитов; цилиндры не найдено. Настроение немного возбужденное; плохой сон, небольшая головная боль.

Назначены: легкая смешанная диета и коденн (по 0,015 три раза вь день). Состояние больного не улучшается, рвота и головные боли продолжаютсѣ. U колеблется между 1000 — 1200 к. с., d между 1005 — 1007, б/шка между 1,0 — слѣды; цилиндры вь осадке не найдены. Р=76—80 вь 1', остается поныне, твердый. Pot.=24—16; R=16—18 вь 1'. Дыханіе глубокое, шумное; жалуются на одышку. Настроение больного измѣнило: онъ то возбужден, суетлив, то апатичен и совершенно безучастен ко всему окружающему.

На 4-й день назначены ванны вь 32°, два раза вь день, и молочная диета. После ванн отдаление мочи ниточное, головные боли усиливаются, вновь появляются носовая кровоточивка, продолжаютсѣ рвоты. На 7-й день назначается corium oxalic. 0,2 + coffen. natrio—benzoic. 0,2 + pulv. opii 0,01 три раза вь день. Улучшения нѣтъ; рвота появляется при всякой попытке сьѣсть или выпить что-нибудь. На 9-й день назначены инъекциі морфия (по 0,006 одинъ разъ вь день) и произведено подкожное впрыскивание pilocarpini murici (0,006) безъ замѣтнаго эффекта—отдаление мочи ниточное, общее состояние безъ переменъ. U вь течение этихъ дней колебалось между 900 — 600 к. с., d между 1007—1008, б/шка между 0,6—1,2 гр. (1—2%/оо), вь осадке (центрифуга) найдены вь небольшомъ количествѣ короткіе зернистые цилиндры; мѣтки мочи попрежнему светло-желтыя. Вь слѣдующіе три дня состояние быстро ухудшается: прогрессивно падаетъ артериальное давленіе (Pot.=18; 15; 12), развивается бредъ (зритель-

ныя и слуховыя галлюцинаціи), и на 12-й день при явленияхъ глубокой комы наступаютъ смерть.

Впрыскивание метиловой сини было произведено на 4-й день, 16/гч вь 10 ч. утра. За сутки, истекшія передъ впрыскиваніемъ, U=1300 к. с., d=1007, г—висала, б/шка = 0,98 (3/4%/оо). Цѣтъ мочи светло-желтой; отрицательная реакція на сахаръ и желчные пигменты. Вь осадкѣ найдены вь небольшомъ количествѣ лейкоциты; цилиндры не найдено. Стул, калы, мочевины=16,5; стул, калы. P₂O₅=0,84 Pot. (правая лучевая)=24.

Выдѣленіе метиловой сини:

Начало: М. черезъ 3 ч. (слаб.). Maximum: М. — 7 ч.
 Продолж. вид.: Chr. > 1 1/2 > (слаб.). Chr. — 7 >
 Chr. — 115 ч.
 Chr. — 96 >
 Интенсивность общаго maximum'a—I—слаб.

Преобладающая форма выдѣленія М; Chr все время выдѣлялся слабо и выдѣленіе его закончилось ранѣе выдѣленія М.

Кривыя выдѣленія М, Chr и общія кривыя: постоянныя циклическія; начинающіяся 7 ч. до 90 ч. Интенсивность окраски мочи для М, для Chr и для М+Chr почти не мѣнялась. Продолжительность общаго maximum'a=83 ч. Общее количество мочи за все время выдѣленія=5300 к. с.

Протоколъ вскрытія (х-р Г. С. Кузеша). Хорошаго сложения, блѣдное, плохого питанія, тѣло. Кожа суха, истончена, на нижнихъ конечностяхъ слабо-отечна. Вь полости околосердечной сумки содержится около 2-х столовыхъ ложекъ светлой, прозрачной жидкости. Размѣры сердца: 11,5; 11,0; 2,0. Стѣнки лѣваго желудочка порядочно гипертрофированы; мышца сердца блѣдно-краснаго цвѣта, довольно плотна. Клапаны сердца, эндокардіи и внутренней поверхности аорты безъ видимыхъ измѣненій. Легкія соотвѣстственно верхнимъ долямъ срослись съ грудной клеткой. Ткань легкихъ вь разрѣзѣ представляется всюду uniformly отечной, вь нижнихъ отдѣлахъ довольно полнокровной. Вь нижней доль лѣваго легкаго находится узелъ, сѣро-краснаго цвѣта, величина доль легкаго. Желудокъ порядочно растянутъ, слизистая его истончена, у дна произведена довольно многоточечными точечными кровоизліяніями. Слизистая тонкая и тоистая кишка блѣдна, слегка отечна вь нижнихъ отдѣлахъ. Печень и селезенка нормальныхъ размѣровъ, ткань ихъ вь разрѣзѣ безъ рѣзкихъ измѣненій.

Обѣ почки уменьшены вь размѣрахъ. Размѣръ правой—9,5; 4,0; 2,0; вѣсъ—105,0 гр.; размѣры лѣвой—9,0; 4,0; 2,0; вѣсъ—95,0 гр. Капсула

почекъ спинается съ трудомъ, расщепляясь; поверхность почекъ зернистая, неровная, цвѣтъ блѣдно-красный. Корковый слой значительно истонченъ, сѣро-краснаго цвѣта, плотной консистенціи. Пирамидки мѣстами почти доходятъ до поверхности почекъ, утѣренно налиты кровью. Въ правой почкѣ находится многокамерная полость, величиной съ малую сливу, наполненная свѣтло серозной жидкостью. Долянки утѣренно раздуты, слизистая ихъ блѣдна, истончена. Изъ сосочковъ выдавливается немого мутной жидкости. Мочеточники, мочевой пузырь и предстательная железа никакихъ существенныхъ измѣненій не представляютъ.

Кости черепа правильной строенія; мягкая оболочка мозга, равно какъ вещество его утѣренно отеки; полости желудочковъ мозга содержатъ немного прозрачной жидкости.

При микроскопическомъ изслѣдованіи почекъ замѣчается весьма значительное развитіе соединительной ткани, при утѣренныхъ дегенеративныхъ измѣненіяхъ эпителия мочевыхъ канальцевъ, при значительно выраженной атрофії клубочковъ и склерозѣ сосудовъ. Мочевые канальцы корки всюду раздвинуты, часто сдавлены до полного уничтоженія просвѣта ихъ обильно разросшейся междуточной соединительной тканью. Нередко встречаются мѣста, гдѣ почти все поле зрѣнія сплошь занято разросшейся соединительной тканью, часто обильно инфильтрированной мелкоклеточными элементами. Въ утѣвленныхъ извитыхъ мочевыхъ канальцахъ эпителий представляется утѣренно набухшимъ; а его болѣею частью хорошо окрасились, рѣже плохо или совсемъ не поспринали окраски, что чаще наблюдается среди эпителия канальцевъ Гейслера пети. Въ нѣкоторыхъ извитыхъ канальцахъ замѣчается обильная пролиферация эпителия. Изрѣдка въ просвѣтѣ мочевыхъ канальцевъ замѣчаются гомогенныя массы, иногда эритроциты, круглоклеточные элементы и кѣтки выпавшаго эпителия. Среди разросшейся соединительной ткани встречаются новообразованные мочевые канальцы. Количество паренхимы почекъ представляется значительно уменьшеннымъ—клубочки нередко располагаются почти у самой капсулы почекъ. Капсулы клубочковъ рѣзко утолщены; эпителий капсулы мѣстами сохранился, мѣстами выпалъ, въ нѣкоторыхъ клубочкахъ пролиферируетъ. Капилляры клубочковъ иногда сохранили свои нормальныя очертанія, чаще же представляются утолщенными, какъ бы плазмино-перерожденными, сплошь или въ отдѣльныхъ петляхъ. Количество ядеръ покрывающаго клубочекъ эпителия всюду замѣтно уменьшено, иногда они совершенно отсутствуютъ, причемъ такой клубочекъ представляется рѣзко уменьшеннымъ въ размерахъ и сплошь выхоженъ безформенной гомогенной массой. Истинна сосудовъ почекъ представляется значительно утолщенной, просвѣтъ ихъ замѣтно суженъ. Капилляры мочевыхъ канальцевъ пограничнаго слоя раздуты и наполнены красными кровяными шариками. Реакція на амилоидъ отрицательная.

Анатомическій діагнозъ: *Nephritis interstitialis chr. atrophica. Hypertrophica ventr. sin. cordis. Gastritis chr. atrophica. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Pleuritis adhaesiva super. dupl. Atrophica cutis. Pneumonia catarrhalis infer. post. sin. Oedema pulmonum et cerebri. Anaemia et atrophica universalis.*

Наблюденіе № 51.

Клиническій эпикризъ. *Refrigeratio habitualis. Nephritis chronica interstitialis et parenchymatosa. Atrophica renalis. Autointoxicatio chronica. Hypertrophica ventr. sin. et myodegeneratio cordis. Hyperlymphia universalis (anasarca). Autointoxicatio acuta. Status comatosus, asthenia cordis, oedema pulmonum et cerebri. f.*

Polymuria, albuminuria, cylindruria.

Евдокія М—ва, 26 лѣтъ, поступила въ 6—цу 25 августа 1898 г.: отеки и общая слабость.

Сообщаетъ слѣдующія свѣдѣнія о своемъ заботѣваніи и прошломъ: три года назадъ вступила въ число послушницъ одного изъ провинціальныхъ женскихъ монастырей, гдѣ принуждена была работать въ прачечной, благодаря чему часто ложилась спать и рано утромъ отправлялась на церковную службу въ мокромъ, немощномъ блѣднѣ и албѣ. Пробывъ въ монастырѣ около 3-хъ мѣсяцевъ, почувствовала одышку общее недомоганіе и боли въ поясницѣ, къ которымъ вскорѣ присоединились общіе отеки. Лѣчилась тогда въ 6—цѣ того же монастыря и пролежала тамъ около 7-ми мѣсяцевъ, почувствовала отеки, частыхъ головныхъ болей и судорогъ въ ногахъ. Отеки черезъ 3 мѣсяца прошли, но головныя боли и общая слабость оставались почти до выхода изъ 6-цы. Хорошо помнитъ, что во время пребыванія въ 6—цѣ моча ее очень долгое время была красная, кровавистая. По выходѣ изъ 6-цы и монастыря въ теченіе слѣдующихъ двухъ лѣтъ чувствовала себя въ общемъ довольно сносно. Отековъ до настоящаго времени не было, и лишь изрѣдка появлялись головныя боли, боли въ подложечной области и поносы. Однако работать попрежнему уже не могла, силы ея вновь въ невосстановились, наступившая послѣ болѣзни бѣдность не проходила.

Настоящее ухудшеніе появилось 1 мѣсяцъ назадъ; вновь показались отеки въ лицѣ и въ ногахъ, появились упорныя головныя боли и стала развиваться общая слабость.

Уроженка Крестнаго уѣзда Новгородской губ., гдѣ прожила первые 18 лѣтъ безмятежно. Съ 18 до 23 лѣтъ въ СПб. служила горничной, затѣмъ около 1 года прожила въ Кіевской губ. въ монастырѣ, а послѣдніе 2 года опять на родинѣ, занимаясь домашнимъ хозяйствомъ. Присоходитъ изъ крестьянской семьи, всѣ члены которой пользуются хорошимъ здоровьемъ и живы. Отсутствіе указаній на лues и каки-

либо ними серьезные заболевания в прошлом. Menstrua—на 16-м году, правильны, близки к нбт, не рожала.

Хорошего сложения, порядочного питания, блѣднѣ. Кожа лица и нижних конечностей порядочно отека. Немного сухая, разсыпавшихся ввиду хрипов при дыханіи. Толчок сердца между 5—6 ребр., на палец кнаружи от лѣваго соска, хорошо прощупывается. Правая граница сердца по 1. med. sterni. Тоны сердца чисты. Правильнаго ритма, 60—70 в 1. Pot. = 25; артерій матки. Печень и селезенка не прощупываются. Аппетит сохраненъ. Отравленія кишечника правильны. Небольшая головная боль, преимущественно въ вискахъ. Зрѣніе не нарушено, совѣ. хорошій. Глазное дно безъ измѣненій (М. Эрвротъ). U = 3200 к. с., d = 1010, r—кислая, бѣлая = 4,8 gr. К. Эрвротъ). U = 3200 к. с., d = 1010, r—кислая, бѣлая = 4,8 gr. (1/2⁹/₁₀₀). Моча почти безвѣднѣ, прозрачная; въ осадкѣ найдено незначительное количество гліалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ и ничтожное количество лейкоцитовъ; реакція на сахаръ отрицательная.

Назначены: ванны въ 30° два раза въ день и молочная діета. Быстрое улучшение—черезъ 4 дня отеки прошли совершенно, размеры сердца уменьшились (толчокъ сталъ определяться на сосковой), головныя боли прошли. U колебалось между 3000—1500 к. с., при d = 1007—1010. Количество бѣлка въ началѣ нѣсколько увеличилось [до 8,0 (4⁹/₁₀₀)], затѣмъ уменьшилось и вскорѣ дошло до сѣдновъ; цилиндры въ осадкѣ скоро исчезли. Самочувствіе больной и общій видъ ея были настолько удовлетворительны, что серьезные опасенія насчетъ ея ближайшаго будущаго она не внушала. Однако съ назначеніемъ болѣе легкой мясной діеты (на 2-ой недѣлѣ наблюденія) состояніе ея нѣсколько ухудшилось—появилась небольшая субъективная одышка, и увеличилось колич. бѣлка въ мочѣ до 4,0 (2⁹/₁₀₀), что впрочемъ, скоро исчезло, послѣ того какъ вновь была назначена молочная пища.

Состояніе хорошаго самочувствія въ общемъ продолжалось около 2 1/2 недѣль, послѣ чего, несмотря на то что ни въ лѣченіи, ни въ діетѣ никакихъ переменъ не было произведено, начали появляться головныя боли, то судороги въ ногахъ, то туманъ боли въ лѣвой полуслѣпной области. Съ назначеніемъ слабительныхъ (infus. senae) состояніе нѣсколько ухудшилось, но не надолго. U попрежнему оставалось довольно значительно (1500—2000 к. с.), количество бѣлка то нежно увеличивалось (4,0—1,5 gr. (2⁹/₁₀₀)), то опять понижалось до сѣдновъ. В—ная вскорѣ сдѣлалась вялой, апатичной, утратила аппетитъ. На 18-й день наблюденія у нея вновь появилась отечность лица и голени, и была 2 раза рвота при сильной головной боли; съ этого дня головныя боли были ежедневны, рвота то прекращалась, то вновь появлялась. На 22-й день наступило состояніе спячки, появилась небольшая одышка (R = 25—30), и съ этого дня стало постоянно падать напряженіе пульса (Pot. = 19, 17, 14). U = 1500 к. с. На 23-й день одышка усилилась и 6—ная вялая въ состояніи комы, U = 1000 к. с., а на 24-й день 6—ная скончалась при язвахъ продолжавшейся комы и отека легкихъ.

Вырискиваніе метилевоу сими было произведено на 7-й день наблюденія (периодъ улучшенія), 1 лх въ 11 ч. ут. За сутки, истекшія передъ вырискиваніемъ, U = 2500 к. с., d = 1008, r—кислая, количество бѣлка = 1,25 gr. (1 1/2⁹/₁₀₀). Моча свѣтло-желтой окраски, прозрачна. Въ осадкѣ найдено: очень немного зернистыхъ и гліалиновыхъ цилиндровъ, лейкоцитовъ и кѣтокъ ядовитого извѣстія. Суточ. колич. мочевины = 20,3, суточ. колич. P₂O₅ = 1,2. Pot. (правая лѣвая) = = 27.

Выдѣленіе метилевоу сими:

Начало: M. черезъ 1 1/2 ч. (сѣдн.). Maximum: M. — 5 ч.
Chr. " 1 1/2 " (сѣдн.). Chr. — 5 "
Продолж. выд.: M. — 116 ч.
Chr. — 78 "
Интенсивность общаго maximum'a = I—сѣдн.

Преобладающая форма выдѣленія M; выдѣленіе Chr продолжалось только 78 ч.

Кривая выдѣленія M и Chr: постоянныя полициклическія (интенсивность окраски мочи для M и Chr то усиливалась, то уменьшалась); обща кривая выдѣленія постоянна циклическая, съ небольшимъ, но очень продолжительнымъ maximum'омъ (98 ч.).

Общее количество мочи за все время выдѣленія = 8800 к. с.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Кузеша). Средняго роста, порядочнаго питания, блѣдное тѣло. Кожа нижнихъ конечностей и лица слегка отека. Въ полости, околосердечной сумки содержится немного серозной свѣтлой жидкости. Размеры сердца: 11,0; 9,0; 1,0. Мышца сердца блѣдно-краснаго цвѣта, довольно плотна. Клапаны сердца, эндокардіи и внутренняя поверхность аорты измѣненій не представляютъ. Оба легка свободно лежатъ въ полостяхъ плевры. Ткань ихъ въ разрѣзѣ умеренно отека, въ нижнихъ отделахъ значительно гиповолемна, всюду проходима для воздуха. Исцѣдотъ нормальныхъ разрывовъ, санитиза его у дна иронизала небольшимъ количествомъ точечныхъ кровоизліяній. Слизистая тонкихъ кишекъ блѣдна, въ нижнихъ отделахъ слегка отека; санитиза толстой кишки мѣстами аспидно-сѣраго цвѣта, также отека. Размеры печени и селезенки не увеличены. Ткань печени въ разрѣзѣ блѣдно-желтаго цвѣта, тусклаго блеска, умеренно дряблѣ. Ткань селезенки блѣдно-краснаго цвѣта, легко выскабливается.

Обѣ почки значительно уменьшены въ размерахъ, особенно лѣвая. Размеры правой: 8,5; 5,0; 1,5; вѣсъ 110,0 гр.; размеры лѣвой: 5,0; 3,5; 1,0; вѣсъ 30,0 гр. Капсулы обѣихъ почек снимаются съ трудомъ, расщепляются. Поверхность правой почки ровная, зернистая, съ мелкими кистами, цвѣтъ ея блѣдно-сѣрый. Корковый слой затѣмъ уменьшенъ въ размѣрѣ, значительной плотности, блѣденъ. Пирамидки

всегда в умеренном количестве. Женат. съ 26 лѣтъ, дѣтей и выкидышей у жены не было.

Средняго роста, сильно истощенный мужчина. Кожа очень тонка, суха; подкожная жировая клетчатка и мускулатура также атрофичны. Границы легких понижены, подвижны; при дыханіи выслушиваются въ незначительномъ количествѣ всюду разсѣанные сухіе хрипы. R=20. Сердце прикрыто; сердечный толчекъ не опредѣляется. Тоны сердца глухи, чисты. Артерій умеренной плотности; Р правнлаго ритма, порядочнаго наполненія, 84 въ 1'. Rot. (правая лучевая)=18. Животъ не раздутъ, чувствителенъ къ давленію въ области pylori, гдѣ ничего патологическаго прощупать не удается. Исследование рвотныхъ массъ (повторное въ теченіе наблюденія) дало слѣдующіе результаты: присутствіе зеренъ крахмала и растительныхъ клетчатъ и клѣтокъ плоскаго эпителія въ плотныхъ частяхъ и слѣды свободной HCl въ фильтратѣ. Пріміси крови не обнаружено. Стулъ 1 разъ въ день, кашлеобразной консистенціи и нормальной окраски. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, прозрачна. U=1200 к. с., d=1008, г—слабо-кислая, бѣлая—слѣды. Въ осадкѣ видны форменныхъ элементовъ не обнаружено. Языкъ сухой, умеренно обложенъ. Жажда, значительно пониженный аппетитъ. Слухъ на правое ухо пониженъ; жалуются на постоянный шумъ въ этомъ ухѣ. Зрѣніе сохранено. При изслѣдованіи глазнаго дна (М. К. Эрротъ) обнаружены задняя стадіама и сірвоатая окраска соска. Настроеніе нѣсколько подавленное; безсонницъ головная боль.

Назначены: легкая смѣшанная діета и *natrii bicarbonici* 0,3+cofeini 0,01+cofeini *patro-benzoici* 0,2 три порошка въ день. Въ первыя 2 недѣли небольшое улучшеніе, выразившееся уменьшеніемъ головныхъ болей и менѣе частой рвоты. Начиная съ третьей недѣли положеніе больного начинаетъ прогрессивно ухудшаться: рвоты становятся чаще, полная потеря аппетита, усиливаются головныя боли и общій упадокъ силъ. Время отъ времени появляются поносы, довольно часто ощущение онемѣнія въ пальцахъ рукъ и судороги въ икрахъ. Постепенно ощущение сухости во рту, часто жажда. У все время колеблется въ предѣлахъ между 1000—1700 к. с., при d=1010—1005. Вязкость въ мочѣ то появляется въ количествѣ слѣдовъ, то исчезаетъ совсѣмъ на 2—3 дня. Цилиндровъ въ осадкѣ ни разу не обнаружено.

Кромѣ вышеуказанной терапіи примѣнялись: ваннъ въ 30° (нервнослабымъ худо, совсѣмъ не потѣлъ), *serum oxalicum*, oilъ, нѣсколько разъ промыванія желудка (временное облегченіе) и нарѣдка впрыскиванія морфія. Діета то легкая смѣшанная, то молочная (рѣже) не оказывала замѣтнаго вліянія на состояніе больного.

Къ концу 2-го мѣсяца наблюденія В—въ, дошедшій къ этому времени до крайней степени истощенія (вѣсъ 32.700 гр.) сталъ лихорадить (1° утромъ 37,5°, вечеромъ 38,0—39,0°). На третій день новышенія 1° отмѣченны въ умеренномъ количествѣ мелкіе влажные хрипы слѣва, сзади, внизу. Рвоты ежедневно, совершенно отяжелеваетъ отъ їды. На 6-й день лихорадки (57-й день наблюденія) явля-

ніа упадка дѣятельности сердца: слабый, частый пульсъ (120), надежныя артеріальнаго давленія (Rot.=10) и къ вечеру того же дня смерти при явленіяхъ медленно развивавшейся агоніи.

За все время наблюденія отку совершенно отсутствовали. У въ послѣдніе дни колебалось между 800—700 к. с., количество бѣлка немного увеличилось (1—2/4/100).

Впрыскиваніе метиленовой сини было произведено на 12-й день наблюденія (8/г) въ 10 ч. утра. За сутки, истекшія передъ впрыскиваніемъ, U=1000 к. с., d=1010, г—кислая, бѣлая—слѣды. Въ осадкѣ (центрифуга) найдено незначительное количество клѣтокъ плоскаго эпителія и немного лейкоцитовъ. Цилиндровъ не найдено.

Суточн. колич. мочевины=15,6; суточн. колич. P₂O₅=0,6; Rot. (правая лучевая)=18.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 2 ч. Maximum: М. —6 ч.
Chr. > 1 > Chr.—6 >
М. —122 ч.
Продолж. выд.: Chr.—80 >

Интенсивность общаго maximum'a=1. Кривыя выдѣленія М. Chr и общаа кривая: постепенныя полициклическія (4 момента болѣе сильнаго выдѣленія: на 6, 22, 34 и 49 ч.), причемъ полицикличесность была рѣзче выражена со стороны кривой Chr.

Преобладающая форма выдѣленія: до 80 ч. М. и Chr, послѣ 80 ч. только М. Общее количество мочи за все время выдѣленія=5800 к. с.

Примѣчаніе: въ теченіе 2 и 3 дня выдѣленія метиленовой сини моча бѣлая не содержала. На 2-й день выдѣленія была рвота и при изслѣдованіи рвотныхъ массъ ни М, ни Chr въ нихъ не обнаружено.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Г. С. Кулеша). Трупъ очень истощеннаго мужчины. Кожа очень тонка, въ разрѣзѣ толщиной въ пшеничный листъ. Отековъ нѣтъ. Полость перикардіа содержитъ немного свѣтлой жидкости. Размѣры сердца: 9,0; 7,5; 0,8. Мышца сердца въ разрѣзѣ желтоватаго цвѣта съ бурнымъ отѣкомъ, драблѣй консистенціи. Клапаны, эндокардія и внутренняя поверхность аорты безъ измѣненій. Верхушка праваго легкаго срослена съ грудной клѣткой; въ остальномъ легеры свободны, пусты. Въ нижней доль лѣваго легкаго, въ заднемъ отдѣлѣ, замѣчается узелъ величиной съ голубиное яйцо, красно-сіраго цвѣта, съ мелко-зернистымъ видомъ. Желудокъ немного увеличенъ въ размѣрахъ; слизистая оболочка его атрофирована, сіро-розоваго цвѣта, местами пропитана точечными кровоизліяніями. Слизистая тонкихъ и толстыхъ кишечъ также атрофична, въ нижнихъ отдѣлахъ умеренно отека. Печень нормальной консистенціи, въ разрѣзѣ имѣетъ нѣсколько ступенчатый рисунокъ. Размѣры ея: 20,0; 10,0; 5,0. Селезенка безъ существенныхъ измѣненій.

Почки представляются значительно уменьшенными. Капсула почечек снимается, расщепляется. Поверхность почечек мелкозернистая, обычно устья различной величины кистами, наполненными светлой жидкостью. В лѣвой почкѣ находится одна киста величиной съ большую вишню. Корка толщиной около $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ с., очень плоская, со слабо-выраженным рисунком; пирамиды укрѣплено наполнены кровью. Дохлаки растений, слизистая ихъ, равно какъ слизистая мочевого пузыря и мочеточниковъ, не представляютъ никакихъ измѣненій. Размеры почечекъ: правой—10,0; 5,0; 3,0; лѣвой—9,5; 5,0; 2,5. Вѣсъ правой почки—120,0 гр., лѣвой—105,0 гр.

Кости черепа безъ существенныхъ измѣненій; мягкая оболочка мозга назита кровью, отечна. Вещество мозга нормальной консистенции, укрѣплено отечна.

При микроскопическомъ изслѣдованіи почечекъ найдено: порядочное развитіе соединительной ткани, укрѣпленія дегенеративныя измѣненія эпителія мочевыхъ канальцевъ, небольшія атрофическія измѣненія клубочковъ и склерозъ сосудовъ почечекъ. Мочевые канальцы болѣею частью раздвинуты разросшемся соединительной тканью, кѣстами сильно сдавлены. Просвѣты извитыхъ канальцевъ то сильно сужены, то растянуты, первое содержитъ кѣтки отпавшаго эпителія, мелкозернистыя и томогено-окрасившіяся массы. Эпителій извитыхъ мочевыхъ канальцевъ иногда представляется набухшимъ, съ слабо окрасившимися ядрами, но болѣею частью ядра окрасились хорошо. Эпителій канальцевъ Гензельской петли болѣею частью укрѣплено набухъ, съ мутно-окрасившимися ядрами. Капсулы клубочковъ болѣею частью утолщены; капсульное пространство у болѣею части клубочковъ растянато, иногда содержитъ кѣтки отпавшаго эпителія и мелкозернистыя массы. Эпителій капсулы болѣею частью уплощенъ съ мутно или хорошо окрасившимися ядрами.

Сосудистая петля клубочка болѣею частью хорошо очерчена и покрыта обильными и хорошо окрасившимися ядрами эпителія. Въ некоторыхъ клубочкахъ сосудистая петля очерчена слабо и представляется собой томогено-окрасившуюся массу, покрытую небольшимъ количествомъ ядеръ. Размеры такихъ клубочковъ уменьшены. Intima артерій почечекъ порядочно утолщена. Реакція на амилоидъ—отрицательная.

Анатомическій діагнозъ: *Nephritis interstitialis chr. atrophica. Pneumonia catarrhalis, sin. inf. Pleuritis adhaesiva dex. sup. Degeneratio et atrophica fusca cordis. Gastritis, chr. atrophica. Atrophia et oedema intestinum. Colitis chr. atrophica. Atrophia cutis. Oedema cerebri. Anaemia et anacmia universalis.*

Наблюденіе № 53.

Клиническій эпирризъ: *Infectiones recidivae tractus respiratorii. Refrigeratio habitualis. Nephritis interstitialis chronica atrophica. Hypertrophia ventr. sin. cordis. Autointoxicatio*

consecutiva. Gastritis et enteritis chron. Anaemia et inanitia. Infectio pneumonica recens (bronchitis acuta). Insufficiencia cordis. Hyperlymphia universalis (anasarca, hydrothorax bilateralis). Autointoxicatio acuta (coma, adynamia cordis, oedema pulmonum). Pneumonia terminalis acuta lobaris dex. sup. et lobularis sin. inf.

Albuminuria, cylindruria.

Юлія Г.—ва, 28 лѣтъ, поступила въ больницу 20 апрѣля 1898 г.: отеки, одышка, камель, головная боль.

Болезня находится въ очень угнетенномъ состояніи и крайне неохотно сообщаетъ анамнестическія свѣдѣнія. Удалось выяснить слѣдующее: 3 года назадъ, вслѣдъ за какимъ-то острымъ инфекционнымъ заболѣваніемъ (жаръ, общая зномота, камель и насморкъ), у нея появились впервые отеки, сильная головная боль и частая рвота. Постѣлѣнія въ теченіе 1 мѣсяца на дому (ванны, молоко) поправились, но черезъ $\frac{1}{2}$ года отеки опять возобновились, и съ тѣхъ поръ въ общемъ отекала около 5 — 6 разъ. Отеки обыкновенно проходили довольно скоро и почти всегда сопровождались головными болями, помоями и рѣже рвотой. Въ промежуткахъ чувствовала себя довольно сносно и только въ теченіе послѣдняго года все время испытывала общій упадокъ силъ и довольно часто страдала головными болями и головокруженіемъ. Дней 5 назадъ, работая въ прачечной, ослабла, а на слѣдующій день—камель, отеки и сильная общая слабость. Врачъ, у котораго Г.—ва жила прислугой въ теченіе послѣднихъ 10 лѣтъ, сообщаетъ, что моча ея, изслѣдованная нимъ во время перваго появленія отековъ, содержала много бѣла и обиліе зернистыхъ и глызистыхъ цилиндровъ, и что до перваго заболѣванія отеками она не отличалась яркими здоровьемъ и довольно часто страдала катарсомъ верхнихъ дыхательныхъ путей. Сама больная изъ заболѣваній, перенесенныхъ ею раньше, указываетъ только на корь въ дѣтствѣ. Въ СПБ. она живетъ 11 лѣтъ, служитъ прислугой, часто занимается стиркой бѣла. Родилась въ Ставропольской губерніи, происходила изъ здоровой крестьянской семьи, пользовавшейся порядочными достаткомъ, грамотна. Menstrua съ 15 лѣтъ, правильны; 5 лѣтъ назадъ вышла замужъ за здорового человѣка, но ни дѣтей, ни выкидышей не имѣла.

Средняго роста, плохого нитата. Слизистыя оболочки и кожа блѣдны; довольно значительная общая отечность покрововъ. Сердечный толчекъ не опредѣляется; перкуторные разгѣры сердца: верхняя граница между $\frac{3}{4}$ ребр., правая заходитъ на палецъ за правый край грудины, лѣвая—по лѣвой сосковой линіи. Тоны сердца глухи. Въ нижнихъ отдѣлахъ груди поаетъ притупленнаго звука и ослабленныхъ дыхательныхъ шумовъ, высотой въ ладонь; выше разлѣнные сухіе и влажные хрипы. Жесткій выдохъ на лѣвой верхушкѣ. Немного систолической мокроты, въ которыхъ туберкулезныхъ палочекъ не найдено. R = 22, P = 96 въ 1'; артеріи немного уплотнены. Животъ укрѣплено раздутъ; небольшой асцитъ. Печень и селезенка не опредѣляются. Стулъ 4 раза въ день, жидкій, безъ крови.

Моча светло-желтого цвета, мутноватая. $U = 500$ к. с. г — кислая, $d = 1007$, количество белка $= 2,5$ (5‰); в осадке (центрифуга) немного лейкоцитов, зернистых и восковидных цилиндров, окраска некоторых на амилонды (J + JK, метильюлет) дала отрицательный результат. Язык обложен, аппетит плохой. Жалуются на головную боль и сильную слабость. Спит худо. Т° нормальная (36,5°).

Назначены: ванна в 30°, молочная диета и infus. adonidis vernalis (e 4,0 — 90,0 по 6 приемов). В следующие 4 дня состояние несколько улучшилось — уменьшились головные боли и отечность, увеличился диурез. U , постепенно увеличиваясь, к 5-му дню дошло до 1500 к. с. при $d = 1005$ и при количестве белка $= 5,25$ (3,5‰). Умбринный понос (4—5 раз в день) и кашель продолжались.

На 5-й день состояние ухудшилось — полное отсутствие аппетита, усиление поноса, апатия, сыпька. В следующие дни состояние прогрессивно ухудшается — учащаются Р (до 110 в 1') и R (до 30 в 1'), усиливается сыпька, падает артериальное давление, в нижних отделах груди появляются в области влажные хрипы. U колеблется между 1300 — 800 к. с., d между 1008—1005, белок между 4,0—3,5 гр.

На 8-й день $Rot. = 16$, сознание спутанное, с трудом отвечает на вопросы. На 9-й день $Rot. = 12$, кома, тяжелое шумное, дыхание суровожны сокращения в нервах, увеличение количества влажных хрипов, бронхиальный выдох под правой ключицей, и в 11 ч. ночи того же дня смерть при являющейся постепенно прогрессирующей отека легких. Т° во все время наблюдения колебалась в пределах между 36,9—36,2°.

Впрыскивание метиленовой сини было произведено на 2-ой день наблюдения, 22/IV в 11 ч. утра. За сутки, истекшие передь впрыскиванием, $U = 700$ к. с. г — кислая, $d = 1007$, белка $= 3,5$ гр. (5‰). Моча светло-желтого цвета, мутноватая; в осадке найдены в умеренном количестве лейкоциты, зернистые и восковидные цилиндры.

Суточн. количество мочевины $= 8,2$; суточн. колич. $P_2O_5 = 0,35$; $Rot. = 21$.

Выделение метиленовой сини:

Начало:	M. — через 6 ч. (слабый)
	Chr. — " 4 " (слабая реакция).
Максимум:	M. — " 8 " (очень слабый).
	Chr. — " 6 " (очень слабый).
Продолж. выд.:	M. — 122 ч.
	Chr. — 98 "

Интенсивность общего максимума $= I$ — слабая.

Преобладающая форма выделения: до 24 ч. Chr. после 24 ч. до конца выделения M.

Кривая выделения M, Chr и общая кривая: постоянны циклические, с очень продолжительным общим максимумом (94 ч.).

Общее колич. мочи за все время выделения $= 5300$ к. с.

Протокол вскрытия (д-р Г. С. Кудемя). Вязкое, плохого питания, отчетное тело. В сердечной сумке около 1½ унц. слабо-мутноватой жидкости. Размеры сердца: 10,2; 8,5; 1,5. Полости сердца слегка расширены; в полости правого желудочка небольшие рыхлые свертки. Мышца сердца желтоватого цвета, довольно дряблая, легко рвется. Эндокарий сердца, равно как клапаны и аорта, без заметных изменений. Оба легкия слабо срослись с грудной клеткой; в полостях обоих плевры находится мутноватая жидкость (около 1 литра в каждой). Соответственно верхней доли правого легкого плевры его покрыта пленками нйжного фибринозного налета. Ткань правого легкого соответственно верхней доли плотная, равномерного зернистого вида, красного цвета, не содержит воздуха. В левом легком находится такого же вида и свойства узелъ величиной с малое яблоко, расположенный в центре верхней доли его. В остальных частях оба легкия представляются порядочно отчетными. Слизистая желудка и кишечника без существенных изменений. Печень немного увеличена в размерах (28; 18; 8,5), в разрезе ткань ее имеет ясно выраженный рисунок мускатного ореха, умеренно дряблая. Селезенка нормальной величины (10,5; 8; 3,0). Капсула ее слабо-морщинистая, мутная. Ткань ее порядочной плотности, мясо-красного цвета, слабо-матового блеска, не выскабливается.

Почки не много уменьшены: правая 9,0; 5,0; 3,0; левая 9,5; 4,5; 3,0. Висл. правой $= 130,0$ гр., висл. левой $= 135,0$ гр. Капсула снимается желтами легко, желтами расщепляется. Поверхности почек неравномерно бугристая, бледно-серого цвета, с матовыми желтоватыми пятнышками. В разрезе корковый слой неравномерно истончен, довольно плотной консистенции, серого цвета, матового блеска. Рисунков корки мутный, неясный. Пирамиды довольно резко налиты кровью, изъ сосочков выделяется мутная жидкость. Лоханы не раздуты, слизистая их бледная, с редкими точечными кровоизлияниями. Слизистая мочеточников и мочевого пузыря без существенных изменений. Матка и яичники также без заметных изменений.

Кости черепа не утолщены. Мягкая оболочка и вещество мозга умеренно отчетны. В желудочках мозга немного серозной светлой жидкости.

При микроскопическом исследовании почек замечается неравномерное, но в общем значительное развитие соединительной ткани, при резко-выраженных дегенеративных изменениях в клубочках и значительных паренхиматозных изменениях в интерстициальных канальцах. Мочевые канальцы корки больше частью раздуты разросшейся и часто обильно инфильтрованной межтканевой соединительной тканью, которая желтами сильно сдавлена или совершенно уничтожила просветы

ихъ. Канальцы, расположенные у поверхности почекъ, представляются слегка растянутыми.

Эпителий какъ извитыхъ канальцевъ, такъ и канальцевъ Гоплевской петли болѣею частью набухъ, съ неравномерно окрасившимися ядрами. Нерѣдко попадаются канальцы, гдѣ ядра совсѣмъ не окрасились. Въ просвѣтъ канальцевъ часто закрываются клѣтки отнѣнаго эпителия и мелкозернистая масса, и довольно часто весь просвѣтъ пилотную занять гомогенной массой. Клубочки болѣею частью представляются увеличенными въ размѣрахъ. Капсулы ихъ то нормальны, то слегка утолщены; эпителий капсулы утолщенъ, мѣстами сохранился, мѣстами выпалъ; рѣже представляется набухшимъ. Капсульное пространство у большинства клубочковъ выражено очень слабо.

Капилляры всѣхъ клубочковъ сплошь гомогенно измѣнены и выполняютъ клубочекъ въ видѣ крупнопетливистой массы, покрытой значительно уменьшенными въ количествѣ эпителиемъ, со сморщенными слабо-окрасившимися ядрами. Нѣкоторые клубочки уменьшены въ размѣрахъ, и выполнены однородной, беструктурной, плохо окрасившейся массой. Въ такихъ клубочкахъ ядра покрывающаго ихъ эпителия совсѣмъ отсутствуютъ. Вокругъ многихъ клубочковъ часто закрывается обильная мелкоклѣточная инфильтрація. Intima артерій почекъ не представляется утолщенной. Реакція на амилонъ отрицательная.

Анатомический діагнозъ: *Nephritis interstitialis chron. atrophica. Hypertrophica ventr. sin. cordis. Pleuropneumonia lobaris dex. sup. et lobularis sin. infer. Degenerata parenchymatosa renum et myocardii. Hyperplasia lienis. Anasarca. Oedema pulmonum et cerebri.*

Наблюденіе № 54.

Клинический эпикризь: *Intoxicatio alcoholica chr. Labor excessivus. Nephritis interstitialis et parenchymatosa chronica. Atrophica renalis. Hypertrophica ventr. sin. cordis. Infectio pneumonica acuta. Insufficiencia cordis consecutiva. Hyperlymphemia universalis (anasarca, hydrothorax bilateralis). Enteritis chron. Pericarditis acuta exsudativa serosa. Pneumonia catarrhalis acuta terminalis. Asthenia cordis, oedema pulmonum et cerebri. f.*

Oliguria, albuminuria, cylindruria.

Бедоръ Е.—въ, 35 лѣтъ, поступилъ въ б.—цу 17 марта 1898 г.: отеки, кашель, одышка.

3 года назадъ Е.—въ, будучи въ нетрезвомъ состояніи, проспалъ нѣсколько часовъ на сырой землѣ. На слѣдующій день домаяла боль въ поясницѣ, а дня черезъ 2, при явленіяхъ общаго недомоганія, впервые замѣтилъ отеки ногъ и лица и кровавую окраску мочи. Лѣ-

чился тогда въ одной изъ провинціальныхъ б.—цъ теплыми ваннами и молочной діетой и черезъ 4 мѣсяца вышелъ безъ отековъ и со свѣтлой мочей (кровавая окраска мочи держалась около 2-хъ мѣсяцевъ), при хорошемъ самочувствіи. Черезъ годъ отеки возобновились, опять лежалъ около 2-хъ мѣсяцевъ въ б.—цѣ, но крови въ мочѣ на этотъ разъ не замѣчалъ. Въ теченіе слѣдующаго года чувствовалъ себя довольно хорошо, а въ послѣдній годъ сталъ замѣчать болѣе быструю утомляемость и одышку при работѣ и по временамъ страдалъ головными болями и поносами, появлявшимися безъ видимой причины. Въ теченіе этого же времени сталъ замѣчать, что мясную пищу переноситъ хуже, и вѣрнее отъ времени, по соборному побужденію, переходилъ на молочную діету, при которой чувствовалъ себя болѣе. Отековъ не замѣчалъ; нрѣдка бывали судороги въ икрахъ. Мѣсяца назадъ, послѣ тяжелой работы на холодѣ, появилась небольшой сухой кашель, общій упадокъ силъ и общіе, постепенно возрастающіе отеки. Въ послѣднюю недѣлю довольно чистый поносъ, безъ крови. Не работаетъ около 2-хъ недѣль. Въ прошломъ, крокъъ кори въ дѣтствѣ, никакихъ заблѣваній не помнитъ. Съ 20 лѣтъ началъ злоупотреблять спиртными напитками (водка и пиво), но въ послѣдніе 3 года ниль рѣдко и замѣтилъ, что переноситъ алкоголь хуже, быстрее хмѣлѣетъ.

Уроженецъ Тверской губерніи, происходилъ изъ здоровой крестьянской семьи, пользовавшейся хорошимъ достаткомъ. Въ послѣдніе годы достатокъ уменьшился и крокъъ хлѣбопашества діетомъ Е.—въ сталъ зимою уходить на заработки (конопатчикъ). Женатъ, имѣетъ 3 здоровыхъ дѣтей. Выкидышей у жены не было. Въ С.П.Б. 7 дней, прѣхалъ для лѣченія.

Выше средняго роста, крѣпкаго сложенія, выгладитъ нѣсколько старше своихъ лѣтъ. Кожа блѣдная, суха, атрофична, шелушится. Общіе значительные отеки; цианотическая окраска губъ и пальцевъ рукъ. Полая притупленная звука и ослабленныхъ дыхательныхъ шумовъ, высотой въ лопатъ, на обѣихъ сторонахъ груди, внизу. При дыханіи выслушиваются вѣсуду разнѣные сухіе, а въ нижнихъ отдѣлахъ груди и мелкіе влажные хрипы. Небольшой сухой кашель. R=15. Дыханіе глубокое, замедленное; уѣренное инспираторнаго одышка. Толчекъ сердца не прощупывается; перкуторные размѣры сердца: сверху 4-е ребро, слева—сосковая линія, справа—сердечная тупость сливается съ поасомъ тупости нижняго отдѣла грудной клѣтки. При выслушиваніи области сердечной тупости слышны рѣзкій, скребущаго характера шумъ, одинаковой интенсивности какъ у верхушки, такъ и у основанія сердца. Тоны сердца глухи, неясны. Артерій уѣренной пилотности. R=90 въ 1', порядочнаго напояненія и напряженія. Pot. (правая лучевая)=20. Животъ уѣренно раздутъ. Повышенная резистенція и чувствительность къ давленію въ области печени. Селезенка не прощупывается; асцитъ не опредѣляется.

Стулъ рѣдкій, 3 раза въ день, безъ боли, довольно обильный. Моча свѣтло-желтого цвѣта, мутновата. U=350 к. с. (не всѣ), d=1012, г.—кислая, блѣзна—3^{1/2}/100. Въ осадкѣ—уѣренное количество зернистыхъ и гліановыхъ цилиндровъ и немного лейко- и эритроцитовъ.

Аппетит понижен, жажда небольшая. Спать худо, жалуются на головную боль. Производит впечатление довольно тяжелого больного. Вѣсѣ 67,400 гр.

Назначены: ванны въ 30° два раза въ день, молочная діета и кофеин патро-бензоисм по 0,5 три раза въ день. Въ теченіе первыхъ 2-хъ дней состояние остается безъ перемѣнъ. У колеблется между 300—400 к. с., d между 1012—1014, количество бѣлка между 1,0—1,4 гр. (3,5‰); остается прежне тяжелое дыханіе и уѣмренный поносъ усиливается немного поносовъ и опредѣляется отчетливый шумъ тренія перикардіа; поствѣ ванн не поготе. P=80 въ 1'; Pot.=18 Назначен infus. digitalis (с 0,3—90,0).

На 3-й день появляется strabismus convergens, суженіе лѣваго зрачка и усиливается отчетливая полимиа. P=84 въ 1'. Pot.=18. На 4-й день утромъ сознание довольно ясное, пульсѣ слабый, Pot.=14. Назначены выпискиванія зѣбра по 1 шприцу черезъ 2 часа. Къ полуночи того же дня пульсѣ едва ощутимъ, сознание спутанное, частыя судороги въ мышцахъ лица, а черезъ 3 часа смерть при явленіяхъ быстро нарастающаго отека легкихъ. Во все время наблюденія t°-ра колебалась между 36,2 и 37,8°.

Впрыскиваніе метиленовой сини было произведено 17/ш въ 3 ч. дня. Моча, полученная передъ впрыскиваніемъ, свѣтло-желтаго цвѣта, мутновата, г—кислая, d=1013, бѣлка 4‰. Въ осадкѣ зернистые и гліановые цилиндры и немного лейко- и эритроцитовъ. Pot. (правая лупеца)=21.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 14 ч. (слабая). Maximum: М. —24 ч. (очень слабый).
 Чкр. > 3 > (слабый)*. Чкр.—7 > (слабый).

Интенсивность maximum'a=I—слабѣ. Продолж. maximum'a=—80 ч.

Кривая выдѣленія М, Чкр и общая кривая: постоянными циклическія, почти безъ колебаній.

Преобладающая форма выдѣленія Чкр. Полная продолжительность выдѣленія не опредѣлена—последняя порція мочи, полученная черезъ 90 ч. (за 6 ч. до смерти), содержала еще ясные слѣды хромогена. Общее количество мочи за все время выдѣленія=1400 к. с.

На 2-й день поствѣ впрыскиванія изъ полости правой плесеры было извлечено аппаратомъ Dieulafoy 200 к. с. свѣтлой жидкости, содержащей около 2‰ бѣлка; при изслѣдованіи ея ни М, ни Чкр не обнаружено.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Г. С. Кузеша). Трупъ мужчины выше средняго роста, удовлетворительнаго питанія. Общая порядочная оте-

*) Моча полученная черезъ 1 ч. и черезъ 2 ч. ни М, ни Чкр не содержала.

ность кожныхъ покрововъ. Въ полости перикардіа содержится около 3 унцій мутноватой жидкости. Покрывающій сердце перикардіаль покрывъ тонкимъ, легко снимающимся слоемъ фибрина. Сердце увеличено въ размѣрахъ (11,5; 9,5; 2,0), полости его слегка растянуты, стѣнка лѣваго желудочка гипертрофирована. Мышца сердца бѣлая, довольно дробной консистенціи. Клапаны и аорта безъ измѣненій. Въ полостяхъ обѣихъ плесеръ содержится небольшое количество (500—600 к. с.) свѣтлой жидкости. Тапъ легкихъ отека; въ задней части нижней доли лѣваго легкаго находится узелъ, величиною съ грецкій орѣхъ, сѣровато-краснаго цвѣта, мелкозернистаго рисунка, не содержащій воздуха (тонетъ). Слизистая желудка сѣро-аспиднаго цвѣта, покрыта слизью; слизистая толстая кишки и тонкихъ въ нижнихъ отдѣлахъ отека. Печень немного увеличена (27,0; 16,0; 8,0); поверхность ея ровная. Тапъ печени въ разрѣзѣ полнокровна, уѣмренной плотности, имѣетъ слабовыраженный рисунокъ мускатнаго орѣха. Селезенка не увеличена.

Почки уменьшены въ размѣрахъ: правая 8,0; 5,0; 2,0; лѣвая 8,5; 4,0; 2,0. Вѣсѣ правой почки=95,0 гр.; лѣвой=100,0 гр. Капсула почки снимается расщепляясь. Поверхность почки мелкозернистая сѣровато-бѣлаго цвѣта. Кортикальй слой бѣдно-желтаго цвѣта съ неяснымъ рисункомъ, рѣзко источенъ; пирамиды уѣмренно наполнены кровью, близко подходят къ поверхности почки. Сосуды почки склерозированы; лоханки уѣмренно расширены. Мочеточники и пузырь безъ замѣтныхъ измѣненій.

Кости черепа нормальной толщины; dura mater утолщена, ріа отека. Вѣщество мозга уѣмренной плотности, малокровно, отчетно; желудочки растянуты, содержатъ свѣтлую жидкость.

Микроскопическія изслѣдованія.

При микроскопическомъ изслѣдованіи почки замѣчается значительное развитіе соединительной ткани, довольно рѣзко выраженная атрофія клубочковъ, склерозъ сосудовъ и порядочныя дегенеративныя измѣненія эпителиа канальцевъ.

Мочевые канальцы корки раздвинуты разросшеюся и нерѣдко мелкоглыбчато-инфильтрированной соединительной тканью; просвѣтъ канальцевъ большей частью сильно уменьшенъ. Эпителий извитыхъ канальцевъ мѣстами представляется разбухшимъ, съ мутно-окраснившимся ядромъ, мѣстами сильно утолщенъ, мѣстами вывалъ въ просвѣтъ. Въ нѣкоторыхъ канальцахъ замѣчается пролиферация эпителиа. Эпителий прямыхъ канальцевъ и Генлевыхъ петли также набухъ съ слабо-окраснившимся или совсѣмъ не окраснившимся ядромъ. Въ просвѣтъ канальцевъ довольно часто вѣстряются эритроциты, выпавшій эпителий и мелкозернистый распадъ. Большинство клубочковъ уменьшены въ размѣрахъ и деформированы.

Эпителий капсулы клубочковъ мѣстами сохранился, мѣстами вывалъ въ капсульное пространство, которое у большинства клубочковъ слегка расширено и содержитъ мелкозернистый распадъ и эритроциты въ

небольшом количестве. Очертание капилляров клубочка большею частью слабое; во многих клубочках петли сильно томогенно перерождены, покрыты ничтожными количествами ядер. Вокруг таких клубочков часто замечается мелко-клеточная инфильтрация. В препаратах атрофированные клубочки преобладают (на 100 клубочков не более 35 неизмененных). Intima сосудов порядочно утолщена. Реакция на амиллоид отрицательная.

При микроскопическом исследовании печени замечается порядочное наполнение кровью внутри-дольковых капилляров и центральных вен, при нормальном развитии соединительной ткани и отсутствии замеченных изменений со стороны печеночных клеток.

Анатомический диагноз: *Nephritis interstitialis chron. atrophica. Hypertrophica ventr. sin. cordis. Pericarditis sero-fibrinosa acuta. Synecchia pleurarum partialis. Pneumonia catarrhalis sin. post. infer. Hydrothorax dupl. Ascites. Anasarca. Oedema pulmonum et cerebri.*

Наблюдение № 55.

Клинический эпикриз: *Alimentatio deficiens. Intoxicatio alcoholica moderata. Enterocolitis chronica. Intoxicatio per viam intestini. Arteriosclerosis, endoarteritis chronica. Nephritis chronica interstitialis atrophica. Hypertrophica ventr. sin. cordis. Degeneratio parenchymatosa renum, hepatis, myocardii. Insufficiencia et dilatatio cordis recidens (intoxicatio per viam intestini?). Hyperlymphia consecutiva. Enterocolitis dysenterica. Infectio pneumonia terminalis: pneumonia disseminata. Asthenia cordis. † Albuminuria, cylindruria.*

Ксения М.—ва, 55 лет, поступила в 6—пу 23 июня 1897 г.: одышка, отеки, упадок сил. Одышка и отеки впервые появились 4 года назад: промокла под дождем, после чего был жар, обильная ломота во всем теле, продолжительный (около 1 месяца) кашель, а месяца через 2 одышка и отеки: вначале стопы и голени, а затем и всего тела. Когда отеки и одышка достигли значительной степени, поступила в 6—пу, где после теплых ванн и приемов inf. digitalis довольно скоро оправилась и через 1½ месяца выписалась, чувствуя себя достаточно окрепшей.

Месяца 4 спустя, без видимой причины, одышка и отеки возобновились, но прошли довольно скоро при амбулаторном лечении, после приемов, в течение нескольких дней, digitalis'a. С тех пор одышка и отеки повторялись много раз, с промежутками в 3—4 месяца, и по временам усиливались настолько, что М.—ва принуждена была ежедневно поступать в 6—пу, где оставалась от 1 до 3 месяцев. Два года назад (в 1895 г.), когда в этот раз периодов ухудшения М.—ва вновь поступила в 6—пу, отеки и одышка были

особенно тяжелы, долго не поддавались предпринятой терапии (digitalis, adonis, coffein, ванны) и только после назначения salomet'a по 0,2 три раза в день в течение 3-х дней появился высокий диурез (до 4500 к. с.) и наступило быстрое общее улучшение. После этого при каждом новом припадке М.—ва всегда пользовалась препаратами salomet'a и всякий раз с немалым успехом: после 3-х дневных приемов, обыкновенно вместе с меркательными стомами, вдруг появлялся высокий диурез, быстро спадали отеки и проходила одышка. Но справкам в больничных листах, наблюдавшим М.—ву врачами всегда отмечались почти одни те же явления: во время припадков—дilatatio сердца, шум у верхушки и на аорте, увеличение печени, альбуминурия (1—2‰), олигурия (300—800 к. с. мочи), цианоз и значительные общие отеки, иногда асцит; в период ухудшения—уменьшение размеров сердца, исчезновение шумов, уменьшение печени, отсутствие отеков, полиурия (2000—2500 к. с. мочи) и незначительная и непостоянная альбуминурия (следы). Последний припадок и последнее пребывание в 6—пу около 3-х месяцев назад.

Одновременно с появлением припадков М.—ва стала чувствовать себя значительно слабее и последние 4 года уже не работает. Патологическое прошлое: в детстве корь и парь в злы, на 14-м году круглые глисты, на 30-м году какое-то острое заболевание, сопровождавшееся жаром, кашлем и коликами болями в правом боку (2 недели) и на 35-м году холерина (сильный понос с судорогами в ногах).

Алкоголь употребляла с 30—33 лет в умеренном количестве и не ежедневно. Менструация началась на 16 году и прекратилась около 10 лет назад. Уроженка Московской губернии, до 19 лет жила в деревне в зажиточной крестьянской семье, среди членов которой никаких наследственно-передающихся заболеваний не было. Отец и мать умерли в преклонном возрасте, пользовались хорошим здоровьем; 1 брат умер в детстве от неизвестной причины, другой брат и 2 сестры (младшие) живы, здоровы. На 19-м году М.—ва вышла замуж и переехала жить в Москву, где условия жизни были также вполне удовлетворительны, а на 35-м году—в СПб. Здесь первая 10 лет, до смерти мужа, пользовалась полным достатком, а после смерти мужа (крпкий мужчина, умер на 50-м году от воспаления легких) стала нуждаться и в 8 лет была принуждена была поступить на службу внай в дтям. Служба была не тяжелая, но очень несвойная. Последние 4 года живет у замужней дочери в плохих условиях: сырая квартира, частая неприятность.

Рожала 4 раза; двое детей умерли в раннем возрасте при поносе, один сын умер на 12-м году от дифтерии и одна дочь жила и пользуется полным здоровьем.

Выше среднего роста, плохого питания; цианотическая окраска губ, багровая окраска кожи и конъюнктив; значительная отечность покровов всего тела, особенно нижних конечностей. Кожа атрофична; суха. Толчек сердца между 6/7 ребр. на передней аспиллярной.

С. И. ИВАНОВ
Дополнительного Медицинского Института
№
И. И.

довольно сильный; правая граница сердечной тупости заходит на 1½ палца за правый край грудины, левая совпадает с толчком, верхняя между 3/4 ребром.

При первом токе у верхушки слышен рѣзкий шум; тоже на аортѣ, но въ болѣе слабой степени. Акцентъ на 2-мъ токе, art. pulmonalis. Небольшая аритмия. Артерия уфренной плотности, R=90 въ 1' хорошаго наполненія. Pot. (правая лупча) = 22. Небольшая индурация шейныхъ венъ. При дыханіи всюду слышимъ въ уфренномъ количествѣ сухіе хрипы. R=27. Небольшой сухой кашель, сильный голосъ. Животъ увеличенъ (окружность = 94 с.), ясно определяется асцитъ. Мышцы передней стѣнки живота атрофированы, драбы. Отчетливо прослушивается увеличенная и чувствительная къ давленію печень, нижній край которой представляется довольно толстымъ и прослушивается на уровнѣ пупка. Поверхность печени представляется ровной. Селезенка не прослушивается. Стулъ 1—2 раза въ день полужидкой консистенціи. Моча желтого цвѣта, прозрачна. U = 300 к. с., d = 1020, r — кислая, бѣлка = 0,9 гт. (3‰). Въ осадкѣ найдены въ порядкомъ количествѣ клѣтки плоскаго эпителія, короткіе зернистые цилиндры и не много лейкоцитовъ. Реакція на сахаръ и желчные пигменты отрицательныя.

Языкъ обложенъ, аппетитъ плохой, самочувствіе рѣзко угнетенное. Безпокойство головная боль и особенно одышка. При изслѣдованіи глазного дна (М. К. Эрнротъ), произведенномъ черезъ 2 мѣсяца, были обнаружены явленія neuritis optica. Т° 36,8 утромъ, 37,2 вечеромъ.

Назначены: молочная діета, коленъ при кашлѣ на ночь, каломель по 0,2 въ обѣдѣхъ 3 раза въ день и полосканіе рта 2‰ растворомъ kali chlorici. Слѣдующіе три дня состояніе progressively ухудшается — одышка усиливается, нарастаютъ вѣсъ тѣла и отеки, становится болѣе рѣзкимъ систолическій шумъ у верхушки сердца, печень остается увеличенной, R — напряженный, не превышаетъ 94 въ 1'. Послѣ ежедневныхъ 3 приемовъ каломеля слабѣетъ по 2—3 раза въ день жидко, но очень обильно. U на 2-й день = 350, d = 1020, бѣлокъ = 3,5‰; на 3-й день U = 550 к. с., d = 1016, бѣлокъ = 3‰; на 4-й день, U = 750 к. с., d = 1016, бѣлокъ = 3½‰. На 5-й день пребыванія въ б—дѣ и на 4-й послѣ назначенія каломеля появляется стоматитъ (распухаютъ и болятъ десны), и наступаетъ рѣзкое общее ухудшеніе: уменьшаются одышка и цианозъ, кожа дѣлается вѣсколю влажной. R болѣе мягкимъ; U = 3200 к. с., d = 1010, бѣлка = 1‰.

Отмѣняется каломель. На слѣдующій день U = 4800 к. с., d = 1008, бѣлка = слѣды. Одышка незначительная. Размеры сердца: вѣтло на 1½ палца отъ соска, вправо до 1. mediana, сверху съ 4-го ребра. R = 70 въ 1', аритмія нѣтъ, систолическій шумъ у верхушки выраженъ очень слабо, на аортѣ исчезъ. Печень уменьшилась, край ея менѣе напряженъ и мало чувствителенъ къ давленію. Отеки и асцитъ замѣтно уменьшились.

Въ слѣдующіе 3 дня U колеблется между 4500—3500 к. с., d между 1007—1011, бѣлка — слѣды. Черезъ недѣлю послѣ отмены каломеля одышка и отеки исчезли совершенно; толчекъ сердца опредѣляется между 6/7 ребр. на 1 палецъ наружу отъ соска, правая

вая граница немного заходитъ за лѣвый край грудины, верхняя на 4-мъ ребрѣ. Систолическій шумъ у верхушки исчезъ, аритмія нѣтъ. Печень выходитъ на 1½ палца изъ-подъ края реберъ; ея нижній край острый, драбный, мало чувствителенъ къ давленію. Асцитъ нѣтъ, кашель прекратился, вновь удовлетворительное самочувствіе. Вѣсъ тѣла при поступленіи 55,500 гр., на 3-й день приема каломеля = 61,400 гр., черезъ недѣлю = 48,700 гр. Остается еще въ теченіе вѣсколыхъ дней стоматитъ (язвы на деснахъ и на слизистой перѣ), а затѣмъ наступаетъ періодъ вновь удовлетворительнаго самочувствія и общаго равновѣсія. U устанавливается на 2000—2500 к. с., d на 1010—1012, бѣлокъ = слѣды, рѣже доходитъ до 1‰. Въ осадкѣ иногда удается найти цилиндры, иногда нѣтъ. Размеры сердца и печени остаются въ тѣхъ предѣлахъ, какими они отмѣнены черезъ недѣлю послѣ отмены каломеля. Стулъ 1—2 раза въ день, нормальной консистенціи; хороший аппетитъ.

Такое состояніе функциональнаго равновѣсія продолжается 22 дня, а затѣмъ опять, безъ видной причины, появляется одышка, постепенно увеличивается поперечникъ сердечной тупости, увеличивается и становится чувствительной печень и въ началѣ медленно, а затѣмъ быстро нарастаютъ отеки и вѣсъ тѣла.

Въ первые 3 дня одышки U еще колеблется между 2000—1800 к. с., а затѣмъ U начинаетъ постепенно уменьшаться (1000, 900, 700, 500, 400 к. с.), количество бѣлка и цилиндровъ рѣже увеличивается. Черезъ 12 дней отъ начала одышки бѣлка доходитъ до тяжелаго состоянія — полное отсутствіе аппетита, бессонная ночь, частая головная боль, кашель, значительная одышка (R=30) и отеки. R опять напряженъ = 90—96 въ 1'. Толчекъ сердца вновь опредѣляется по передней аксиларной; при выслушаніи сердца опредѣляется ясно выраженный ритмъ галопъ. Вѣсъ тѣла въ началѣ одышки = 49,500, черезъ 12 дней = 57,400, а еще черезъ 3 дня = 59,900 гр.

Въ началѣ приступа одышки назначается t-ra strophanti по 5 капель 3 раза въ день, а черезъ три дня inf. digitalis (е 0,3 на 90,0 на день), приемы котораго продолжаются въ теченіе 6 дней. Улучшенія нѣтъ.

На 12-й день назначается каломель 3 раза въ день по 0,2 и приемы продолжаютъ въ теченіе 3 дней. На 15-й день общее улучшеніе. U = 2400 к. с. На 16-й день улучшеніе прогрессируетъ. U = 5900 к. с. Язвенный стоматитъ. Черезъ недѣлю полное восстановленіе функциональнаго равновѣсія. Отековъ нѣтъ. Вѣсъ тѣла = 49,000 гр.

Дальнѣйшее наблюденіе продолжалось, съ перерывомъ въ 1 мѣсяцъ (выписка изъ 6—11), 1 годъ и 7 мѣсяцевъ. За это время б—ная перенесла 20 приступовъ одышки: 9 въ теченіе перваго года наблюденія и 11 въ теченіе послѣднихъ 7 мѣсяцевъ. Объективно тяжесть приступовъ была почти одинаковой — вѣскій разъ отеки, дилатация сердца и увеличеніе печени достигали значительной степени, но субъективно припадки, бывшіе въ теченіе послѣднихъ 4—5 мѣсяцевъ, переносились хуже, такъ какъ съ теченіемъ времени M—на не только ослабѣла, но и сдѣлалась раздражительной и менѣе терпимой.

Тщательное клиническое наблюдение больной в различные периоды ее состояния позволило нам отметить следующие факты. Изучая артериальное давление (аппарат Ротайн^а) ежедневно, в течение 2½ месяцев (3 приступа) удалось установить, что первым объективным предвестником приступа являлось повышение артериального давления: в свободные от приступа промежутки Rot. обыкновенно = 14—15, для 2, на 3 до появления жавда на одышку Rot. = 17—19, а затем по мере ухудшения состояния Rot. становился все выше и в период полного разстройства компенсации Rot. = 24—26. После 3-дневных приемов каломеля вместе с появлением первых симптомов ухудшения Rot. быстро падал: в 1-й день ухудшения (U = 2000—2400) Rot. = 20—19, на 2-й день (U = 4000—5000) Rot. = 17—16, на 3-й—4-й день (maximum диуреза: U = 4500—6400) Rot. = 13—12, а затем на 6-й—7-й день Rot. устанавливался обыкновенно на 14—15 и держался на этой высоте в течение всего периода компенсации. Одновременно с повышением давления R. становился более твердым, число ударов его повышалось с 68—74 до 90—94, кожа становилась бледной, сухой, появлялась сильная жажда и при порождении еще диуреза (2000—2200) быстро развивались отеки и нарастала тяжесть тела. Вместе с этим постепенно увеличивались поперечник сердца, а аускультативно определялись или систолический шум и аритмия, или ритм галопа. Увеличение поперечника сердца выразилось смещением влево толчка (до передней аксиллярной, реже дальше) и отклонением вправо (на 1½—2 пальца за правый край грудины) правой границы сердечной тупости. Увеличение и болезненность печени наступали одновременно с диатазой сердца: печень при этом становилась плотной, напряженной и нижний край ее, на высоте приступа, доходил до уровня пупка, реже на 1—2 пальца ниже этой границы. Иногда отмечалась иктерическая окраска склер. При длительных приступах наблюдался асцит и почти каждый приступок сопровождался полной потерей аппетита, усиленной жаждой и явлениями бронхита *). R. с 15—16 повышалось до 28—30—34 в 1°.

Как сказано выше, диурез уменьшался не вдруг, и еще в то время, когда уже нарастала тяжесть тела и развивались отеки U = 2000—1800 к. с. и только на высоте приступа U уменьшалось значительно, доходя до 500—300 к. с.; моча при этом принимала буровато-красную окраску, d повышался до 1020—1022, количество белка возрастало до 2,0—1,5 гр. (4—3½%), значительно увеличивалось количество цилиндров, в осадке и иногда отмечалось присутствие в нем небольшого количества лейко- и эритроцитов.

Наоборот, в период ухудшения повышение диуреза развивалось очень быстро, почти критически: в 3—4 дня U с 500—300 к. с. доходило до 4500—5000 и даже до 6800 к. с. Моча при этом ста-

новилась светлой, d понижался до 1009—1005, количество белка редко превышало следы, цилиндры в осадке определялись только при центрифугировании. Т° во время приступа колебалась обыкновенно между 39,8—35,9; жажда она немного повышалась (37,0—37,4). В период ухудшения, наоборот, повышения т° до 37,2—37,5 бывали довольно часто и впрямую стояли в связи с развивавшимся в это время язвенным стоматитом. Отравления кишечника большей частью бывали правыми (стул 1—2 раза в день), реже наблюдалась наклонность к запорам.

Из субъективных ощущений наиболее ранним симптомом являлись: чувство одышки («сжатие в груди»), сухость во рту и жажда. На высоте приступа появлялись головные боли и бессонница, а в период ухудшения судороги в пальцах рук и иногда судороги в икрах.

Что касается терапии, то единственным средством, всегда дававшим хороший положительный результат, являлся каломель, прием которого по 0,2 три раза в день должен был продолжаться не менее 3-х дней. Ухудшение наступало на 4—5-й день одновременно с появлением стоматита, часто язвенного, благодаря которому M-на в течение 2 лет лишалась почти всех зубов. Назначая другие средства, как в период первых симптомов развивающегося приступа, так и на высоте его, мы всякий раз получали отрицательный результат. Были испробованы: t-ra strophanti, digitalis, adonis vernalis, coffeinum natro-benzoicum, diuretinum, слабительные в течение нескольких дней (ревень, cascara sagrada, infus. senae salinum) и ванны. Все перечисленные средства только удлиняли продолжительность приступа и не приносили никакого существенного облегчения. Интересно отметить действие диуретика. Под влиянием приемов его (5 дней по 4,0 гр. pro die) диурез стал постепенно повышаться и на 5-й день достиг 3200 к. с., но одновременно с этим тяжесть тела и отеки продолжали нарастать, количество выпиваемой жидкости повышалось почти вдвое, а субъективные ощущения 6-ой были настолько тяжелы, что от дальнейшего применения этого средства пришлось отказаться. Дважды в течение наблюдения, в период равновесия, были назначены препараты йода (kalium et natrium iodatum по 2,0—1,0 гр. pro die), но оба раза быстро развивались симптомы йодизма (насыщенный, камель, конъюнктивит, головные боли) и на 4—5-й день дальнейшие приемы приходилось отменить.

Пробу назначать больной различную диету мы имели возможность убедиться, что при легкой симпанной диете (молоко, яйца, каша, белый хлеб) приступы наступали реже (период компенсации в 1½—1 месяц), при средней же диете (мясной суп, котлета, 2 яйца, белый хлеб) приступы развивались почти вдвое чаще (период компенсации в 20—15—10 дней). В течение последних 7 месяцев наблюдения, когда больная по собственному настойчивому желанию пользовалась почти все время мясной диетой, приступ одышки стал особенно учащаться, к, хотя приемы каломеля попрежнему приносили ей облег-

*) Дважды в течение наблюдения была произведена проба с алиментарной гипокзурией (100,0 гр. виноградного сахара): 1 раз в период компенсации и 1 раз на высоте приступа. Оба раза результаты отрицательны.

чение, периоды компенсации становились все короче, и силы ее заметно уменьшались.

В начале марта 1899 г., в период компенсации, у больной, без видимой причины, обнаружился кровавый понос (стул 3—10 раз в день, небольшими количествами, с примесью слизи и крови), сопровождавшийся резкой чувствительностью по ходу толстой кишки и уменьшением t° (37,4—38,9°).

После однократного приема каломели и последовательных вазажных теплых клизм понос через 3 дня прекратился, но чувствительность к давлению в области толстой кишки оставалась, и t° время от времени немного повышалась (37,4—37,2). Через неделю понос возобновился, и хотя не с такой силой (стул 3—4 раза в день), но сопровождался заметным упадком сил и потерей аппетита.

На 3-й день отгибень фокус влажных хрипов у правой лопатки, t° 36,4—36,2, R—90 в 1', Rot.—12. U=1500 к. с., d=1009, была $\frac{2}{4000}$ (1,2 gr.); наклонность к спячке, апатия. На 4-й день—значительная общая слабость; R—86 в 1', слабый; R=28 в 1', Rot. не определяется. Печень немного увеличена. Стул 1 раз. Толчки сердца между 6/7 ребр. на 1½ палца внаружи от соска, правая граница по 1. median. У верхушки сердца слабый систолический шум. Моча не собрана.

Назначено: coëffici patro-benzoici, 0,2 + samphorae tritae 0,06 + sacchar. 0,2 три раза в день и ирригирования зебра (через 3 часа по 1 шприцу). Ветером того же дня коллапс и быстрая смерть.

Исследование выделения метиленовой сини было произведено в течение наблюдения 6 раз: 3 раза в период компенсации, 2 раза на высоте припадка и 1 раз в период начала восстановления компенсации, тотчас после отгибень каломели.

Период компенсации.

I-е изслѣд. Вырскивание произведено 16/II 1898 г. в 10 ч. утра. (7-й мѣсяц наблюдения). За сутки, истекшія передъ вырскиваниемъ, U=2300 к. с., d=1010, г—кислая, бѣлая—слѣд. Моча свѣтло-желтая, прозрачная. Въ осадкѣ (центрифуга) немного лейкоцитовъ и рѣдкіе, короткіе зернистые цилиндры. Rot.—15.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 2 ч. Maximum: М.—5 ч.
Chr. „ 1 ч. 15 м. Chr.—5 ч.
Продолжительность выделения: М.—86 ч.
Chr.—94 „

Интенсивность общего maximum'a=II.

Преобладающая форма выделения: М и Chr выделяются равномерно.

Кривая выделения М, Chr и общая кривая: правильная циклическая. Общее количество мочи за все время выделения=8900 к. с.

II изслѣд.: Вырскивание произведено 25/ч (через 4 мѣсяца) в 11 ч. утра. (11-й мѣсяцъ наблюдения). За сутки, истекшія передъ вырскиваниемъ, U=2000 к. с., d=1010, г—кислая, бѣлая—1,5 gr. ($\frac{2}{4000}$). Моча свѣтло-желтая, прозрачная. Въ осадкѣ немного лейкоцитовъ и кѣтокъ плоскаго эпителия; цилиндровъ (центрифуга) не найдено. Rot. (правая лупея)=14.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1½ ч. Maximum: М.—5 ч.
Chr. „ 1 „ Chr.—5 „
Продолжительность выделения: М.—82 ч.
Chr.—92 „

Интенсивность общего maximum'a=II.

Преобладающая форма выделения: М и Chr выделяются равномерно. Кривая выделения: правильная циклическая.

Общее количество мочи за все время выделения = 9800 к. с.

III изслѣд. Вырскивание произведено 12/II 1899 г. (через годъ послѣ перваго изслѣдованія) в 10 ч. утра (18-й мѣсяцъ наблюдения). За сутки, истекшія передъ вырскиваниемъ, U=2500 к. с., d=1008, г—кислая, бѣлая—слѣд. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, прозрачная. Въ осадкѣ (центрифуга) небольшое количество лейкоцитовъ и кѣтокъ плоскаго эпителия и очень немного глянцовыхъ и зернистыхъ цилиндровъ. Rot. (правая лупея)=16.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 2 ч. Maximum: М.—4 ч.
Chr. „ 1 „ Chr.—5 „
Продолжительность выделения: М.—84 ч.
Chr.—112 „

Интенсивность общего maximum'a=I—II.

Преобладающая форма выделения: М и Chr довольно равномерно. Кривая выделения: постоянная циклическая.
Общее колич. мочи за все время выделения = 10200 к. с.

Период разстройства компенсации.

I изслѣд. Вырскивание произведено 10/II 1898 г. в 10 ч. утра (8-ой мѣсяцъ наблюдения). За сутки, истекшія передъ вырскиваниемъ, U=600 к. с., d=1021, г—кислая, бѣлая 2,4 gr. ($\frac{4}{4000}$). Моча желто-краснаго цвѣта, мутноватая. Въ осадкѣ порядочное количество лейко-

цитовъ, немного эритроцитовъ и клетокъ почечнаго эпителия и довольно много зернистыхъ и глызновыхъ цилиндровъ. Rot. (правая лучевая) = 22.

Выделение мочеполовой сими:

Начало: М. черезъ 12 ч. (слаб.) Maximum: М.—24 ч. (очень слаб.).
Chr. " 1 " Chr.—6 "

Продолжительность выделенія: М.—44 ч.
Chr.—102 "

Интенсивность общего maximum'a = II—I.

Преобладающая форма выделенія Chr; М выдѣлялась слабо и только въ теченіе 44 ч.

Кривая выделенія М. и Chr; постоянныя полициклическія; общая кривая до 44 ч. постоянная циклическая, послѣ 44 полициклическая. Общ. кол-ти мочи за все время выделенія = 2200 к. с.

II изслѣд. Выприскиваніе произведено 12/хл, 1898 г. (17-ый мѣсяцъ наблюденія) въ 12 ч. дня. За сутки, истекшія передъ выпрыскиваніемъ, U = 700 к. с., d = 1020, г.—кислая, бѣлая 2,1 гр. (3⁰/100). Моча буровато-краснаго цвѣта. Въ осадкѣ—немного лейкоцитовъ, клетки плоскаго эпителия и почечнаго эпителия и порядочное количество зернистыхъ цилиндровъ. Rot. (правая лучевая) = 20.

Выделение мочеполовой сими:

Начало: М. черезъ 10 ч. (слаб.) Maximum: М.—24 ч. (слабый).
Chr. " 1 " Chr.—5 "

Продолжительность выделенія: М.—58 ч.
Chr.—118 "

Интенсивность общего maximum'a = I.

Кривая выделенія М. и Chr и общая кривая до 58 ч. постоянныя полициклическія, послѣ 58 ч.—кривая Chr постоянная циклическая. Преобладающая форма выделенія Chr; М выдѣляется слабо.

Общее количество мочи за все время выделенія = 2700 к. с.

Періодъ начала возстановленія компенсаціи.

Выприскиваніе произведено 21/хл 1898 г. въ 11 ч. утра (9-ый мѣсяцъ наблюденія). За сутки, истекшія передъ выпрыскиваніемъ, U = 3600 к. с., d = 1007, г.—слабо-кислая, бѣлая—слабый. Моча свѣтло-желтая, прозрачная. Въ осадкѣ немного зернистыхъ цилиндровъ и рѣдкіе лейкоциты. Rot. (правая лучевая) = 12—13.

Выделение мочеполовой сими.

Начало: М. черезъ 2 ч. Maximum: М.—6 ч.
Chr. " 1 " Chr.—5 "

Продолжительность выделенія: М.—48 ч.
Chr.—96 "

Интенсивность общего maximum'a = I.

Кривая выделенія М. и Chr и общая кривая: постоянныя циклическія. Преобладающая форма выделенія Chr; М выдѣляется только 48 ч. Общее количество мочи за все время выделенія = 18200 к. с.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Г. С. Кузеша). Трупъ значительно истощенной женщины средняго роста. Кожа тонка, на голеняхъ немного отека, подкожно-жировая клетчатка и мускулатура атрофичны. Въ околосердечной сумкѣ находится около 4-хъ столовыхъ ложекъ свѣтлой серозной жидкости. Сердце увеличено въ размѣрахъ (12,0; 10,0; 2,3); мышца лѣваго желудочка рѣзко гипертрофирована, довольно дряблая, съ ясно выраженной желтоватой окраской. Въ полости правого желудочка находится кровавое сгустокъ. Клапаны сердца безъ измѣненій. Внутренняя поверхность аорты въ ея начальной части покрыта небольшимъ количествомъ плотныхъ, атероматозныхъ бляшекъ. Вѣнечныя артеріи сердца слегка уплотнены; начальныя отверстія ихъ широки.

Плевры обоихъ легкихъ почти на всемъ протяженіи рыхло соединены съ грудной клеткой. Въ нижней доль правого легкаго рядъ сѣровато-красныхъ узелковъ, величиной съ виною, выступающихъ надъ поверхностью разрыва и не содержащихъ воздуха. Слизистая оболочка желудка и толстой кишки безъ существенныхъ измѣненій; слизистая оболочка толстой кишки отека, въ среднемъ и нижнемъ отдѣлѣ рѣзко гипертрофирована и содержитъ много поверхностныхъ эрозій, покрытыхъ сѣроватыми псевдивиднымъ налетомъ. Такія же эрозіи попадаются и въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки, но въ меньшемъ количествѣ.

Печень увеличена въ размѣрахъ (30,0; 19,0; 14,0); поверхность ея мутная, съ фиброзными утолщеніями покрова. Паренхима печени въ разрѣзѣ рѣзко выраженаго желтаго цвѣта, утѣрено полигеновно, съ неяснымъ рисункомъ, дряблой консистенціи. Селезенка немного увеличена въ размѣрахъ (11,0; 9,0; 3,0); капсула ея утолщена, тѣлая дряблая, легко выскабливается.

Почки уменьшены; размѣры правой почки: 10,0; 5,0; 2,0; вѣсъ = 105 гр.; размѣры лѣвой почки 9,5; 4,0; 2,5; вѣсъ = 95 гр. Капсулы почек снимаются съ трудомъ, расщепляясь. Поверхность почек мелкозернистая, съ мелкими кистами; корковый слой атрофиченъ, пирамидки мѣстами достигаютъ до поверхности разрыва почки. Рисунокъ корки неясный, цвѣтъ желтовато-красный, консистенція плотная. Пирамидки утѣрено наполнены кровью. Слизистая лоханокъ, мочеточниковъ и пузыря безъ существенныхъ измѣненій.

Кости черепа не утолщены. Синусы порядочно наполнены кровью. Мягкая мозговая оболочка и вещество мозга умеренно отечны. Аргентин основана моза немного склерозированы.

Микроскопическая исследования:

При микроскопическом исследовании почек замечается довольно значительное развитие соединительной ткани, порядочная дегенеративная изменения эпителия почечных канальцев, порядочная атрофическая изменения клубочков и склероз артерий.

Мочевые канальцы корки раздвинуты разросшемся соединительной тканью, которая в некоторых местах довольно сильно сужена просветы канальцев. В некоторых местах канальцев, порядочная атрофическая изменения клубочков и склероз артерий. Эпителий канальцев то уплощен, то порядочно разбух и мутно окрашиваются ядрами. Эпителий Гентелевой петли большею частью разбух, местами выпяты; ядра его местами совсем не восприняли краски. В просвете канальцев встречаются клетки выпавшего эпителия, зернистый распад и гомогенно окрашиваются массы, часто вытесняют выстилающие просвет канальца. Капсулы клубочков большею частью утолщены; капсульное пространство часто увеличено, содержит выпавшие клетки эпителия капсулы, резко мелкозернистый распад. Эпителий капсулы утолщен. Капилляры клубочка то хорошо очерчены и покрыты порядочным количеством хорошо окрашившихся ядер, то представляют собой гомогенную массу со скудным количеством ядер. Такие клубочки уменьшены в размерах. Intima артерий утолщена. Реакция на анионид отрицательная.

На расщипанном препарате из свежее-вырезанного кусочка почки эпителий представляется порядочно разбухшим, паренхима его содержит мелкие зернистые растворяющиеся в 1% растворе уксусной кислоты и более крупные, красящиеся при обработке осмиевой кислотой в черной цвет. В некоторых клетках ядра видны, в других они появляются только после обработки уксусной кислотой, в третьих совершенно не обнаруживаются.

При микроскопическом исследовании печени бросается в глаза картина резко выраженной жировой инфильтрации: печеночные клетки представляются увеличенными в размерах и почти сплошь выстланными большими каплями жира; в некоторых клетках паренхимы и ядра совершенно не видно, в других паренхима представляет собой тонкий контурок с небольшим ядром.

Анатомический диагноз: *Nephritis chr. interstitialis et parenchymatosa. Hypertrophica ventr. sin. cordis. Degeneratio adiposa myocardii. Endoarteritis chr. aterosclerotic et arteriosclerosis gradus medii. Synecchia pleurarum totalis. Pneumonia catarrhalis disseminata lobi inferioris pulm. dextri. Peripneumonitis chr. fibrosa et infiltratio adiposa hepatis. Peripneumonitis chr. et hyperplasia henis. Enterocolitis dysenterica. Hydropericardium, anasarca, oedema piae et cerebri.*

Наблюдение № 56.

Клинический эпизикриз: *Intoxicatio alcoholica chronica gravis; dipsomania. Alimentatio deficiens, refrigeratio, excessus omnium generis. Infectio tuberculosa. Arteriosclerosis. Myodegeneratio cordis. Degeneratio hepaticae cirrhose moderata; nephritis interstitialis chron. Atrophica universalis. Pneumonia catarrhalis sin. infer. disseminata. Exacerbatio tuberculosa (peritonitis et pleuritis miliaris). Asthenia cordis.*

Polyuria, albuminuria, cylindruria.

Василий Ч. — в.т., 35 л., поступил в 6-цу 13 Января 1898 г.: камень, понос, общий упадок сил.

Чувствует себя нездоровым около 3-х недель. Заболевание обнаружилось насморком, кашлем и общей ломотой в теле, появившимися после 2-х недельного поста и крайне безпорядочного образа жизни (питался по вкусу, спал в потемках, домах пропал почти всю свою теплую одежду). В течение последней недели камень усилился, появились боли во всем животе, частый понос (жидкий стул 5-7 раз в день, без крови) и значительный общий упадок сил. Последние 4 дня провел в постели. Камень в начале сухой; в последние дни стала отходить мокрота, в которой примесь крови Ч. — не замечает.

Патологическое прошлое: в детстве корь и оспа, на 18-м году, повидимому, брюшной тиф (жар, понос, бессознательное состояние в течение 1 1/2 недель), в последние 3-4 года довольно частые поносы, а в течение настоящего года нередко бывали упорные головные боли и судороги в икрах.

Уроженец Сиб. — вырос в крестьянской семье, пользовавшейся хорошим достатком. С 15 лет стал работать в старшей мастерской своего отца. По словам последнего Ч. — в до 20 лет пользовался хорошим здоровьем, был хорошим работником; с 20 лет начал злоупотреблять спиртными напитками, а с 25 л. стал пить запоем, и вести „бездумную“ жизнь. Принадлежал к запоям в последние 4-5 лет наступать раза 3-4 в год, продолжались по несколько недель, в течение которых Ч. — уходил из дому, „бродая“ в поле. В последние 2 года он ослабел и живет у отца без определенных занятий. Отец здоровый, крепкого сложения старик 68 л., мать умерла на 60-м году от какого то острого заболевания, редко хворала. Две сестры умерли в раннем детстве.

Внше среднего роста, бледен, сильно истощен. Кожа суха, желтушится, атрофична. Отеков нет. При дыхании всюду выслушиваются в области сухие хрипы, а у угла латой лопатки, на небольшом протяжении фокус влажных мелких хрипов и жесткое дыхание. Звук же упорно перкуторного звука R = 25 в 1. Порядочный камень, с выделением слизисто-гнойной, скудной мокроты, в которой туберкулезных палочек, не найдено. Толщина сердца между 5-6 на сосковой; перкуторные разрывы, сердца в предлах нормы. Говя сердца чисты. Ритмичный, 94 в 1'.

Лучевыя артеріи очень плотны, съ трудом сжимаются, извиты, слабо пульсируют. Язык обложен; живот сильно раздут, чувствителен въ подложечной области и по ходу толстой кишки. Стулъ 2 раза въ день жидкий. Въ испражненіяхъ распадъ и обрывки мышечныхъ волоконъ; липкость и туберкулезныхъ палочекъ не найдено. Печень и селезенка не определяются; моча очень светлая, прозрачная; $U=2000$ к. с. $d=1004$, г.—нейтральная; количество бѣлка—1,0 гр. ($1/2$ %/о). Въ осадкѣ немного клѣтокъ плоскаго эпитеція и очень немногихъ короткихъ зернистыхъ цилиндровъ. Аппетитъ плохой; порядочный упадокъ силъ; вялое, апатичное настроеніе. Т° утромъ 36,8, вечеромъ 38,7.

Назначены: легкая, смѣшанная діета, ванны въ 28° 1 разъ въ день и infus. Jresac. (0,2—90,0)+codein (0,6) черезъ 2 часа по столовой ложкѣ. Черезъ 5 дней т° послѣ нѣсколькихъ колебаній между 37,0 по утрамъ и 38,5—39,0 по вечерамъ, пришла къ норіи и въ теченіе всего дальнѣйшаго наблюденія лишь нѣзрѣдка повышалась до 37,2—37,4 по вечерамъ. Цифимоническій фокусъ у лѣвой лопатки сталъ разгнѣваться, уменьшился метеоризмъ, появился небольшой аппетитъ. Поносы то прекращались, то усиливались, до 4—8 жидкихъ испражнений въ день. Настроеніе по прежнему крайне угнетенное, безучастное. Какъ въ теченіе пикророзовато-пурпурнаго періода, такъ и всѣ слѣдующіе дни У оставалось повышеннымъ, колебалась между 2000—2500 к. с., при $d=1003$ —1007 и при количествѣ бѣлка колебавшимся между 1,0—сгдмдм. На 4-й недѣлѣ наблюденія появились боли въ животѣ, довольно значительная чувствительность въ области печени, иктеричность склеръ, а также и кожи. На слѣдующей недѣлѣ опредѣлены небольшой асцитъ. Общее состояніе значительно ухудшилось, появились головныя боли, полная потеря аппетита, глубокое общее угнетеніе. Нѣзрѣдка бывали рвоты и довольно часто судороги въ икрахъ. На 6-й недѣлѣ т° стала повышаться до 38,5—39,0 по вечерамъ, появились боли въ лѣвомъ боку и сухой кашель, сталъ нарастать асцитъ, появилась отеочность ногъ. Въ началѣ 7-й недѣли животъ усилился поносъ и появились частыя рвоты, а на 46-й день наблюденія Ч—въ спонсалась дойла до крайней степени упадка силъ и исхуданія. Почти до послѣднато дня У оставалось повышеннымъ, колебалась между 1800—2000—2100 при $d=1004$ —1008 и при количествѣ бѣлка—2,0—1,0. Со времени появления желтухи окраска мочи была слабо иктерической, а окраска испражнений бѣловатъ къ норіи.

Впрыскиваніе метилголовой сини было произведено на 2-й недѣлѣ наблюденія 26-го въ 11 ч. дня.

За сутки, истекшія передъ впрыскиваніемъ, $U=2000$ к. с. $d=1003$ г.—нейтральная, бѣлка—сгдмдм. Моча прозрачная, почти безцвѣтная. Въ осадкѣ (центрифуга) найденъ въ незначительномъ количествѣ гліалыновыя и зернистыя цилиндры и очень немногихъ лейкоцитовъ.

Выдѣленіе метилголовой сини:

Начало: М. черезъ 17 ч. Maximum: М. —26 ч. (слабый)
 Члг. " 1/2 ч. Члг. — 3 ч. (порядочный)
 Продолжительность выдѣленія: М. —30 ч.
 Члг. —70 "
 Интенсивность maximum'a—II—III.

Преобладающая форма выдѣленія: Члг; М выдѣлялась недолго и очень слабо. Кривыя выдѣленія: М. и общая кривая постоянныя циклическія. Общее количество мочи за все время выдѣленія—5100 к. с.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Г. С. Кулеша). Средняго роста, сильно истощенное тѣло. Утренняая иктерическая окраска кожныхъ. Кожа тонкая, сухая, на нижнихъ конечностяхъ слегка отеочна. Сердечная сумка содержитъ немного свѣтлой, серозной жидкости. Размѣры сердца: 10,5, 8,5, 1,0. Мышца сердца очень дряблая. Буровато-желтаго цвѣта, легко рвется. Эндокардія лѣваго желудочка мутная; клапаны слегка утолщены, не притянуты. Аорта нѣжна и лишь у коронарныхъ отверстій находится небольшой, бѣлый, плотный бляшкѣ. Оба легкія свободно лежатъ въ полостяхъ плевры. Поверхность плевры обоихъ легкихъ обильно усыяна мелкими, сѣроватыми, просвѣчивающимися бугорками. Бронхиальныя железы казеозно перерождены. Тянь легкѣхъ иссу проходила для воздуха, довольно богата кровью, слегка отеочна, бугорковъ не содержитъ. Въ полости живота порядочное количество серозной, мутноватой жидкости. Висцеральный и париетальный листы реліонеа мутны, одѣты тонкими фибринозными налетомъ. На брюшнѣй кишкѣ, сквозь утолщенный реліонеумъ, просвѣчиваютъ желтые, сѣроватые узелки. Железы брюшнѣй кишкѣ набухли, казеозныхъ массъ не содержатъ. Желудокъ безъ существенныхъ измѣненій. Слизистая тонкихъ кишекъ бѣлая, отеочна; слизистая толстыхъ резко сѣро-аспиднаго цвѣта, также отеочна. Язвъ въ кишечникѣ нѣтъ. Печень немного уменьшена въ размѣрахъ: 23,0; 14,0; 0,9; поверхность ея шероховатая, слабо-зернистая; тянь плотна, въ разрѣзѣ хрупится; края разрыва острые; на поверхности разрыва видны болѣе или менѣе обведенная бѣловатымъ полосою дольки печени разнообразной величины. Желчный пузырь растянутъ, содержитъ много жидкой, слабо окрашенной желчи. Желчные протоки проходныя. Селезенка немного увеличена въ размѣрѣ 12,5; 7,9; 4,0. Капсула ея мутная, фиброзно утолщена. Мѣстами покрыта фибринозными налетомъ. Тянь ея въ разрѣзѣ довольно плотна, бѣдно-краснаго цвѣта, не высказывается; трабекулы утѣрено развиты.

Почки слегка увеличены почти одинаковыхъ размѣровъ 11,5; 6,0; 2,5; явь правой 175 гр.; явь лѣвой 170 гр. Капсула снимается расщепляясь. Поверхность желтаво-краснаго цвѣта, слабо зернистая, съ мелкими, довольно частыми пузырьками наполненными серозной жидкостью. Корка слегка утолщена, бѣдно-сѣраго цвѣта, утѣреной дряблості. Пирамидки богаты кровью. Лопанки слегка растянуты; слизистая ихъ безъ измѣ-

нений; из сосочков выдавливается немного мутной жидкости. Мочеточники, ушеры и предстательная железа без существенных изменений.

Мягкая оболочка мозга и вещество его умеренно отечны; сосуды основания мозга склерозированы.

Микроскопическое исследование:

При микроскопическом исследовании почек замечается умеренное, по преимуществу очаговое развитие интерстициальной соединительной ткани, при порядочных дегенеративных изменениях эпителия канальцев и значительных дегенеративных изменениях эпителия канальцев Гензельской петли и прямых канальцев, и склероз сосудов. Мочевые канальцы коркового слоя почки слегка отдалены друг от друга умеренно-равнившейся интерстициальной соединительной тканью; но довольно часто попадаются места, где соединительная ткань почти сплошь занимает поле зрения и где канальцы почти отсутствуют. В таких местах замечается умеренная мелкоклеточная инфильтрация. Эпителий извитых мочевых канальцев нередко представляется набухшим; иногда шелушится. Ядра его то хорошо окрасились, то чаще мутно, и нередко попадают клетки с совершенно неокрасившимися ядрами и только в самой начальной части канальца эпителий почти всегда сохранил свой нормальный вид. Вблизи очагов значительного развития соединительной ткани встречаются канальцы с пролиферирующим эпителием. Эпителий прямых канальцев и Гензельской петли всюду набух, часто выталкивает; ядра его большей частью плохо окрасились, нередко совсем не восприняли окраски, причем такие канальцы также располагаются большей частью очагами. В просвете канальцев часто замечаются клетки отставного эпителия и мелкоклеточная масса; реже просвет выполнен вязкотугой гомогенной массой, что чаще наблюдается среди извитых канальцев, которые в отдельных случаях значительно при этом растянуты. Капсула клубочков большей частью тонкая, реже слегка утолщена; эпителий капсулы большей частью сохранился, иногда выталкивает слегка расширенное капсульное пространство. Петли капилляров клубочка довольно хорошо очерчены, умеренно наполнены кровью и лишь в немногих клубочках отдаленные петли утолщены, капабы фиалково перерожжены. Ядра покрывающего их эпителия всюду обильны, хорошо окрасились. Очень редко попадаются уменьшенные и выполненные гемогенной массой кап-бы атрофированные клубочки. Капилляры, обвивающие канальцы, также умеренно наполнены кровью, не растянуты. Intima артерий почек порядочно утолщена. Реакция на аммоний отрицательная.

Дольки печени представляют окруженными большей частью небольшим количеством разнившейся межклеточной соединительной ткани, и лишь в отдельных случаях они представляются порядочно уменьшенными в размерах. Среди равнившейся межклеточной ткани замечаются новообразованные желчные каналы. Паренхима долек представляет местами незначительными, местами довольно рыхлыми, паренхиматозными изгибами; некоторые печеночные клетки содержат в себе зерна желчного пигмента.

Анатомический диагноз: *Arteriosclerosis. Endoarteritis chr. circumscripta. Nephritis interstitialis chr. diffusa. Cirrhosis hepatis atrophica. Degeneratio caseosa tuberculosa glandul. lymphat. bronchialium. Pleuritis tuberculosa dupl. Peritonitis tuberculosa, serofibrinosa acuta. Degeneratio parenchymatosa renum, myocardii et hepatis. Oedema pulmonum et cerebri. Icterus. Anasarca.*

Наблюдение № 57.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chronica. Infectiones pneumonicae reiteratae. Induratio arterialis. Hypertrophia ventr. sin. cordis. Nephritis interstitialis chr. Intoxicatio alcoholica acuta gravis. Insufficiencia cordis. Hyperlymphia universalis (anasarca, hydrothorax bilateralis), bradycardia. Nephritis parenchymatosa toxica. Enteritis subacuta, bronchitis subacuta. Ulcus varicosum cruris sin.*

Poliuria, albuminuria, cylindruria.

Илья Д.—в, 35 лет, поступил в больницу 5 февраля 1898 г.: отеки, головная боль, кашель. Отеки нижних конечностей, а затем и лица появились две 6—7 назад, ввиду за продолжительным злоупотреблением алкоголя (от 1/2 до 1 бутылки водки ежедневно в продолжении 1 1/2 лет). Одновременно с отеками унисали, существующий уже около 3—4 лет камень, появились головные боли, а в последнее два для одышки. Общие отеки появились впервые; отеки же левой стопы и голени, на которой существует около 5 лет злое поджигивающая язва, наблюдали довольно часто и раньше. Язва на голени появилась после ушиба при падении; она то подживает, то вновь открывается, особенно при работе в стоячем положении.

Патологическое прошлое: в детстве (на 6—8 год) какое-то длительное (около 2 месяцев) инфекционное заболевание (жар, кашель), на 16—18 г. повидимому, сыпной тиф, а в последние 2—3 года изредка бывали поносы, головные боли и почти постоянный кашель, с небольшим количеством мокроты, без крови. Алкоголь употребляет 12 в порядочном количестве, нередко дольня. Отсутствие указаний на патологическую наследственность, лих, малярия и анамнез со свином.

Уроженец Помеховского уезда Ярославской губернии; до 23-х лет жил в деревне, в бедной крестьянской семье; последние 12 лет живет в СПб. занимается токарным мастерством. Помещение для работы сырое, лишь удовлетворительная, преимущественно, масляная.

Высокого роста, умеренного питания, бледен. Общая порядочная отечность кожи всего тела. В средней трети левой голени круглой формы язва, около 5 сант., в диаметре, с приподнятыми краями и покрытыми влажными грануляциями дном. Кожная вена левой голени и отчасти бедра порядочно расширены, извиты. Покр. пригипсованного звука и ослабленных дыхательных шумов на обеих сторонах груди, явизу, ширину в ладонь. Умеренное количество сухих и влажных хрипов выше пригипсования. Мокрота слизисто-гнойная, скудная; туберкулезных палочек

въ ней не найдено. R—24 въ 1°. Толщ. сердца между 6—7 ребр. на палец кнаружи от лѣв. соска; верхняя граница на 4-мъ ребрѣ, правая сливается съ тупостью нижняго отдѣла грудной кѣтки. Толщ. сердца глухи. Артерій плотны, не навити; P—порядочнаго напряженія, 40 въ 1°. Pot. (правая лучевая) = 19. Повышенная релаксация и чувствительность къ давленію въ области печени, край которой, равно какъ и селезенка не прощупываются. Животъ слегка раздутъ; стулъ 1 разъ въ день жидкій. При микроскопическомъ изслѣдованіи испражнений найдены мышечныя волокна, растительныя кѣтки и распады; туберкулезныхъ папочекъ и яицъ глисты не найдено.

Моча свѣтло-желтаго цвѣта, прозрачна; U=2000 к. с.; d=1009 г.—кислая, блѣзокъ=4.0 (2°/оо). Въ осадкѣ (центрифуга) найдены: очень немногіе короткіе зернистые цилиндры и лейкоциты. Реакціи на сахаръ и желчные пигменты—отрицательныя. Языкъ немного обожженъ, аппетитъ плохой, жажда. Сонъ порядочный, самочувствіе подавленное. Тѣ во все время болѣзненнаго наблюденія въ предѣлахъ нормы (36.5—36.8). При бактериологическомъ изслѣдованіи гноя изъ язвы на лѣвой голени найдены бѣлый и желтый пастбищевые. Моча, при бактериологическомъ изслѣдованіи, произведенномъ на 3-й день, была найдена стерильной.

Назвачены: молочная діета, сухая перевязка язвы на голени и коденъ при камѣ. Течение благопріятное: уже къ концу 1-й недѣли исчезла отечность въ янѣ и туловищѣ и тупость въ нижнихъ отдѣлахъ грудной кѣтки, значительно уменьшился камень, прекратился поносъ. Къ концу 3-й недѣли исчезла отечность на нижнихъ конечностяхъ и почти совершенно прекратился камень.

У уже на второй день достигло 3000 к. с. при d=1005—1007 и, поддерживаясь на этой цифрѣ около недѣли, въ дальнѣйшемъ колебалось между 2000—1800 к. с. при d=1008—1008. Суточное количество была въ теченіе 1-й недѣли колебалось около 3,0 (1—2°/оо), на второй недѣли около 2,0—1,5 гр. (1/2°/оо), на 3-й и 4-й недѣли опредѣлялись лишь слѣды его; при дальнѣйшемъ же наблюденіи блѣзокъ то исчезали, то вновь появлялись въ ничтожныхъ количествахъ. На 3-й недѣли еще были найдены цилиндры въ осадкѣ мочи, а затѣмъ уже ни разу не были находимы. P въ теченіе 1-й недѣли колебался между 40—50 въ 1°, на 2-й недѣли 55—70 въ 1°, начиная же съ 3-й установился на 80—85 въ 1° и оставался въ этихъ предѣлахъ до конца наблюденія. Pot. на 5-й день=23, а затѣмъ=20—22. Размеры сердечной тупости уменьшились, но немногіе сердечный толчекъ до конца наблюденія опредѣлялся между 6—7 по сосковой. Начиная со 2-й недѣли молочная діета замѣнена мясной, переносившаяся многими удовлетворительно. Самочувствіе болѣею частью удовлетворительно: нѣрѣдка бывали головныя боли, суророги въ икрахъ и чувство онемѣнія въ пальцахъ рукъ. При изслѣдованіи глазного дна (М. К. Эрротъ), произведенномъ на 4-й недѣли никакихъ существенныхъ измѣненій не найдено. Язва на голени подлѣжна доволно медленно и окончательнѣ закрывалась лишь къ концу втораго мѣсяца. Изъ терапевтическихъ мѣръ, кромѣ легкихъ возбуждающихъ, и время отъ времени ваннъ, были применены также КД, но скоро были отменены въ виду быстро развивающагося іодизма.

На 78-й день D—въ выписался изъ больницы значительно окрѣпшимъ. Въ день выписки отмѣчено: толщ. сердца между 6—7 по сосковой; верхняя граница сердечной тупости на 4-мъ ребрѣ, правая по лѣвому краю грудныя. P=86 въ 1°; Pot=22; R=18.

Отправленъ кшеченна правилны. Отоковы нѣтъ. Состояніе силъ удовлетворительно; остается небольшая бѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ. U=1800 к. с., d=1006, г—кислая. Бѣзка и цилиндры (центрифуга) не найдено. Вѣсъ при поступленіи=78,000, въ концѣ 3-й недѣли=68,000, при выпискѣ=70,500 гр.

Изслѣдованіе выдѣленія метилозой сими было произведено дважды:

Первое выписываніе было произведено на 2-й день 6-го февраля въ 10 утра.

За сутки, истекшія передъ выписываніемъ U=2000 к. с., d=1009, г—кислая, блѣзокъ=4.0 гр. (2°/оо). Моча свѣтло-желтаго цвѣта, прозрачна. Въ осадкѣ найдены: немногіе зернистые цилиндры и лейкоциты. Отрицательныя реакціи на желчные пигменты и сахаръ.

Суточное количество мочевины=18,8; сут. коэф. P₂=0,0=0,95 Pot. (правая лучевая)=19.

Выдѣленіе метилозой сими:

Начало: M. — 1/2 Maximum: M. — 3 ч.
Chg. — 1/2 Chg. — 3 ч.

Продолжительность: M. — 20 ч.
Chg. — 88 ч.

Интенсивность общаго maximum'a=II.

Преобладающая форма выдѣленія—Chg.

Кривыя выдѣленія M, Chg и общая кривая постоянныя циклическія. Интенсивность maximum'a общей кривой въ теченіе 24 час. почти не измѣнялась.

Второе выписываніе было произведено за 5 дней до выписки.

За сутки, истекшія передъ выписываніемъ U=1800 к. с., d=1007 г—кислая, бѣзка и цилиндры не найдено. Pot. (правая лучевая)=22.

Выдѣленіе метилозой сими:

Начало: M. черезъ 1/2 ч. Maximum: M. — 3 ч.
Chg. — 1/2 ч. Chg. — 2 ч.

Продолжительность выдѣленія: M. — 58 ч.
Chg. — 82 ч.

Интенсивность общаго maximum'a=II.

Преобладающая форма выдѣленія: до 58 ч. равномерное выдѣленіе M. и Chg, послѣ 58 ч. выдѣляется только Chg.

Кривая выдѣленія M, Chg. и общая кривая: постоянныя циклическія.

Наблюдение № 58.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chron. Enteritis recidens. Nephritis interstitialis chron. (toxica?) Induratio articularis, hypertrophia ventr. sin. cordis. Intoxicatio alcoholica acuta gravis, excessus alimentarius. Enteritis subacuta. Myodegeneratio (?) et insufficientia cordis: dilatatio cordis, hyperlymphia universalis (anasarca, hydrothorax bilater., ascites, hyperaemia passiva hepatis et renum.*

Oliguria, albuminuria, cylindruria.

Дмитрий П-в, 47 лет, поступил в 6-й пу 3-го Марта 1898 г.: отеки, кашель, одышка. Хворает около 2-х лет; заблуждение развилось вследствие за значительным злоупотреблением алкоголя и обнаружилось повсюду: головной болью и отеками лица и ног, к которым в последние дни присоединились одышка и кашель. Последние недели болезненного состояния совпала с масличной, в течение которой П-в продолжал злоупотреблять алкоголем, ежедневно выпивая по 1/2—1 бутылки водки и был недержан в пище. Отеки появляются у П-ва вены; кашлем и одышкой он раньше никогда не страдал. До настоящего заблуждения всегда пользовался хорошим здоровьем и лишь недавно, в последние два-три года, обыкновенно носил алкогольных эксцессов, у него бывали поносы и кратковременная головная боль. Спиртные напитки употреблял 10—12, в порядочном количестве, ежедневно, редко выкидыв. В 6-м дожития в первый раз, и в в действств, ни в последующие годы никаких серьезных заблуждений не имела.

В СПБ. живет 10 лет, работая в качестве артельщика на бирже; пользуется хорошими условиями помещения и питания. До приезда в СПБ. жил в Архангельской губернии, занимаясь сельским хозяйством. Отсутствие указаний на патологическую наследственность, лиц и занятия со свинцом.

Среднего роста, хорошего питания, кривого сложения. Порядочная отечность кожи лица, конечностей и туловища, умеренная истеричность скелета. В нижних отделах грудной клетки определяется небольшой понос притупленного звука и ослабленных дыхательных шумов. Небольшой сухой кашель, R=23 в 1. Толчок сердца между 6—7 реб. на 1/2 пальца внаружи от лвого соска, правая граница сердечной тупости по средней линии грудины, верхняя на 4-м ребр. Тоны сердца чисты, P=хорошего наполнения, 88 в 1, правильного ритма; Pot. (правая лучевая)=21. Артерия слегка уплотнена. Умеренная чувствительность живота к давлению в области пупка, край которой не прощупывается. Селезенка не определяется. Небольшой асцит (на ладонь ниже пупка). U=600 к. с. d=1013, блонд=0.3 (1/2 %). Моча красновато-желтого цвета, кислой реакции. В осадке найдены в небольшом количестве короткие, зернистые цилиндры и немного лейкоцитов. Слабая положительная реакция на желчные пигменты; отрицательная реакция на сахар.

Стул 3 раза в день, жидкий, без болей. Общее состояние не представляется тяжелым; безновое, головная боль и кашель.

Назначены: сифанная диета и codein. Состояние 6-ного остается без перемены. На 4-й день назначают ванны в 30° 2 раза в день, молочную диету и затем кофеиный также без аналитического успеха. В начале 2-й недели наблюдения даны дважды каломель (по 0.2 гр. 2 раза в день) и одновременно назначены Inf. digitalis (6 дней) с тем совало уменьшение головных болей и небольшое повышение диуреза (U=900—1100, блонд=1/2 %); отеки не уменьшаются. Только с назначением диуретика (0.5 четыре раза в день) стал быстро повышаться диурез (U=2000, 2600, 2900, 3000), начали опадать отеки, и резко уменьшилось самочувствие. Через неделю от начала повышения диуреза прекратились поносы, исчезли hydrothorax и ascites и оставалась лишь небольшая отечность кожи голеней и стоп. Одновременно с этим количество белка в моче понизилось до 0.5 гр.—сидит, перестали определяться цилиндры в осадке, реакция на желчные пигменты.

На 24-й день П-в, по семейным обстоятельствам выписан из 6-цы, значительно оправившимся, но не вполне окрепшим.

В день выписки отмечено: толчок сердца между 6—7 реб. по лвой сосковой, правая и верхняя граница сердечной тупости в пределах нормы. P=74 в 1, Pot. (правая лучевая)=25. Незначительная отечность кожи голеней. U=3500 к. с. d=1007, блонд=сидит; в осадке цилиндров не найдено. Вось тда при поступлении=92, 200, при выписке=79, 800 гр.

Выписывание метиленовой сини было произведено на второй день наблюдения 4/III в 11 ч. утра. За сутки, истекшие перед выписыванием U=600 к. с. d=1012, г.—кислая, блонд=0.3 (1/2 %). Моча красновато-желтого цвета; слабая положительная реакция на желчные пигменты, отрицательная реакция на сахар. В осадке найдены: немного зернистых цилиндров и лейкоцитов. Уточн. колич. мочевины=16.7; уточн. колич. R, O₆=0.8; Pot. (в правой лучевой)=21.

Выделение метиленовой сини:

Начало: M. через 1 1/2 ч. Maximum: M. —5 ч.
Chr. " 45 м. Chr. —3 ч.

Продолжительность выделения: M. —74 ч.
Chr. —81 ч.

Интенсивность общего maximum'a—II.

Кривая выделения M, Chr. и общая кривая постоянны циклически. Преобладающая форма выделения Chr, M выделялось слабо, пост 29 ч. в количестве сидит.

Общее колич. мочи за все время выделения=2200 к. с.

Наблюдение № 59.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chron., refrigeratio habitualis. Nephritis interstitialis chr. Induratio arterialis. Hypertrophia ventr. sin. cordis. Enterocolitis acuta (ex autointoxicacione?). Bradycardia.*

Polyuria, albuminuria.

Демянш Г.—в. 48 лет поступил в больницу 31 Мая 1898 г.: понос, общий упадок сил.

Поносом страдает около 3—4 месяцев; появились они без видимой причины и в начале были непостоянными, в последние же 2—2½ месяца почти ежедневны. Слабит обыкновенно раз 5—7 в день жидко, чаще без боли, реже с тягущими болями по всему животу и живению. За все время заболевания только один раз замечал примесь алой крови в испражнениях. Геморроев никогда не страдал, отхождения гноя в испражнениях не замечал. Почти одновременно с поносами появились головные боли и довольно частые судороги в икрах. В течение последнего года по временам испытывает онемение в пальцах рук. Отеков никогда не замечал. Порядочно худеет и ослабел за время болезни и в течение последнего месяца почти не работает.

Патологическое прошлое: в детском возрасте, на 19 году повидимому сыпной тиф (переходил почти всё в деревню) и в последние 3—4 года, благодаря занятию рыболовством и сопряженным с последним частым промоканием нередко „простужался“ (кашель, насморк, общая ломота во теле). Отсутствие указаний на лих, трепет и занятия со свином. Около 15 лет злоупотребляет алкоголем.

Уроженец Тверской губернии, крестьянин, почти все время жил в деревне занимаясь сельским хозяйством, пользовался порядочным достатком. Последние 4 года занимается рыболовным промыслом; ничья в последние годы та мясная, то рыбная в достаточном количестве, хорошего качества. Никаких указаний на патологическую наследственность в семье. Отец 70 лет жив; мать умерла на 35—37 году после родов, 4 брата и 1 сестра пользуются хорошим здоровьем.

Среднего роста, довольно истощенный мужчина, выглядит старше своих лет. Кожа заметно истощена, суха, шелушится, не отчетна. Границы легких слегка понижены, подвижны. При дыхании выслушиваются в умеренном количестве сухие хрипы. Мокроты не отделяет. R=18. Толчек сердца между 4; реб. на 1 палец внаружи от л. в. сосковой, слабый. Сердце прикрыто; первый тоя у верхушки и на аорте усилен. Артерии умеренной плотности. Р правильного ритма, 52 в 1'; Pot=24. Живот не радул, мало чувствителен к давлению, печень и селезенка не прощупываются. Моча светло-желтого цвета, прозрачна.

U=1000 к. с. (не вся) d=1008, г.—кислая, б/бл.—слизи. В осадке (центрифуга) найдены в незначительном количестве лейкоциты и клетки плоского эпителия; цилиндров не найдено. Стул 5 раз в сутки, водянистый, слабо-окрашенный, с небольшой примесью слизи. При микроскопическом исследовании испражнений найдены в порядочном количестве обрывки мышечных волокон, распад, очень немного лейкоцитов. Инд гноя и туберкулезных палочек не найдено. Язык слегка обожжен, суховат; порядочная жажда; аппетит сохранен. Рефлексы в пределах нормы, сон хороший. Самочувствие несколько утешено; жалуются на частые судороги в икрах. Зрение не нарушено и при офтальмоскопическом исследовании глаз (М. К. Эррот) никаких существенных изменений не обнаружено. В все время наблюдения колебалась в пределах нормы.

Назначены: ваина в 30° ежедневно и молочная диета, которая через неделю замедлилась по просьбе больного легкой сытной пищей. В течение первых 2-х недель состояние весьма непостоянно: поносы то уменьшались, то, без видимой причины, вновь усиливались; иногда усиление поноса сопровождалось уменьшением головных болей и более бодрим самочувствием, в другие дни и головные боли и частый понос совпадали. После ваины выделение пота ничтожное. Р все время оставался замедленным (48, 52 в 1'). Pot. колебалась между 20—24. U то увеличивалось, то уменьшалось, колебалась между 1000—2800 к. с. при d=1007—1004. Количество б/бл. в мочи больше частью = слизи и только 2 раза = 1% (1,0—1,3 gr. pro die). Цилиндров в осадке ни разу не было обнаружено. На другой неделе назначены теплые ежедневные ванны (в 30°) и танальбин по 0,5 три раза в день, с чем совпало исчезновение слизи в испражнениях, уменьшение поноса (до 1—2 раза в день) и улучшение общего состояния: прекратились судороги в икрах, реже головные боли, увеличился вст тела (на 2 klg.) при отсутствии отеков. Б/бл. в мочи то исчезали, то вновь появлялись в количестве слизи. Р повысился до 62—70 в 1'; состояние сил улучшилось, кашель прекратился.

На 29-й день Г.—в. выписался оправившимся, но не вложил еще окрившим. В день выписки отклонен: самочувствие хорошее; стул 2 раза в день кашпообразной консистенции. Толчек сердца поперемну между 4; реб.; P=62 в 1'. Pot=24. U=1600 к. с. d=1007, б/бл.—слизи, цилиндров не найдено.

Выяскивание метиленовой сини было произведено в 1-й день наблюдения U/V в 12 ч. дня. За сутки, истекшая перед выяскиванием U=1000 (не вся), d=1008, реакция кислая, б/бл.—слизи. Моча светло-желтого цвета, прозрачна; в осадке (центрифуга) найдены в незначительном количестве клетки плоского эпителия и лейкоциты; цилиндров не найдено. Реакция на сахар отрицательная. Колич. мочевины на 1000=12,0; колич. P, 0, = 0, 52. Pot=23.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. — 5 ч.
 Chr. — $\frac{1}{2}$ ч. Chr. — 3 ч.

Продолжительность выделения: М. — 56 ч.
 Chr. — 88 ч.

Интенсивность общего maximum'a — II.

Преобладающая форма выделения Chr: М. выделялось малыми количествами и только в течение 56 ч. Кривая выделения М, Chr и общая кривая: постоянным циклическим; продолжительность общего maximum'a — 82 ч. Общее колич. мочи за все время выделения = 11200 к. с. В течение первых 2-х дней выделения метиленовой сини были повторно исследованы на содержание М и Chr слюны и профильтрованного жидкого испражнения с отрицательным результатом.

VI-я группа состоит из наблюдений над 11-ю лицами, заболевание которых протекало при наличии явлений почечной атрофии или так называемого хронического интерстициального нефрита.

В клиническом отношении эта группа больных также, как и предыдущая, представляет собой серию хроников, поступивших под наше наблюдение со сложной комбинацией патологических явлений, развившихся под влиянием глубокого нарушения функции почек вследствие хронического интерстициального нефрита, у 8-ми больных подтвержденного вскрытием и патолого-анатомическим исследованием почек.

Ближайшая этиология заболевания у различных лиц этой группы представляется неодинаковой и у большинства недостаточно ясной. В одном случае (набл. № 49) заболевание, видимо, развивалось под влиянием хронических свинцовой и алкогольной интоксикаций, в трех случаях (набл. № 51, 53 и 54) хронический воспалительный процесс в почках, по-видимому, развивается вслед за перенесенным ранее острым нефритом, в трех случаях (набл. № 56, 58 и 59) наиболее вероятной причиной заболевания представляется хроническая алкогольная интоксикация и, может быть, сопутствовавшая последней расстройству со стороны желудочно-кишечного канала, в одном случае (набл. № 57) в качестве ближай-

шего этиологического момента можно было заподозрить влияние повторных инфекционных поражений дыхательных путей, и у трех (набл. № 50, 52 и 55) заболевание развивалось, может быть, под влиянием перенесенных ранее обиходных инфекций (корь, скарлатина, оспа и т. п.).

Приходится также принять в соображение, что значительная часть наших пациентов этой группы — люди физического труда, в условиях жизни которых отмечены различного рода дефекты, как недостаточное питание, тяжелая работа, частые охлаждения тела.

Развившийся под влиянием перечисленных патологических условий атрофический воспалительный процесс у 5 пациентов (набл. № 49, 50, 51, 52 и 54), видимо, прогрессировал очень медленно, впрочем, в течение нескольких лет и, очевидно, долгое время протекал в скрытом состоянии, изредка лишь вызывая кратковременные расстройства, не обращавшие на себя серьезного внимания больных. В ближайшем патологическом прошлом у большинства из них едва лишь отмечены те явления, на основании которых можно было бы заподозрить существование глубокого хронического процесса в почках, обнаруженного у всех при вскрытии. Среди этих явлений постепенно нарастающей упадок сил и понижение работоспособности отмечены более часто; довольно часто обращали внимание указания на повторные, появлявшиеся без видимой причины припадки головных болей и поморозы; трое больных (набл. № 49, 50, и 54), кроме того же близлежащих явлений, указывали на замеченную ими уменьшенную переносимость по отношению к алкоголю и один (набл. № 54) — на особенную чувствительность к пищевому режиму (ухудшение самочувствия при мясной пище). Лишь незадолго до начала нашего наблюдения (за 6—4—2 месяца) те же близлежащие явления принимают у них более тяжелый характер и некоторых впервые заставляют искать врачебной помощи.

Очевидно, патологический процесс в почках и вызванное им расстройство функций их в течение долгого времени были вполне или в значительной степени компенсированы, может быть, благодаря тому, что процесс развивался медленно и притом у людей молодого возраста с достаточно крепкой общей организацией и, впрочем, с хорошим запасом компенсирующих средств.

В двух других случаях, также проявлявшихся вскрытием (набл. №№ 53 и 55), глубокий атрофический процесс в почках, видимо также развившийся годами, протекает более тяжело, и уже в сравнительно отдаленном прошлом этих больных начинается обнаруживаться болезненными явлениями, среди которых преобладают явления, указывающие на повторные приступы расстройства сердечной компенсации. С большой вероятностью можно предположить, что у обоих уже с самого начала заболевания компенсация расстройства функции почек была организована недостаточно сильно, вследствие чего и общее равновесие оказалось менее стойким.

У остальных четырех больных этой группы (набл. №№ 56, 57, 58 и 59), судя по их прошлому, патологический процесс и расстройство функции почек, вероятно, были выражены в значительно меньшей степени и до самого последнего времени, видимо, были достаточно компенсированы.

У одного из них (набл. № 56) предположение это в значительной степени подтвердилось вскрытием, у трех остальных — результатами клинического исследования и наблюдения.

Под наше наблюдение все больные этой группы поступили в период расстройства компенсации функции почек, развивающегося в 4-х случаях (набл. №№ 49, 50, 51 и 52) вследствие глубокого и неудержимо прогрессирующего общего истощения компенсирующих средств, в 3-х случаях (набл. №№ 53, 54 и 56) под влиянием острой инфекции, поразившей дыхательные пути, в 2-х случаях (набл. №№ 55 и 59) вследствие временного истощения компенсирующих средств и в 2-х случаях (набл. №№ 57 и 58) под влиянием острой алкогольной интоксикации. Наблюдавшиеся при этом патологические явления у различных лиц этой группы распределялись следующим образом.

У всех наблюдались мочевые аномалии, указывавшие на расстройство функции почек и выражавшиеся у 9 больных альбуминурией, низким удельным весом мочи и присутствием в осадке цилиндров, при суточном количестве мочи увеличенном (набл. №№ 51, 55, 56, 57 и 58), близком к норме (набл. 49 и 50) или уменьшенном (набл. 53 и 54); в 1-м случае (набл. № 52) отмечены только альбуминурия и низкий удельный вес мочи, при близком к норме суточном количестве мочи и при отсутствии цилиндров и в 1-м случае

(набл. 59) альбуминурия, низкий удельный вес мочи и полиурия, при отсутствии цилиндров в осадке.

Альбуминурия почти у всех больных этой группы была выражена в незначительной степени (1,0—2,0—4,0 gr. pro die); у одного же (набл. № 52) она появлялась не всегда и не превышала следов и почти у всех обнаруживалась небольшая колебания, уменьшаясь в период улучшения деятельности сердца и увеличиваясь в период ухудшения.

Среди других аномалий со стороны мочи укажем на отмеченную преимущественно у больных с большими атрофическими изменениями в почках, бледную окраску мочи, не изменявшуюся даже в те дни, когда наблюдалась значительная олигурия. Укажем также на отмеченные у 4 лиц (набл. №№ 50, 52, 53 и 59) уменьшение суточного количества мочевины (16,5—8,2) и уменьшение суточного количества P_2O_5 (0,84—0,35) и у одного больного (набл. № 49) на значительное уменьшение суточного количества всех составных веществ мочи.

Довольно часто также наблюдались патологические явления со стороны аппарата кровообращения, у большинства выразившиеся в обычной клинической комбинации. Именно, у 8 лиц (набл. №№ 49, 50, 51, 54, 55, 57, 58 и 59) отмечены явления гипертрофии сердца, большей частью одновременно с уфренной, реже с значительной (набл. № 55), дилатацией сердца.

У всех, за исключением одного случая (набл. № 51) отмечены явления раннего уплотнения артерий, в 2-х случаях (набл. №№ 55 и 56) выразившиеся в более резкой форме и у обоих сопровождавшегося умышленным атероматозом аорты. Артериальное давление у большинства отмечено в цифрах, близких к норме (15—18—21), у некоторых же (набл. 51, 55, 57 и 59) оно отмечено высоким (24—27).

Явления функциональной недостаточности сердца наблюдались также довольно часто и у большинства выразились явлениями дилатации сердца и общего расстройства лимфо- и кровообращения (отеки, скопления жидкости в полостях, застойные явления, обнаруженные в органах на вскрытии). У некоторых больных, как, например, в набл. №№ 53, 54, 57 и 58 и особенно 55, явления недостаточности сердца занимали наиболее видное место в общей картине заболевания, причем в 2-х случаях они очевидно развились под влиянием острой инфек-

ции дыхательных путей (набл. № 53) и перикардия (набл. № 54), в 2-х случаях (набл. №№ 57 и 58) под влиянием острой алкогольной интоксикации и в 1 случае (набл. 55), где мы имели возможность наблюдать и тщательно изучить многократно повторявшиеся в течение наблюдения признаки недостаточности сердца, они, очевидно, находились в ближайшей зависимости от аутоинтоксикации вследствие недостаточности функции почек. У других лиц этой группы, как, например, в набл. №№ 49, 50 и 51, явления недостаточности сердца были выражены в более слабой степени (небольшая дилатация, незначительные общие отеки) и почти не выделялись в тяжелой картине быстро прогрессирующей у них общей аутоинтоксикации, развившейся вследствие глубокого нарушения функции почек и полного истощения средств для ее компенсации. В виду обилия у этих больных токсических явлений, можно допустить, что наблюдавшиеся у них в начале небольшие отеки были также токсического происхождения.

Разстройства со стороны *аппарата дыхания* у большинства наблюдались в слабой степени, в виде умбренной одышки и сухого бронхита, чаще всего отнесенных у больных с явлениями недостаточности сердца; в 3-х случаях (набл. №№ 53, 54 и 56) одышка очевидно зависела от наблюдавшейся у этих больных пнеймонической инфекции и в 3-х случаях (набл. №№ 49, 50 и 51), где наблюдалась так называемая субъективная одышка (глубокое, но неуценное дыхание, сопровождающееся чувством недостатка воздуха), она являлась на почве токсических влияний на центральную нервную систему.

Патологические явления со стороны *желудочно-кишечной функции* у большинства были выражены также в слабой степени, чаще всего в виде угнетения аппетита, рвже в виде поносов, в 3-х случаях (набл. №№ 53, 54 и 56), имевших тип верхнекишечного энтерита и в 1-м случае (набл. № 59) в форме упорного колита.

Только у трех больных этой группы (набл. №№ 49, 50 и 52) явления со стороны желудочно-кишечного канала наблюдались в более сильной степени и резко выделялись в клинической картине заболевания. У всех трех они выражались постоянными, почти ежедневными рвотами и болью в подложечной области, составившими наиболее упорный и мучительный сим-

томт заболевания. У двух (набл. №№ 50 и 52) наряду с этими явлениями наблюдалась еще повышенная резистенция в области рвоты, что при имевшихся у обоих значительном упадке питания и анэмии и при слабо-выраженных патологических свойствах мочи невольно наводило на предположение о существовании у обоих больных злокачественной опухоли в пиорической части желудка *). В случае № 2 предположение это казалось особенно правдоподобным, так как исследование рвотных масс и желудочного сока показало полное отсутствие свободной HCl при положительной реакции на молочную кислоту; в случае 52 исследование рвотных масс дало положительную реакцию на свободную HCl и отрицательную реакцию на молочную кислоту; в случае же № 49 исследование и рвотных масс и желудочного сока показало присутствие в них свободной HCl в количестве близком к норме и кроме того в желудочном соке были обнаружены следы мочевой кислоты. Больные эти в скором времени скончались при постепенно нарастающих уремических явлениях, и при вскрытии у всех трех со стороны желудка были найдены только умбренные явления атрофического катарра, при весьма значительных изменениях со стороны почек. Очевидно, что рвота у них была токсического (уремического) происхождения. Вропато такого же токсического происхождения были и те поносы, на которые мы указали выше. Только в случае № 59 с явлениями упорного колита можно было бы думать о зависимости его от какого-либо самостоятельного поражения толстой кишки (особенно о туберкулезе), но и в этом случае, принимая во внимание данные исследования и всю комбинацию наблюдавшихся здесь патологических явлений (гипертрофия сердца, плотность артерий, постоянная альбуминурия, малый удельный вес мочи, полиурия), предположение о токсическом происхождении колита наиболее вероятно.

Патологические явления со стороны *нервной системы* были наблюдаемы у лиц этой группы довольно часто. Чаще всего они выражались упорными головными болями и явлениями угнетения самочувствия, у некоторых, как, например, в случаях №№ 53 и 56, выражавшихся в особенно резкой форме. У некоторых (набл. №№ 49, 50, 52 и 57) одновременно с этими наблюдались судороги в мышцах конечностей, иногда

*) Оба больные были приняты в больницу с диагнозом сепсис рвоты.

отмѣненіе въ пальцахъ рукъ (набл. №№ 52 и 57), иногда разстройство зрѣнія; въ 2-хъ случаяхъ (набл. №№ 49 и 55) сопровождавшееся измѣненіемъ глазного дна, указывавшимъ на существованіе *neuroretinitis opticae*. Отмѣнить, что перечисленные явленія со стороны нервной системы чаще всего наблюдались и наиболее резко были выражены у тѣхъ больныхъ, въ прошломъ которыхъ отмѣчена хроническая алкогольная интоксикація.

Съ большей вѣроятностью можно признать указанные нервные явленія за симптомъ интоксикаціи уремического происхожденія, хроническое же алкогольное отравленіе, вѣроятно, играло роль патологическаго момента, способствовавшего особенному повышенію восприимчивости нервной системы.

Въ этомъ отношеніи представляетъ особенный интересъ больной Ч.—въ (набл. № 56), запойный алкоголикъ, у котораго тяжесть нервныхъ явленій (глубокая апатія, почти кома) совершенно не соответствовала ни наблюдавшимся при жизни клиническимъ признакамъ разстройства функцій почекъ, ни найденнымъ при вскрытіи небольшимъ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ въ нихъ. Очевидно, что въ данномъ случаѣ, благодаря значительному разстройству нервной системы, въслѣдствіе предшествовавшего алкоголизма, достаточно было небольшихъ нарушенийъ въ функціи почекъ, чтобы вызвать тяжелыя явленія.

Среди другихъ патологическихъ явленій, наблюдавшихся у лицъ этой группы, укажемъ на значительный упадокъ питанія и особенно на атрофическое состояніе кожи, салнаая и потоотдѣлительная функція которой у большинства представлялась значительно нарушенной. Укажемъ также, что эти явленія особенно часто наблюдались у больныхъ, при вскрытіи которыхъ были обнаружены глубокая атрофическая измѣненія въ почкахъ.

Такимъ образомъ, среди патологическихъ явленій, отмѣченныхъ у пациентовъ этой группы, явленія токсическія, находившіяся въ ближайшей связи съ недостаточностью функцій почекъ, у значительнаго большинства преобладали. Эта наиболее характерная особенность этой группы больныхъ-хрониковъ, которыхъ поистинѣ можно назвать почечными больными, такъ какъ упадокъ почечной функціи у нихъ игралъ первенствующую роль.

Что касается теченія заболѣванія, то у большинства оно отличалось тяжелымъ характеромъ, и изъ 11 больныхъ у 8 закончилось смертію.

Оно оказалось особенно тяжелымъ въ набл. №№ 49 и 50, и у обоихъ обнаружилось замѣчательное сходство въ постепенномъ развитіи почти однихъ и тѣхъ же болѣзненныхъ явленій (головныя боли, общее угнетеніе, рвоты, носовыя кровотеченія, признаки нарастающей сердечной слабости и т. п.), изъ которыхъ каждое, взятое въ отдѣльности, казалось, не имѣло въ себѣ ничего угрожающаго; тогда какъ общая сумма ихъ уже въ первые дни наблюденія производила удручающее впечатлѣніе начинающагося разстройства общаго функциональнаго равновѣсія, сразу поколебавшагося въ своихъ наиболее важныхъ устояхъ (первая система, органы пищеваренія, сердце, сосудистая система). Въ клиническомъ отношеніи эти случаи, какъ было указано раньше, являются типическими образцами наиболее неблагоприятной комбинаціи глубокаго разстройства функцій почекъ и полнаго истощенія средствъ для его компенсаціи. У обоихъ въ сравнительно короткій промежутокъ времени (черезъ 10—12 дней) наступила смерть при быстро нараставшихъ симптомахъ уреміи и у обоихъ на вскрытіи были обнаружены хроническій интерстиціальныя нефритъ съ глубокой атрофіей почекъ, значительная гипертрофія лѣваго желудочка сердца и незначительныя, частью дегенеративныя, частью атрофическія измѣненія въ другихъ органахъ. Кромѣ того въ случаѣ № 49 была найдена врожденная узость аорты, вѣроятно, игравшая существенную роль въ теченіи заболѣванія, какъ одинъ изъ моментовъ, способствовавшихъ болѣе быстрому истощенію наиболее важнаго компенсирующаго прибора—сердца.

Слѣдующіе два случая этой группы (набл. №№ 51 и 52) очень близко подходили къ двумъ предыдущимъ и отличались отъ нихъ главнымъ образомъ меньшей интенсивностью и меньшимъ богатствомъ токсическихъ явленій, а также медленнѣе наступившимъ смертельнымъ исходомъ (черезъ 1—3 мѣсяца).

Какъ на интересную особенность перваго изъ нихъ (набл. № 51) укажемъ на отмѣченную въ этомъ наблюдении особенную чувствительность къ пищевому режиму (быстрое ухудшеніе при мясной діетѣ и улучшеніе при молочномъ) въ первое время наблюденія представившему наиболее серьезный клинической признакъ, на основаніи котораго можно было заподозрить функциональную недостаточность почекъ. Тяжелый уремическій припадокъ развился въ этомъ случаѣ внезапно, и быстро закончился смертію. При вскрытіи были найдены: значительный атрофическій интер-

стициальный нефрит, гипертрофия лѣваго желудочка сердца и умѣренный дегенеративный измѣненіе миокардіа.

Интересная особенность второго случая (набл. № 52) заключалась въ томъ, что, несмотря на весьма глубокой атрофическій процессъ въ почкахъ, обнаруженный при вскрытіи, теченіе заболѣванія отличалось своей длительностью, являясь общимъ характеромъ и слабо выраженными токсическими явлениями. Очевидно, что при наблюдавшихся у этого больного глубокомъ упадкѣ питанія, полномъ отсутствіи аппетита и общемъ атрофическомъ состояніи всѣхъ органовъ, обнаруженномъ при вскрытіи, требованія этого организма по отношенію къ функціи почекъ были доведены до minimum'a и долгое время удовлетворялись функціей такихъ почекъ, часть дѣятельныхъ элементовъ которыхъ была почти совершенно уничтожена. Большой этотъ погибъ при явленіяхъ высокой степени общаго истощенія и въ этомъ отношеніи нельзя не отмѣтить сходство, которое обнаружило въ данномъ случаѣ хроническое страданіе почекъ, съ истощающими заболѣваніями, какъ ракъ или туберкулезъ.

Въ клиническомъ отношеніи оба случая являются типическими представителями такъ называемаго скрытаго нефрита.

Слѣдующіе два случая (набл. №№ 53 и 54) различались между собой по тяжести теченія заболѣванія у обоихъ, зависѣвшей и отъ значительнаго нарушенія функціи почекъ, и отъ случайно присоединившейся инфекции.

Какъ на особенность этихъ случаевъ укажемъ на отмѣченную у обоихъ малую устойчивость компенсаціи въ прошломъ (повторные отеки, частыя головныя боли, поносы и т. п.), а также на отмѣченную въ теченіе наблюденія слабую температурную реакцію, при множественной локализациі измѣненій, вызванныхъ инфекціей, поразившей въ первомъ случаѣ (набл. № 53) оба легкія, во второмъ (набл. № 54)—легкія и перикардіи. Отмѣтимъ также тяжесть теченія инфекціи и тяжесть вызванныхъ ею общихъ явленій, отразившихъ въ себѣ основное страданіе организма—недостаточность функціи почекъ: у обоихъ больныхъ токсическіе (уремическіе) симптомы преобладали.

Оба скончались черезъ нѣсколько дней и при вскрытіи у обоихъ былъ найденъ довольно значительный атрофическій интерстициальный нефритъ и порядочныя паренхиматозныя измѣненія въ почкахъ, послѣднія подъ влияніемъ острой инфекціи.

Изъ двухъ остальныхъ случаевъ, гдѣ мы имѣли возможность провести клиническое наблюденіе вскрытіемъ, наблюденіе № 55 представляетъ особенный клинический интересъ. Это случай хронической недостаточности почекъ, протекавшій при периодически повторявшихся и многочисленныхъ припадкахъ самоотравленія, всякій разъ выражавшіхся сложной комбинаціей патологическихъ явленій, среди которыхъ признаки недостаточности сердца стояли на первомъ планѣ. Припадки, видимо, развивались подъ влияніемъ временнаго истощенія компенсирующихъ средствъ и, судя по даннымъ наблюденіямъ, механизмъ происхожденія ихъ можно представить себѣ слѣдующимъ образомъ.

Вслѣдствіе недостаточности выдѣлительной функціи почекъ въ организмѣ происходила задержка продуктовъ обмена, для защиты отъ которыхъ являлась потребность въ усиленномъ расходѣ запасныхъ силъ другихъ органовъ, и пока ихъ было достаточно, общее функциональное равновѣсіе сохранялось въ полномъ объемѣ; въ дальѣйшемъ, по мѣрѣ расхода и истощенія запасныхъ силъ, недочеты функціи почекъ начинали брать перевѣсъ, происходило постепенное нарастаніе въ организмѣ невыдѣленныхъ токсическихъ продуктовъ и, на высотѣ его, уремической припадокъ, какъ результатъ разстройства общаго равновѣсія. Подъ влияніемъ терапіи и скуднаго пищевого режима (полная потеря аппетита во время припадковъ) равновѣсіе восстанавливалось и въ первое время даже съ избыткомъ, дававшимъ организмъ возможность какъ бы отдохнуть и оживить свои силы, а затѣмъ вновь начиналась неравная борьба, всегда заканчивавшаяся новымъ уремическимъ припадкомъ. Въ пользу такого объясненія говорятъ наши наблюденія относительно влияния на частоту припадковъ различнаго пищевого режима: при мясной діетѣ, требующей болѣе энергичной дѣятельности почекъ, припадки развивались скорѣе, при молочной діетѣ—позднѣе.

Въ клиническомъ отношеніи этотъ случай представляетъ собой образецъ комбинаціи хронической, но, видимо, умѣренной недостаточности почекъ и слабой организаціи компенсирующихъ ее средствъ. Въ условіяхъ болышней обстановки, при minimum'ѣ затратъ большою своихъ силъ и при существенной терапевтической помощи, эта неблагоприятная комбинація позволяла долгое время (наше наблюденіе продолжалась 18 мѣсяцевъ) существовать нашей больной, скончавшейся вслѣдствіе случайно присоединившагося пораженія кишечника (дисентеріи). При вскрытіи былъ обна-

руженъ хроническій интерстиціальныи нефритъ съ порядочной атрофіей почечной паренхимы, гипертрофія лѣваго желудка сердца, при значительныхъ дегенеративныхъ измѣненіяхъ миокардіа и рѣзко выраженной жировой инфильтраціи печени.

Въ терапевтическомъ отношеніи этотъ случай представляетъ большой интересъ по отношенію къ способу дѣйствія каломеля, который являлся въ данномъ случаѣ единственнымъ терапевтическимъ средствомъ, всегда оказывавшимъ весьма существенную помощь. Какъ видно изъ наблюденья, благоприятное дѣйствіе его всегда развивалось одновременно съ первыми симптомами меркуриализма и обнаруживалось вдругъ, почти критически, сразу вызывая рѣзкое улучшеніе всѣхъ болѣзненныхъ явленій припадковъ. Объяснить благотворное дѣйствіе его однимъ повышеніемъ діуреза трудно, особенно если принять въ соображеніе наши наблюденія надъ дѣйствіемъ въ этомъ же случаѣ діуретина.

Дѣйствіе каломеля въ этомъ случаѣ, очевидно, было болѣе сложнымъ; онъ не только увеличивалъ мочеотдѣлительную дѣятельность почекъ, но, вѣроятно, благотворно дѣйствовалъ на направленіе другихъ органовъ, напимѣръ, печени, можетъ быть, усиливая ея антитоксическую функцію; можетъ быть, непосредственно дѣйствуя разрушающимъ образомъ на токсины.

Нѣкоторое сходство съ сейчасъ разобраннымъ случаемъ представляютъ набл. №№ 57 и 58, гдѣ также наблюдалось временное расстройство компенсаціи почекъ, въ обоихъ случаяхъ происшедшее подъ влияніемъ острой алкогольной интоксикаціи. Такъ же, какъ и въ случаѣ № 55, расстройство компенсаціи выразилось въ этихъ случаяхъ главнымъ образомъ признаками недостаточности сердца. Течение заболѣванія у обоихъ было благоприятное и, судя по ближайшему прошлому этихъ больныхъ, по быстро возстановившемуся у нихъ равновѣсію и по хорошему состоянію питанія, можно думать, что у обоихъ патологическій процессъ въ почкахъ и вызванное имъ расстройство функціи почекъ были невелики, и что у обоихъ средства для компенсаціи этихъ недостатковъ въ общемъ были удовлетворительны.

Почти то же можно сказать и о случаѣ № 59, гдѣ наблюденіе также закончилось благоприятнымъ исходомъ. Наиболее интересную особенность этого случая представляютъ наблюдавшіеся у этого больного явленія упорнаго колита, о происхожденіи котораго мы говорили уже выше.

Наблюденіе № 56, закончившееся смертью больного при явленіяхъ милиарнаго туберкулеза, въ клиническомъ отношеніи представляетъ интересъ по указанному уже выше, несоотвѣтствію между тяжестью наблюдавшихся у этого больного патологическихъ явленій со стороны нервной системы и незначительными патолого-анатомическими и функциональными измѣненіями со стороны почекъ. Выше мы объяснили это несоотвѣтствіе особенно повышенной чувствительностью нервной системы въ слѣдствіе сильнаго и продолжительнаго злоупотребленія алкоголемъ и тяжелыхъ условій жизни больного; возможно однако, что извѣстная доля нервныхъ явленій зависѣла также и отъ существовавшей у этого больного туберкулезной инфекціи, при явленіяхъ обостренія которой онъ скончался. При вскрытіи его кромѣ милиарнаго туберкулеза были найдены небольшіи интерстиціальныи измѣненія со стороны почекъ и печени и рѣзко выраженный артерioskлерозъ.

Исслѣдованіе выдѣленія метиленовой сини у большинства лицъ этой группы было произведено по одному разу, чаще всего, въ началѣ наблюденья; въ одномъ случаѣ (набл. № 58) оно было произведено дважды, въ началѣ и въ концѣ наблюденья и въ одномъ случаѣ (набл. № 55) 6 разъ при различныхъ состояніяхъ больной и черезъ различные промежутки продолжительнаго наблюденья. Результаты исслѣдованія распредѣлялись слѣдующимъ образомъ.

У всѣхъ выдѣленіе метиленовой сини совершалась съ отклоненіями отъ нормальнаго типа, но количеству и интенсивности которыхъ всѣхъ пациентовъ этой группы можно раздѣлить на двѣ категоріи.

Къ первой категоріи мы относимъ первые семь случаевъ этой группы (наблюд. №№ 49—55), у которыхъ въ качествѣ аномалій выдѣленія отмѣчены: позднее начало выдѣленія М (черезъ $1\frac{1}{2}$ —2—6—14 ч.), и Chr (черезъ $1-1\frac{1}{2}$ —3—5 ч.), поздній maximum М (черезъ 4—6—8—24 ч.) и Chr (черезъ 5—7 ч.), значительно пониженную интенсивность общаго maximum'a (I—слѣды) и значительно увеличенную продолжительность выдѣленія М (86—115—122 ч.) и Chr (96—112—120). Кромѣ того, благодаря слабой интенсивности общаго maximum'a и увеличенной продолжительности выдѣленія М. С., общій видъ общей кривой (М+Chr) у всѣхъ больныхъ этой категоріи значительно отличался отъ таковаго у здоровыхъ лицъ; представленная графически общая кривая выдѣленія имѣла у нихъ видъ ломанной линіи со слабымъ

подъемом в начале, прямой посередине и с коротким спуском в конце и представляла таким образом некоторое сходство с линией контура гребной крышки. Таким образом почти все элементы кривой выделения М. С. оказались у этих больных резко нарушенными, и это обстоятельство можно считать как наиболее характерную особенность выделения у них М. С.

Что же касается отдельных моментов выделения, то среди них наибольшая степень отклонения от нормы наблюдалась со стороны продолжительности выделения, у всех превышавшей 100 часов, и со стороны интенсивности общего maximum'a, у всех оказавшейся резко уменьшенной (I—следы). Степень отклонения от нормы других моментов выделения М. С. обнаружилась меньшее постоянство. Так, например, отмеченные у всех поздний maximum M и Chr у отдельных лиц, как указано выше, были выражены неодинаково, колеблясь в пределах между 4—24 часами для M. и между 5—7 часами для Chr; то же явление наблюдалось и со времени начала выделения, как M, у отдельных лиц колебавшегося в пределах между 1½—14 ч., так и Chr, колебавшегося в пределах между 1—5 ч. С большим вѣроятностью можно предположить, что колебания во времени появления maximum'a M и maximum'a Chr, зависели от того, какой из этих форм выделения М. С. преобладала. Действительно в тех случаях, где преобладающей формой выделения М. С. отмечен Chr, как, например в набл. №№ 54 и 55, maximum для Chr наступил раньше, maximum для M поздне; в тех же случаях, где преобладающей формой выделения отмечена M, как, например, в набл. №№ 50, 51, 52 и 53, maximum наступает или одновременно для M и Chr или для M ранее чем для Chr.

Что же касается колебаний во времени начала выделения M и Chr, то влияние на них преобладающей формы выделения сказалось менее резко, так как только в 2-х случаях (набл. №№ 54 и 55), где преобладающей формой выделения отмечен Chr, начало выделения его было отмечено значительно раньше, чем начало выделения M; во всех же остальных случаях, даже в случаях, где преобладающей формой выделения была M, начало выделения ее всегда наступало поздне, чем начало выделения Chr.

В клиническом отношении вошедшие в состав разбираемой категории больные относятся к наиболее тяжелым слу-

чаям этой группы: при неодинаковой клинической картине заболевания у всех существовали признаки, указывавшие на глубокую недостаточность функции почек и у всех заболевание закончилось смертью. Сравнительная картина выделения М. С. с тяжестью наблюдавшейся у этих больных клинической картины заболевания, а также с неодинаковой у них быстротой течения заболевания, можно заметить, что как у лиц с обилием уремических признаков и с быстро наступившим смертельным исходом так и у лиц со слабо выраженными уремическими явлениями и поздне наступившим смертельным исходом выделение М. С. совершалось у всех почти с одинаково выраженными значительными аномалиями всех моментов выделения. Очевидно таким образом, что выделение М. С. соответствовало у них не внешнему проявлению причины заболевания, а самой причине его, т.е. недостаточности функции почек, у всех оказавшейся глубоко нарушенной.

Единственная разница во выделении М. С., отмеченная у некоторых лиц этой категории (например набл. №№ 56, 54 и 55) заключалась в том, что у них М. С. выделялась преимущественно в форме Chr, тогда как у других преобладало выделение M. Напомним, что именно у этих больных врачи, чем в других случаях этой категории, были выражены симптомами недостаточности сердца, и что та же аномалия выделения М. С. очень часто наблюдалась нами у больных с явлениями расстройства компенсации сердца (II группа), а также у больных с явлениями острого parenхиматозного нефрита (III группа). И среди лиц рассматриваемой сейчас категории эта аномалия выделения М. С. резко всего выразилась в наблюдении № 55, где заболевание протекало при явлениях периодически наступавших приступов расстройства компенсации сердца. В этом случае мы наблюдали больного в продолжении 18-ти месяцев, в течение которых исследование выделения М. С. было произведено 6 раз и всякий раз, когда исследование производилось во время приступа расстройства компенсации сердца, преобладающей формой выделения М. С. оказывался Chr. При исследованиях, произведенных в период восстановившейся компенсации, наблюдалось равномерное выделение M и Chr.

Кроме того, сравнивая между собой данные исследования в период расстройства компенсации и данные ближайшего к нему исследования, произведенного в период восстановившейся ком-

пенсации, мы находили что при первом продолжительность выделения М. С. была несколько большей — явление, которое было отмечено нами почти у всех больных II-ой группы наших наблюдений при исследованиях в период разстройства компенсации сердца и в период восстановления ее.

У этой же больной мы наблюдали также некоторую разницу при исследованиях, произведенных через большие промежутки времени и притом, как при исследованиях в период разстройства компенсации сердца, так и в светлые промежутки наблюдения. Разница заключалась в увеличении продолжительности выделения и уменьшении интенсивности общего maximum'a, которые, по мере приближения к концу наблюдения, постепенно становились выраженными в более резкой степени. Так например, при первом исследовании периода разстройства компенсации (IV-ое иссл.) продолжительность выделения М. С. отмечена в 102 ч., а общий maximum отмечен знаком II—I, при втором же исследовании периода разстройства компенсации (V-ое иссл.) произведенном через 9 месяцев, продолжительность выделения равнялась 118 ч., а интенсивность общего maximum'a отмечена знаком I. Та же разница бросается в глаза и при сравнении двух исследований, произведенных через большие промежутки времени в периодах компенсации, как, например, при сравнении исследования I-го и III-го, промежуток, между которыми равнялся 1 году. Именно, в I-м исследовании продолжительность выделения отмечена в 96 ч., а общий maximum знаком II, в исследовании же III-м продолжительность выделения отмечена в 112 ч., а общий maximum знаком II—I.

Отметим также, как интересную особенность этого случая, что при одном исследовании (VI-м), произведенном в период начинающегося восстановления компенсации, при очень высоком диурезе, указывавшем на усиленную функцию почек, мы получили почти те же результаты, как и при ближайшем к нему исследовании в период разстройства компенсации.

Как было указано выше, все больные разбираемой категории сволчались, и при вскрытии у всех были обнаружены хронический интерстициальный нефрит с глубокими атрофическими изменениями в почках. Небольшая разница в степени атрофических изменений в почках различных больных, равно как и значительная разница в состоянии у них других органов (сердце, печень, легки), видимо не отразилась ни на об-

щем ходе выделения у них М. С., ни на степени отклонения отдельных моментов выделения.

Вторую категорию составляют 4 последних наблюдения этой группы (набл. №№ 56—59). Выделение М. С. у них также совпадало с отклонениями от нормы, но выразившимися в более слабой степени.

Именно, в 3-х случаях (наблюд. №№ 57, 58 и 59) в качестве аномалий выделения М. С. наблюдались: порядочное увеличение продолжительности выделения (81—88 ч.) и заметное уменьшение интенсивности общего maximum'a (II); в одном случае (наблюд. № 8) наблюдалось: незначительное увеличение продолжительности выделения (70 ч.) и небольшое уменьшение интенсивности общего maximum'a (III—II).

В первых 3-х случаях заботливание отличалось сравнительно легким течением и закончилось полным восстановлением компенсации нарушенной функции почек; это случаи, относительно которых, при клиническом разборе наблюдавшихся у них патологических явлений, мы высказали предположение, что степень разстройства функции почек у них была невелика, и что развитие патологического процесса в почках вероятно не зашло еще так далеко, как у больных первой категории. Что же касается случая № 56, закончившегося смертью, то при клиническом разборе его мы отметили его, как случай резкого несоответствия между наблюдавшимся у него тяжестью токсических явлений и найдеными при вскрытии незначительными изменениями со стороны почек. Отметим, что и в этом случае, как и в случаях первой категории, найденны при вскрытии изменения со стороны других органов (интерстициальный процесс в печени, туберкулез желез) не отразились заметным образом на выделении М. С. Найденных при вскрытии терминальных явлений (милиарный туберкулез) мы не принимаем при этом во расчет, так как исследование выделения М. С. было произведено в этом случае задолго до их появления. Укажем также, что как в этом случае, так и в случае № 54 найденны на вскрытии явления цирроза печени также не отразились на кривой общего выделения, у обоих оказавшейся нормальной (постоянная циклическая).

Во остальном выделение М. С. у лиц второй категории совпадало с пределами, близких к норме. Отметим только как небольшую аномалию, что в 3-х случаях (набл. №№ 56,

57 и 58) наблюдалось преобладание выделения Chr, также совпавшее съ наблюдавшимися у этихъ больныхъ во время изслѣдованія признаками расстройствъ компенсаціи сердца. У одного изъ нихъ (набл. № 57) при второмъ изслѣдованіи, произведенномъ въ періодъ общаго улучшенія, наблюдалось равномерное выделение М и Chr.

Итакъ, наши наблюденія надъ выделеніемъ М. С. у лицъ VI группы можно резюмировать слѣдующимъ образомъ.

У всѣхъ больныхъ съ явленіями расстройства функціи почекъ, вследствие хроническаго атрофическаго, интерстиціально нефрита, выделение метиленовой сини совершалось съ отклоненіемъ отъ нормы, причемъ

а) у больныхъ съ явленіями глубокаго расстройства функціи почекъ и съ найденными на вскрытіи значительными атрофическими измѣненіями въ почкахъ наблюдалось: позднее начало выделения М и Chr (послѣ перваго часа), поздній максимум М и Chr (послѣ 3-го часа), значительное уменьшеніе интенсивности общаго максимума (I слюды) и значительное увеличеніе продолжительности выделения М. С. (болѣе 100 ч.);

б) при томъ же процессѣ съ небольшою степенью нарушенія функціи почекъ наблюдалось небольшое увеличеніе продолжительности выделения (70—88 ч.) и небольшое пониженіе интенсивности общаго максимума (II—II).

Группа VII.

„Амилоидная почка“.

Наблюденіе № 60.

Клиническій эпикризъ: *Intoxicatio alcoholica chron. moderata; refrigeratio habitualis. Enterocolitis chronica postdysenterica. Intoxicatio per viam intestini. Exacerbationes reiteratae.—Nephritis interstitialis et parenchymatosa chronica toxica cum degeneratione amyloidea. Autointoxicatio, chronica. Degeneratio parenchymatosa hepatis, amyloidosis hepatis et lienis. Degeneratio myocardii. Insufficiencia cordis. Hyperlymphia universalis (anasarca) toxica (?) Atrophia universalis. Infectio pneumonica terminalis: pneumonia catarrhalis disseminata. Asthenia cordis. †.*

Albuminuria, cylindruria.

Анатолій С— въ 33 лѣтъ поступилъ въ 6—пу 3 Іюня 1898 г.: боли въ животѣ, поносъ, общій упадокъ силъ.

Боли въ животѣ и поносъ впервые появились 3 года назадъ. Поносъ тогда былъ частый (до 10—15 разъ въ день), въ испражненіяхъ была примѣсь крови и слизи, а общее состояніе настолько тяжелое, что С— въ скорѣи принужденъ былъ поступить въ эту же 6—пу. Зѣлся, въ больничномъ лѣсткѣ отбѣжачуся извѣнія довольно тяжелою кроваваго поноса, протекавшаго при повышенной т° (38,0—38,4°) и значительной общей слабости. Все время отбѣжачуся слѣды были въ ноцѣ. Черезъ 1½ недѣли С— въ вымѣлъ изъ 6—пы съ значительнымъ улучшеніемъ, но не вполнѣ еще окрѣпнѣлъ. Первое время послѣ выписки чувствовать себя удовлетворительно, а затѣмъ и боли въ животѣ, и поносъ возобновились, но въ меньшей степени, и лишь изрѣдка С— въ захватывалъ примѣсь крови въ испражненіяхъ. По временамъ поносы сѣнялись запорами, а иногда наступали сѣдые проножки. въ 1—2 мѣсяца, когда отравленія кншечника и общее состояніе были вполне удовлетворительны. Последнее ухудшеніе 3 недѣли назадъ, когда вновь, безъ видной причины, появился частый поносъ съ сильными болями по всему животу. Слабитъ, разъ 7—8 въ день жидко, болѣею частью пононому, иногда одной слизью или слизью съ примѣсью крови. Боли въ животѣ спазматическаго характера, послѣ стула скоро проходятъ. Одновременно съ поносомъ, часто бывають отрыжки и изжога, изрѣдка рвота и еще рѣже судороги въ икрахъ и головныя боли. Ни лихорадки, ни отековъ не замѣчало. За послѣдніе 3 года сильно исхудалъ и ослабѣлъ; не работаетъ около 2-хъ

недаль. Вь проищюхь кроитъ кори и ушиба газона вь дѣтствѣ никакихъ другихъ заболѣваній не имѣлъ. На лѣсахъ пѣтъ указаній; пиво и водку пьетъ съ 18—20 л., не злоупотребляетъ.

Уроженецъ Лужскаго уѣзда СѢВ.-ской губернии, происходитъ изъ агро-вой крестьянской семьи, всѣ члены которой пользуются удовлетвори-тельными здоровьемъ. До отбытія воинской повинности жилъ въ деревнѣ, занимался сельскимъ хозяйствомъ. Воинскую повинность отбывъ въ СФВ., перенесъ ее хорошо, ни разу не лежалъ въ госпиталѣхъ. По окончаніи военной службы жилъ сначала въ деревнѣ, а послѣдніе 4 года въ СФВ., гдѣ первые 2 года служилъ дворникомъ, а послѣдніе 2 сторонамъ при дворянствѣ дворѣ. Послѣдняя работа не тяжелая, но сопряжена съ частыми охлажденіями во время ночныхъ дежурствъ. Поимѣніе сухое, хо-рошее, пища чаще мясная, по словамъ С—ва, удовлетворительная, часто пьетъ сырую воду. Женился на 20-мъ году; жена здоровая женщина, на дѣтей, ни выкидышей не имѣла.

Хорошаго сложенія, среднего роста, порядочно истощенъ. Кожа сухая, дряблая, атрофична. Отековъ нѣтъ. Слизистыя оболочки блѣдны. Со стороны груди никакихъ измѣненій не замѣчается. R=16 въ 1'. Тол-щина сердца между 5/6 ребр., на пальцѣ внутри отъ 7-ой сосковой, сла-бый; разбры сердечной тупости не опредѣляются (сердце прикрыто). Тоны сердца чисты. P=78 въ 1', хорошаго наполненія. Артерій немного уплотнены; Pot.=20. Языкъ суховатъ, немного обложенъ, аппетитъ пло-хой, пустыя отрыжки послѣ їды. Животъ немного раздутъ, чувствите-ленъ къ давленію по ходу толстой кишки, особенно въ области flexurae sigmoideae, прощупывающейся въ видѣ тонкаго жгута, подвижной. Печень и селезенка не прощупываются. Стулъ 4 раза за день, жидкій, съ примесью слизи и крови. Микроскопическія испражнения содержатъ: рас-падъ, обрывки мышечныхъ волоконъ и растительныхъ клѣтокъ и немного лейко-и эритроцитовъ. Ни яичъ глиствъ, ни туберкулезныхъ нодочекъ при повторныхъ въ теченіе наблюденія изслѣдованіяхъ ни разу не обна-ружено. U=1300 к. с., d=1011, г.—кислая, блѣлая—сѣдья. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, прозрачна; въ осадкѣ (центрифуга) немного клѣ-токъ плоскаго эпителія, цилиндровъ не найдено. Общее настроеніе довольно бодрое. T° 36,4—36,8°. Вѣсъ тѣла =50.000 gr.

Назначены: теплая пища съ чайной ложкой танина и столовой ложкой крахмала 2 раза въ день, компрессъ на животъ, суппозиторіи съ морфіемъ (0.01) при боляхъ въ животѣ и легкая съливная діета. Въ теченіе первыхъ 4-хъ дней значительное улучшение — уменьшеніе поноса (1—2 раза въ день) и болѣе въ животѣ, нормальная т°, улучшеніе аппетита. На 5-й день внезапное ухудшеніе: ознобъ, повышеніе т° до 39,0°, усиленіе поноса (стулъ 6 разъ съ примесью крови) и болѣе въ животѣ и увеличеніе селезенки, твердый край которой съ этихъ поръ сталъ ясно прощупываться и опредѣляется такъ же до конца наблюденія.

Назначены: salol (0,2 три раза въ день), молочная діета, тепло на жи-вотъ. Слѣдующіе 3 дня т° оставалась на высочайшій цифрѣ (38,4—39,0°), а затѣмъ, постепенно понижаясь, на 6-й день пришла къ нормѣ и въ дальнѣйшемъ колебалась между 36,3—36,8—37,0°. Пониженіе т° шло параллельно съ уменьшеніемъ поноса, который къ 6-му дню зна-

чительно ослабѣлъ (1—2 стула въ день, безъ крови). Самочувствіе съ паденіемъ т° улучшилось мало: 6-ной сильно ослабѣлъ, жагуется на полную потерю аппетита и тяжести въ головѣ. U въ теченіе лихорадки и въ первые дни послѣ нея колебалось между 500—700 к. с., d—между 1020—1018, количество бѣла въ слѣдѣ съ паденіемъ т° быстро увели-чилось (2—4%) и черезъ недѣлю дошло до 9% (6,0—7,0 gr.). Одновре-менно съ этимъ моча сдѣлалась мутной и въ осадкѣ обнаружены въ большемъ количествѣ зернистые и гліановые цилиндры, лейкоциты и клѣтки жирноперерожденнаго почечнаго эпителія. Бактеріологическое изслѣдованіе мочи, произведенное на 5-й и на 12-й день послѣ паденія т°, дало: въ первый разъ тѣснѣеко колоній желтаго стафилококка (разница 1 куб. с. мочи на желатинѣ), во второй разъ моча была найдена стерильной.

Выскѣтъ съ увеличеніемъ бѣла въ мочѣ у 6-ного появились въ началѣ небольшіе, а затѣмъ постепенно (въ теченіе 2-хъ недѣль) увеличавшіеся общіе отеки и небольшой кашель. Поносы съ появленіемъ отековъ замѣтно уменьшились и впоследствии почти не беспокоили 6-ного. Назначены: теп-лая ванна 2 раза въ день, coffen. natro-benzoicum по 0,2 три раза въ день и молочная діета. Первое время отеки еще продолжали наро-стать, начиная же съ 4-й недѣли они начали уменьшаться, а къ концу 5-й недѣли исчезли совершенно. Къ этому времени U установилось на 800—1000—1300 к. с., d колебалось между 1020—1010, количество бѣла между 5,2—4,8 gr. (4—6%¹⁰⁰), количество цилиндровъ и другихъ форменныхъ элементовъ рѣзко уменьшилось. Несмотря однако на объек-тивное улучшение, общее состояніе 6-ного остается тяжелымъ: продолжается полная потеря аппетита, постепенно развиваются значительныя упадѣкъ силъ и глубокая анатія. Въ теченіе 2-го мѣсяца наблюденія появились иурная, мучительная икота, сопровождавшаяся иногда рвотой и уступа-вшая только подожками вырскиваниямъ морфія, рѣзкая жалоба на головныя боли и судороги въ икрахъ. Незначительная отечность ногъ то появляется, то исчезаетъ; поносы рѣдки, безъ крови, селезенка плотная, отчетливо прощупывается, P°—немногого наполненія колеблется между 70—86 въ 1'. U до конца наблюденія = 800—1200 к. с., d=1007—1012, колич. бѣла =4,0—5,0 gr. (4, 8, 6%¹⁰⁰). Къ концу 3-го мѣ-сяца наблюденія С—въ, дойдя до высокой степени общаго истощенія, умира-етъ при явленіяхъ постепенно нарастающаго упадка дѣятельности сердца.

Изслѣдованіе выдѣленія метилановойтени было произведено дважды.

Первое вырскиваніе было произведено въ періодъ нарастающихъ оте-ковъ и высокой албуминурии, 3/чн въ 10 ч. утра. За сутки, истекшія передъ вырскиваніемъ, U=800 к. с., d=1012, г.—слабо-кислая, ко-личество бѣла=7, 2 gr. (9%¹⁰⁰). Моча мутная, желтаго цвѣта. Въ осадкѣ: общіе зернистые и гліановыхъ цилиндры, порядочное ко-личество лейкоцитовъ и жирно перерожденныхъ клѣтокъ почечнаго эпителія (суч. колич. мочевины=14,5; сучотн. колич. P₂O₅=0,7; Pot. (правая лучева)=18.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1 ч. (слабо) Maximum: М. — 3 ч.
 Chr. " 1 ч. (слабо) Chr. — 3 "

Продолж. выд.: М. — 84 ч.
 Chr. — 84 » Интенсивность общего maximum'a = II.

Преобладающая форма выделения: равнохвостное выделение М и Chr.

Кривая выделения М, Chr. и общая кривая: постоянная циклическая. Продолжительность общего maximum'a = 42 ч. Общее колич. мочи за все время выделения = 3600 к. с.

Второе вырыскивание произведено в начале 3-го месяца наблюдения (отсутствующие отекоты) 12/гип в 11 ч. утра. За сутки, истекшие перед вырыскиванием, U = 1100 к. с., d = 1008, r — кислая, б/лака 4,4 gr. (4⁹/100). Моча светло-желтого цвета, прозрачная. В осадке очень немного зернистых и глинистых цилиндров и лейкоцитов. Окраска цилиндров на амилонде (метиль-виолет, J + JK) — отрицательная. Суточн. колич. мочевины = 11,5; суточн. колич. P₂O₅ = 0,85; Pot. (правая лучевая) = 20.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1 ч. (слабо) Maximum: М. — 4 ч.
 Chr. " 1 ч. (слабо) Chr. — 4 ч.

Продолж. выд.: М. — 78 ч.
 Chr. — 90 » Интенсивность общего maximum'a = I.

Преобладающая форма выделения — довольно равнохвостное выделение М и Chr.

Кривая выделения М, Chr. и общая кривая: постоянная циклическая. Продолжительность общего maximum'a = 64 ч. Общее колич. мочи за все время выделения = 4000 к. с.

Протокол вскрытия (д-р Г. С. Кулеша). Труп сильно истощенного мужчины среднего роста. Кожа нижних конечностей и лица немного отеком. Около-сердечная сумка содержит около 3 стол. ложек светлой, прозрачной жидкости. Сердце заметно уменьшено в размерах (8,0; 6,5; 1,0). Мышца сердца довольно плотная, красно-бурого цвета. Эндокардий, клапаны сердца и внутренняя поверхность аорты без заметных изменений. Оба легка свободно лежат в полостях плевры. В разрезе ткань обоих легких, в нижних отделах отека и содержать небольшое количество фибриновых узелков, величиной от вишни до сливы, возвышающихся над поверхностью разреза и непроницаемых для воздуха. Такие же узелки замечаются реже и в разрезе верхней доли правого легкого.

Желудок слегка растянут; слизистая оболочка его тонкая, аспидно-серого цвета, пронизана умеренным количеством точечных кровоизлияний. Слизистая тонкая и толстая кишка также истончена, в нижних отделах отека. Слизистая толстой кишки резко аспидно-окрашена, содержит умеренное количество небольших рубцов. Печень не увеличена. Разрезы ее: 27,0; 16,0; 8,0. Поверхность ее ровная. В разрезе ткань печени очень плотная, темно-бурого цвета, матово-салмановского блеска; рисунок печени выражен слабо. Поверхность разреза печени, обработанная йодом и серной кислотой, дает ясную реакцию на амилонде. Селезенка умеренно увеличена (13,0; 7,0; 4,5), очень плотная. В разрезе ткань селезенки фиолетово-красного цвета, салмановского блеска; рисунка ее не высказывался.

Почки увеличены в размерах. Разрезы правой: 12,5; 7,0; 4,5. Веса 320,0 гр. Разрезы левой: 13,0; 7,0; 4,0. Веса 330 гр. Капсулы почек снимаются частью легко, местами расщеплены. Поверхность почек неровная со вдавлениями, серо-красного цвета. Корковый слой в разрезе неравномерно утолщен, салмановского блеска, желтовато-красного цвета, с хрупким рисунком, довольно плотной консистенции. Пирамиды довольно богаты кровью. Слизистая лоханок бледная, из сосочков выделяется немного мутноватой жидкости.

Слизистая мочеоточников и пузыря без существенных изменений. Яички не увеличены. Ткань их в разрезе также не представляет изменений, связанными ими легко тянутся. Кости черепа правильного строения. Синусы мозга пусты: лев слабо-отека. Вместище мозга в разрезе влажно, анемично, нормальной плотности. Желудочки содержат немного светлой, серозной жидкости.

При микроскопическом исследовании почечки замечается неравнохвостное, но в общем довольно значительное развитие соединительной ткани, значительная дегенеративная изменения эпителия мочевых канальцев и амилонное перерождение капилляров клубочков и intima сосудов почечки. Мочевые канальцы всюду больше или меньше раздвинуты разросшейся соединительной тканью, притом в отдаленных местах разрастание соединительной ткани достигло значительной степени, и мочевые канальцы здесь сдавлены, деформированы. В остальных местах просветы мочевых канальцев всюду значительно расширены, нередко волнистые заняты гомогенными массами и довольно часто содержат клетки выходящего эпителия. Эпителий извитых канальцев большей частью уплощен, в некоторых же значительно набух, что гораздо чаще наблюдается среди канальцев Геллерова типа. Ядра эпителия мочевых канальцев почти всюду окрасились довольно мутно, нередко совсем не окрасились. Довольно часто замечается выпадение набухших клеток в просвет канальца. Нередко наблюдается пролиферация эпителия извитых мочевых канальцев. Капсулы клубочков слегка утолщены; эпителий капсулы в одних клубочках уплощен, в других хорошо окрасившихся адрами, в других разбух, с мутно или совсем не окрасившимися ядрами, местами выпадает в просвет капсульного пространства. Последние у большинства клубочков выражены слабо. Капилляры клубочков иногда сдвинуты, иногда наполовину томо-

генно изъяснен, утолщен. Количество ядер, покрывающего клубочек эндотелия, заметно уменьшено. Intima сосудов почек также гомогенно изъяснена; как утолщенные петли капилляров клубочка, так и intima артерий дают ясную реакцию на амилонд.

На расщепляющем препарате из кусочка свѣжей почки довольно часто попадаются большія разбухшія кѣтки съ мелко и крупно зернистыми содержимымъ и загущеннымъ или совершенно отсутствующимъ ядромъ, иногда встрѣчаются большіе крупно-зернистые или однородные бѣлосѣрые шары. Послѣдніе, равно какъ и крупныя шары въ разбухшихъ кѣткахъ, растворяются при обработкѣ эфиромъ и хорошо формуютъ и осѣвную кислоту красятся въ интенсивно-черный цвѣтъ. Остальнымъ кѣткамъ частью довольно хорошо сохранились, частью представляютъ явленія утѣренного мутнаго набуханія.

Анатомическій діагнозъ: *Nephritis interstitialis et parenchymatosa chr. cum degeneratione amyloidea renum. Degeneratio fusca (et hypoplasia?) myocardii. Degeneratio amyloidea hepatis et lienis. Gastritis chr.; enterocolitis chr. atrophicans. Pneumonia catarrhalis disseminata lob. infer. bilater. et lob. super. dextri. Anasarca et oedema cerebri. Anaemia et atrophia universalis.*

Наблюдение № 61.

Клиническій эпикризъ: *Luces congenita? Periostitis et ostitis ulcero-fibrosae aetrasae (lues?). Nephritis parenchymatosa et interstitialis chr. c. degeneratione amyloidea. Degeneratio amyloidea hepatis et lienis. Myodegeneratio cordis? Autointoxicatio chr. Infectio malarica recens. Insufficiencia cordis (anasarca, ascites). Infectio pyocyanica acuta: cysto-pyelitis acuta. Autointoxicatio acuta. Infectio pneumonica terminalis (pneumonia cronica lob. inferioris utriusque et lob. sup. dext.). Asthenia cordis.* †.

Oliguria, albuminuria, cylindruria.

Екатерина Н.—на, 21 г., поступила въ больницу 11 мая 1898 г.: отеки, слабость, приступы лихорадки. Дней 7—9 назадъ вечеромъ появился ознобъ, затѣмъ жаръ и къ утру слѣдующаго дня сильный потъ и общее облегченіе; съ тѣхъ поръ приступы лихорадки повторяются ежедневно, начинаясь между 3—6 ч. дня и оканчиваясь къ утру сильнымъ потоотъ. Дней 5 назадъ, при продолжавшемся приступѣ лихорадки появились общіе, постепенно нарастающіе отеки, камель, одышка, поносъ и общій упадокъ силъ. Всю послѣднюю недѣлю не работала. Патологическое прошлое: въ дѣтствѣ корь, на 11—12 году продолжительная лямблия болѣе въ правой голени, гдѣ вскорѣ появились припухлости и язва, остававшаяся до сихъ поръ. Язва то немного подсыхала, то вновь начиналась, боли въ ногѣ, за послѣдніе 7—8 лѣтъ, безпокоятъ рѣдко, ча-

ще въ сѣрую погоду и преимущественно по ночамъ. Отхожденія косточекъ изъ языи никогда не замѣчала. До послѣдняго года чувствовала себя вполне здоровой и работоспособной, въ теченіе же послѣднихъ 7—8 мѣсяцевъ стала страдать головными болями и испытывать болѣе быструю утомляемость при работѣ. За это-же время довольно часто появлялись судороги въ икрахъ, нѣредка бывали непродолжительные (дня 3—4) поносы, а мѣсяца 2 назадъ впервые замѣтила отечность стопъ и голени, продолжавшуюся около недѣли и прошедшую безъ лѣченія. Отсутствие указаній на припадки малярии и лусъ въ прошломъ. Ни выкидышей ни родовъ не имѣла. Менструація съ 15 л., правильная. Алкоголь не употребляла.

Уроженка Старикаго уѣзда, Тверской губерніи, гдѣ жила до послѣдняго времени въ обычныхъ условіяхъ крестьянской семьи средняго достатка, при утѣренной работѣ по домашнему хозяйству. Отецъ, 62—65 л., алкоголикъ, часто страдалъ «ревматизмомъ», въ остальномъ пользовался хорошимъ здоровьемъ. Мать умерла на 30-мъ году во время родовъ. Выдали у нея выкидыши и мертворожденія не знаетъ. Дѣт сестры и братья умерли въ дѣтствѣ отъ неизвестной причины; два брата живы, вполне здоровы. Въ СІВ. Н.—на жила около 3-хъ недѣль, работала на огородахъ въ окрестностяхъ СІВ. въ сырой и болотистой мѣстности. Работа тяжелая, до 12 ч. въ сутки, всегда на открытомъ воздухѣ. Пища и одежда удовлетворительная, похлѣбье для сна душно, сырое, и работающія на тѣхъ-же огородахъ женщины довольно часто хвораютъ.

Средняго роста, удовлетворительнаго питанія. Слабая истеричность скелета, порочная отечность кожи лица, туловища и конечностей. Въ области верхней трети правой большеберцовой кости язва, величиною съ 5-копеечную монету, несглубокая, съ довольно чистыми дномъ и приподнятыми краями. Кожа въ этомъ мѣстѣ сырая съ подтекашею, немного утолщенной костью. При дѣтаніи вслѣду опредѣляются въ утѣренномъ количествѣ сухіе крыш. R=26. Толщ. сердца между 5—6 реберъ по сосковой, слабый; верхняя граница сердца на 4-мъ ребрѣ, правая — по правому краю грудины. Толщ. сердца чиста. Р—уѣренного наполовину, правильной грудины ритма, 94 въ 1. Ротъ (правая щека) = 16. Артерій слегка утолщены. Животъ немного увеличенъ въ размѣрахъ, опредѣляется асцитъ, верхняя граница котораго не доходитъ пальца на 2 до пупка. Печень не прощупывается; прощупывается довольно плотный край селезенки, выступающей при дѣтаніи пальца на 2 изъ подъ реберъ. Стулъ 3 раза въ день, жидкій, безъ крови. U=500 к. с. d=1012, r—кислая, колич. бѣла=1,5 gr. (3/40). Моча желатаго цвѣта, мутновата; въ осадкѣ: значительное количество гліаловыхъ, зернистыхъ и восковидныхъ цилиндровъ, немного эритро- и лейко-цитовъ и кѣткокъ почечнаго и пузырнаго эндотелия. Окраска цилиндровъ на амилондѣ (метилъ-иолетъ, J+JK) дала отрицательный результатъ. Бѣлая нѣтъ. Послѣдній менструа около 2 недѣль назадъ. Сонъ плотой; зрѣніе не нарушено, общее настроеніе рѣзко угнетено. Т° при пріемѣ=37,5°, къ вечеру того же дня=40,3°, а къ утру слѣдующаго дня, при сильномъ потѣ=36,0°. Въ крови, взятой вечеромъ, найдены отчетливо выраженныя формы плазмодіи малярии.

Назначены: chininum muriaticum по 0,5 в 10 ч. у. и в 12 ч. дня, coëin по 0,01 при кашле, на ночь и сыванная диета. В следующие два дня припадки малярии еще повторились и затян timer больше не было. На 6-й день тиния отмиьнен. Одновременно съ прекращенiем лихорадки общее состоянiе улучшилось. У стало постепенно повышаться (900, 1200, 1500, 2000 к. с.), уменьшилось процентное содержание бѣлка (до 1%), стали быстро опадать отеки и къ началу второй недѣли наблюденiя отеки и асцитъ прошли совершенно. Остались небольшiя головныя боли, уфренный поносъ (2—3 жидких испражненiя въ день) илхвой аппетитъ и нѣсколько апатичное настроенiе. У колебалось между 1400—1800 к. с., d между 1006—1009, колич. бѣлка повысилось, колебалось между 0,4—7,0 (3—5%). Цѣлтъ мочи свѣтло-желтый. Начиная со 2-й недѣли боль назначена ванна въ 30° 1 разъ въ день и молочная диета. На 13-й день наблюденiя появились боли надъ лобкомъ, частые позывы на мочу и боли при мочеиспусканiи; отмиьнены: значительная мутность мочи, щелочная реакцiя ея и замѣтная прихвѣсть гноя въ осадкѣ. Еще черезъ 3 дня отмиьнена значительная чувствительность въ области правой почки. Общее состоянiе замѣтно ухудшилось — усилились головныя боли, появились почти ежедневныя рвоты, порядочный упадокъ силы и рѣзка анатiя. Т° колебалась между 36,2—37,0—37,2; Р между 86—96 въ 1'. У понизилось до 700—800 к. с., колич. бѣлка = 3,5—2,4 г. (5—3%), прихвѣсть гноя увеличилась (осадокъ около 1/2—1 с. высотой). Отековъ нѣтъ.

Кромѣ ваннъ назначенъ сначала salol по 0,5 три раза въ день, а затѣмъ urotropin 0,5 + coëin. natro benzoic. 0,2—3 раза въ день и упозиторiи съ морфиемъ. Состоянiе прогрессивно ухудшается: рвоты становятся ежедневными и къ началу 4-й недѣли больная выдаетъ въ состоянiе постоянной полукаши, крайне неохотно и вѣло отмиьчать на вопросы. Р становится менѣе напряженными. У колебалось между 500—700 к. с., при высокотъ содержанiи бѣлка (4—6%) и порядочномъ количествѣ гноя. При бактериологическомъ исследованiи мочи, стерильно-собранный (катетеръ), найдена въ чистой культурѣ bac. pyoc uaneus.

На 27-й день наблюденiя назначенъ infus. Digitalis (0,3—90,0); У не увеличивается, появляется небольшая отечность голеней и лица и опредѣляется фокусъ клапанныхъ хриповъ подъ правой лопаткой. Мокрота не отдѣляется, е° колеблется между 36,2—37,0, сначка продолжается. На 30-й день наблюденiя б-ная выдаетъ въ безсознательное состоянiе и въ этотъ день умираетъ при явленiяхъ отека легкихъ.

Исследованiе выдѣленiя метиленовой сими было произведено на 6-й день наблюденiя 17/X въ 11 ч. утра. За сутки, истекшия передъ испрыскиванiемъ, U=1500 к. с., d=1006, г—кишля, количество бѣлка=4,5 г. (3%). Моча желтаго цвѣта, мутноватая. Въ осадкѣ: уфренный количество глянцевыхъ цилиндровъ, немного зернистыхъ и воскоподобныхъ и немного лейкоцитовъ. Суточ. колич. мочевины=16,3; суточн. колич. P₂O₅=0,9 Pot. (правая лучевая)=16.

Выдѣленiе метиленовой сими:

Начало: М. — 2 ч. (слабѣй). Maximum: М. — 4 ч. (слабѣй).
Chr.—1/2 ч. (слабѣй). Chr.— 4 ч. (слабѣй).

Продолж. выд.: М. — 68 ч.
Chr.— 72 ч.

Интенсивность общего maximum'a=1 (слабѣй). Преобладающая форма выдѣленiя: довольно равномерное выдѣленiе М. и Chr. съ небольшимъ преобладаиетъ Chr. въ началѣ (первые 8 ч.).

Кривыя выдѣленiя М., Chr. и общая кривая: постоянныя циклическiя съ очень слабымъ и долго державшимся подъежомъ (очень слабый maximum).

Замѣтно несоотвѣтствiе между слабымъ maximum'омъ и очень немалымъ увеличенной продолжительностью.

Общее колич. мочи за все время выдѣленiя=4100 к. с.

Протоколъ вскрытiя (д-ръ Г. С. Булеша). Трупъ женщины средняго роста, плохого питанiя. Кожа нижнихъ конечностей слегка отечна. Около-сердечная сушка содержитъ около 1 1/2 унцъ свѣтлой, прозрачной жидкости. Размѣры сердца: 10,0; 8,5; 1,0. Мышца сердца бѣдна, драблхой консистенцiи, легко рвется. Людокардiи, клапаны сердца и внутренняя поверхность аорты безъ измѣненiй.

Щебра заднего отдѣла нижней доли правого легкаго покрыта фибринознымъ налетомъ. Ткань нижней доли правого легкаго, за исключенiемъ передняго края ея, уплотнена, гепатизирована, въ разрѣзѣ строгато-краснаго цвѣта, съ мелкозернистой поверхностью; воздуха не содержитъ. Въ верхней доль правого легкаго и въ заднемъ отдѣлѣ верхней доли лѣваго легкаго также находится по узлу уплотненной ткани величиной съ куриное яйцо каждый, также краснаго цвѣта съ мелкозернистой, влажной поверхностью, также не содержащей воздуха. Нижняя доля лѣваго легкаго богата кровью, отечна. Желудокъ пустъ; слизистая его безъ существенныхъ измѣненiй. Слизистая тонкихъ кишечъ бѣдна, въ нижнихъ отдѣлахъ отечна, слизистая толстой кишки аспидно-сѣраго цвѣта, также отечна. Размѣры печени: 26,0; 16,0; 6,0. Поверхность ея ровная. Ткань ея въ разрѣзѣ уфренного кровенаполненiя, довольно драбла, съ несильнымъ рисункомъ. Селезенка немного увеличена (13,0; 6,0; 4,0), очень плотна. Капсула ея мутна, напряжена; ткань ея въ разрѣзѣ маскарнаго цвѣта, съ сухимъ салыннымъ блескомъ, не выскабливается.

Обѣ почки немного увеличены. Размѣры правой—13,0; 6,0; 3,0; размѣры лѣвой 12,5; 6,0; 3,0. Въсъ правой=185,0; въсъ лѣвой=185. Капсулы почек снимаются легко, поверхность почек ровная, красновато-сѣраго цвѣта. Кортикальнй слой неравномерно утолщенъ уфренной плотностью, бѣденъ, съ слабымъ салыннымъ блескомъ. Параналки порядочно на-

полнены кровью. Лоханки наерянуты, слизистая их резко гиперемирована, съ небольшим количеством точечных кровоизлияний. Слизистая мочеточников также гиперемирована, набухла. Мочевой пузырь пуст, слизистая его резко гиперемирована и пронизана точечными кровоизлияниями. Слизистая уретры без заметных изменений.

Матка нормальной величины и плотности, *orific. externum* ее гладко, овальной формы. Слизистая матки и влагалища без изменений; яичники также ничего ненормального не представляют.

Tibia правой нижней конечности въ верхней трети ее веретенообразно утолщена. Надкостница въ этомъ мѣстѣ плотно слпана съ кожей, съ трудомъ снимается съ кости. На расширѣ кости утолщение касается главныхъ образцовъ *substantiae eburnae* передней поверхности кости. Утолщение достигаетъ ширины 4-хъ сантим. Костноэпифизарный каналъ здѣсь суженъ; костный мозгъ блѣдно-краснаго цвѣта. Остальные кости скелета нормальны. Рѣ моста и вещества его слегка отечны. Горланъ никакихъ изменений не представляетъ.

Микроскопическія изслѣдованія:

При микроскопическомъ изслѣдованіи почечъ замѣчается неравнобѣрное, но въ общемъ порядочное разніе соединительной ткани въ области корки, значительныя паренхиматозныя измѣненія эпителия мочевыхъ канальцевъ и довольно рѣзкія дегенеративныя измѣненія въ сосудистой петлѣ клубочковъ и въ сосудахъ почки. Мочевые канальцы корки представляютъ слегка раздвинутыми разрозненныя соединительную ткань, которая въ отдѣльныхъ мѣстахъ значительно сдвинута, иногда совершенно уничтожила просвѣтъ ихъ. Въ послѣднемъ случаѣ соединительная ткань представляется мелкоклеточно-инфильтрированной. Эпителий извитыхъ канальцевъ часто представляется набухшимъ, ядра его то хорошо окрасились, то мутно, то совсѣмъ не восприняли окраски, и нерѣдко отдѣльныя клеточки выпали въ просвѣтъ, то расширеннаго, то суженнаго канальца; измѣненія эти выражены также неравномерно — въ однихъ мѣстахъ они рѣзки, въ другихъ выражены слабѣе. Эпителий Гелленской петли представляется рѣзко набухшимъ, и ядра большинства клеточекъ плохо окрасившимися; встрѣчаются мѣста, гдѣ ядра эпителия этихъ канальцевъ слпаны не окрасились. Просвѣтъ извитыхъ канальцевъ и канальцевъ Гелленской петли часто содержатъ мелкозернистый распадъ и клеточки выпавшаго эпителия и нерѣдко вплотную заняты гомотенной массой.

Капсулы клубочковъ болѣею частью не утолщены, рѣже слегка утолщены и окружены поперѣю довольно обильной мелкоклеточною инфильтраціей. Эпителий капсулы въ нѣкоторыхъ клубочкахъ хорошо сохранился или слегка набухъ, у большинства же онъ представляется утолщеннымъ, но съ довольно хорошо окрасившимся ядромъ. Капсульное пространство клубочковъ слабо выражено. Капилляры всѣхъ клубочковъ то тонко очерчены, то представляются утолщенными и гомотенно измѣненными, причемъ у большинства клубочковъ количество измѣненнаго петьля преобладаетъ. Ядра эпителия покрывающаго клубочки сплорены и количество ихъ замѣтно уменьшено, сравнительно съ норой. *Intima* сосудовъ по-

чекъ замѣтно утолщена. Гомотенно перерожденные капилляры клубочка и сосуды почечъ даютъ ясную реакцію на амлоидъ.

Селезенка при микроскопическомъ изслѣдованіи представляетъ высокую степень амлоиднаго перерожденія мякоти и Мальпигиевыхъ тѣлецъ. Среди амлоидныхъ массъ и островковъ удѣлившей мякоти встрѣчаются глыбки темно-бураго пигмента.

Анатомическій діагнозъ. *Nephritis interstitialis et parenchymatosa chron. cum degeneratione amyloidea renum. Cystitis et pyelitis acuta bilateralis. Degeneratio amyloidea lienis et hepatis. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Pneumonia crouposa lob. infer. bilateralis et l. super. dextri. Peristitis et stitis eburnea tibiae dextrae. Oedema cerebri. Lucs congenita.*

Наблюденіе № 62.

Клиническій эпикризъ: *Refrigeratio habitualis. Intoxicatio saturnina. Induratio arterialis. Enterocolitis chronica. Intoxicatio per viam intestini? Nephritis parenchymatosa chronica cum degeneratione amyloidea. Degeneratio amyloidea hepatis. Myodegeneratio cordis. Insufficiencia cordis: dilatatio cordis, hyperlymphia universalis (anasarca, ascites, hydrothorax bilateralis). Autointoxicatio chronica. Atrophia universalis.*

Albuminuria cylindruria.

Харитонъ Г — въ, 28 лѣтъ, поступилъ въ 6-цу 18 марта 1898 г.: поносъ, отеки, общая слабость.

Понесъ, безъ видной причины, появившись около года назадъ; вначалѣ они были непродолжительны и при абзубаторномъ лѣченіи прекращались на болѣе или менѣе длинные сроки (2 недѣли, 1 мѣсяцъ); въ послѣдніе же 2—3 мѣсяца поносъ почти ежедневно. Слабѣе раза 3—4 въ день, жидко, чаще помояному, то безъ боли, то съ болями по всему животу. Приливъ крови въ испраженіяхъ и отхожденіи гнасти никогда не замѣчалъ. Послѣ грубой пищи (щи, капуста) поносъ усиливается, при болѣе легкой (молоко, яйца, бульонъ) — уныняется, но не прерывается. Одновременно съ появленіемъ поносовъ сталъ худѣть и въ теченіе послѣднато $\frac{1}{2}$ года настолько ослабѣлъ, что по временамъ принужденъ былъ прекращать работу, которую раньше несомнѣнно легко. Послѣдній мѣсяцъ не работалъ совсѣмъ. Около 2—3 недѣль назадъ впервые замѣтилъ отеки: сначала стоить и голени, а затѣмъ и половныя чаеты. Одновременно съ этимъ появился кашель и постепенно развилась одышка.

Патологическое прошлое: въ дѣтствѣ нрѣдка страдалъ поносами (отходили круглыя гнасти), дѣтъ 12 назадъ, живя въ мазаринной мѣстности, перенесъ лихорадку, повидимому малярію, признаки которой (ежедневные) продолжались около 2—3 недѣль и впоследствии никогда не повторялись. Никакихъ указаній на лусъ и уретритъ. Алкоголь (водка)

стать употреблять съ 20 лѣтъ, въ очень умеренномъ количествѣ, не курить.

Уроженецъ Спасскаго уѣзда Рязанской губерніи, гдѣ жилъ до 24 лѣтъ; занимался хлѣбопашествомъ и огородничествомъ. Отецъ и мать живы, пользуются хорошимъ здоровьемъ. Отецъ умеренный алкоголикъ. Дѣа брата умерли въ дѣтствѣ отъ неизвѣстной причины; 3 сестры и братъ здоровы. 4 года назадъ, послѣ пожара въ деревнѣ, семья Г—ва, пользовавшаяся ранние хорошимъ достаткомъ, обидѣла, что заставило его отправиться на заработки въ Сиб. Здѣсь Г—въ поступилъ на электрической аккумуляторный заводъ, гдѣ работаетъ уже болѣе 3 лѣтъ. Работа (около 8—10 ч. въ сутки) не тяжелая, но при ней часто приходится имѣть дѣло со свинцовыми порошками, и, по словамъ Г—ва, рабочіе завода довольно часто страдаютъ рѣзью въ животѣ, сопровождающейся запорами и рвотой и перѣдко направляются для лѣченія въ 6-ны. Самъ Г—въ подобныхъ явленій у себя не замѣчалъ и до поносовъ чувствовалъ себя вполнѣ удовлетворительно. Живетъ въ сухомъ помѣщеніи, пользуется домашнимъ столомъ. Женатъ и имѣетъ 2 здоровыхъ дѣтей. Жена, здоровая женщина, выкидышей не имѣла.

Средняго роста, правильнаго сложенія, сильно истощенный мужчина. Слизистыя оболочки блѣдны; кожа сухая, на нижнихъ конечностяхъ и на половыхъ частяхъ умеренно отека. По свободному краю десенъ небольшая кайма; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ десны слегка разрыхлены, кровоточатъ. Довольно много каріозныхъ зубовъ. Въ нижнихъ отдѣлахъ груди, на обоихъ сторонахъ пояса притупленная звука и ослабленные дыхательныхъ шумовъ, высотой въ ладонь. Выше притупления умеренное количество сухихъ хриповъ. Небольшой сухой кашель. R = 24 въ 1'. Толчекъ сердца между 5/6 ребр. по лѣвой сосковой. Лѣвая граница сердца совпадаетъ съ толчкомъ, правая сливается съ поясомъ тупости правой стороны груди, верхняя между 3/4 ребр. Тоны сердца чисты, глуховаты. Артерій слегка утолщены; Р—хорошаго наполненія, 68 въ 1'. Pot.—18. Животъ немного увеличенъ въ размѣрахъ, незначительный асцитъ (верхняя граница не доходитъ палца на 3 до пупка) отчетливо прощупывается твердый, ровный край печени, выступающей палца на 3 изъ подъ края реберъ. Селезенка не прощупывается. Животъ чувствителенъ къ давленію у пупка и особенно по ходу нисходящей толстой кишки. Стулъ 5 разъ въ день жидкій, безъ крови. При повторныхъ исследованияхъ испражнений туберкулезныхъ палочекъ, и яицъ глистъ ни разу не обнаружено. U = 1800 к. с. d = 1011, г—кислая, количество бѣлка = 8,1 gr. (4,5‰). Моча желтато-бѣлая, прозрачная. Въ осадкѣ найдены: въ умеренномъ количествѣ гліаліозныя и зернистыя цилиндры и немного лейкоцитовъ и клѣтокъ жирноперерожденнаго почечнаго эпителия.

Аппетитъ пониженъ, умеренная жажда. Суживающіе рефлексы и чувствительность кожи (болевая и тактильная) безъ измѣненій; довольно рѣзкое пониженіе силы русъ. Сонъ порядочный, общее настроеніе угнетенное. T° въ теченіе всего наблюденія колеблется между 36,3—37,0°. Зрѣніе не нарушено; при офтальмоописическомъ изслѣдованіи глазного дна (М. К. Эрнротъ) никакихъ измѣненій не обнаружено.

Назначены: легкая смѣшанная діета (куриный супъ, молоко, бѣлый хлѣбъ) и t-ra valer. aetherea (3 раза по 15 капель), а на 5-й день теплая ванна (30°) 2 раза въ день. Уже къ 5-му дню отеки почти исчезли (вѣсъ тѣла съ 60 klg. понизился до 53 klg.), значительно уменьшилась одышка и кашель, послѣ же назначенія ваннъ (порядочный потъ) отеки скоро совершенно прошли и исчезли hydrothorax и ascites. Слабыя разъ 5—7 въ день жидко, довольно обильно. U колеблется между 1800—1200 к. с., d между 1014—1009, количество бѣлка между 10,8 gr.—10,2 gr. (6—10‰); цилиндровъ въ осадкѣ очень немного. Вѣсъ тѣла къ концу 2-й недѣли наблюденія = 50 klg.; самочувствіе неустойчивое: 6-ной то вялый, апатичный, то раздражительный, жалуетъ то на головную боль, то на боли въ области лѣваго подреберья, по ходу толстой кишки.

При дальнѣйшемъ наблюденіи Г—ва болѣе всего беспокоили поносы, почти совершенно не поддававшіеся терапіи. Постѣднія заключались въ прижигеніи компрессовъ на животъ, всушиваніи теплыми клизмами (съ 1 чайной ложкой танина и 1 стол. ложкой крахмала) и въ назначеніи внутрь асмута, талькабана или сала. Діета, начиная со 2-й недѣли почти все время молочная, ежедневно 1 или 2 ванны. Болѣе всего успокаивали 6-ного вазучія клизмы, подъ влияніемъ которыхъ уменьшились боли въ животѣ и сократилось число испражнений (вѣсъ 5—7 разъ, 3 раза). При перекѣтѣ молочной діеты на мясную поносы усилились. Изрѣдка въ испраженіяхъ замѣчалась примѣсь слизи и небольшого количества крови. U попеременно колебалось между 1600—1200 к. с., d между 1014—1008, количество бѣлка увеличилось: чаще всего оно = 16,0—12,0 gr. (10‰), рѣже спускалось до 10,0—8,0 gr. (6—8‰) иногда же доходило до 24,0—28,0 gr. (20‰). Количество цилиндровъ въ осадкѣ или ничтожное (центрифуга) или они совсѣмъ не обнаруживались. Чаще всего высокая альбуминурия совпадала съ уменьшеніемъ поноса, иногда же наблюдалась въ тѣ дни, когда поносъ былъ довольно силенъ. Діета не оказывала замѣтнаго вліянія на колебанія альбуминурии. Изрѣдка въ теченіе наблюденія показывалась отчетливая голая и стоить, быстро проходящая при покойномъ положеніи (альбуминурия при этомъ не обнаруживала замѣтнаго уменьшенія).

На 37-й день наблюденія Г—въ выписанъ изъ 6-ны принужденный къ тому семейнымъ обстоятельствамъ. Въ день выхода отбѣено: самочувствіе удовлетворительное, состояніе питанія плохое (значительное истощеніе, вѣсъ тѣла = 50,500 gr.). Толчекъ сердца между 5—6 ребр. по лѣвой сосковой, правая граница немного заходитъ за лѣвую край грудины, верхняя на 5 ребрѣ. Тоны сердца чисты. По прежнему прощупывается твердый край увеличенной печени. U = 1000 к. с. (не вса), d = 1016, г—слабо-кислая, бѣлка 10‰. Въ осадкѣ (центрифуга) рѣдкіе лейкоциты; цилиндровъ не найдено. Отековъ нѣтъ; стулъ 4 раза въ день жидкій, безъ крови. Десны не разрыхлены, не кровоточатъ.

Въ теченіе наблюденія 3 раза было произведено бактериологическое изслѣдованіе мочи: 1 разъ на 2-й недѣлѣ и 2 раза на 4-й недѣлѣ. Въ первый разъ были найдены въ чистой культурѣ бѣлый стафилококкъ, во 2-й и въ 3-й разъ моча оказалась стерильной.

Исследование выделения метиленовой сини было произведено дважды.

Первое выпрыскивание произведено на 2-й день наблюдения 19/III, в 11 ч. утра. За сутки, истекшия перед выпрыскиванием, $U=1800$ к. с., $d=1011$, г—слабо-кислая, количество бляк = 8,1 гр. ($4\frac{1}{2}^{100}$). Моча желтого цвета, прозрачна; в осадке найдены в умеренном количестве галловые и зернистые цилиндры, немного лейкоцитов и клубок жироперерожденного почечного эпителия. Отрицательные реакции: на сахар и желчные пигменты. Суточ. колич. мочевины = 28,7; суточ. колич. $P_2O_5=1,7$; Pot. (правая левая) = 19.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1 ч. Maximum: М. через 2 ч.
Chr. — $\frac{1}{2}$ ч. Chr. — 2 ч.

Продолж. выд. М. — 10 ч.
Chr. — 48 ч.

Интенсивность общего maximum'a = IV.

Преобладающая форма выделения Chr.: М. выделялась плохо 10 ч. Кривая выделения М., Chr. и общая кривая: постоянны дилатические. Общее количество мочи за все время выделения = 3300 к. с.

Второе выпрыскивание было произведено через 10 дней, 17/IV в 1 ч. дня. За сутки, истекшия перед выпрыскиванием, $U=1400$ к. с., $d=1009$, г—слабо-кислая, колич. бляк = 16,8 гр. (12^{100}). Моча светло-желтого цвета, прозрачна; в осадке (центрифуга) найдено незначительное колич. лейкоцитов; цилиндры не найдено. Суточн. колич. мочевины = 18,0; суточн. колич. $P_2O_5=1,4$. Pot. (правая левая) = 20.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 1 ч. Maximum: М. через 3 ч.
Chr. — $\frac{1}{2}$ ч. Chr. — 2 ч.

Продолж. выд.: М. — 21 ч.
Chr. — 48 ч.

Интенсивность общего maximum'a = VI.

Преобладающая форма выделения Chr.: М. выделялось только 21 ч. Кривая выделения М., Chr. и общая кривая: постоянны дилатические. Продолжительность общего maximum'a = 6 ч. Общее колич. мочи за все время выделения = 2900 к. с.

Примечание: при кипячении мочи с уксусной кислотой для открытия хромогена она вскоре обесцвечивается: окраска остается, если мочу предварительно осадить свинцовой солью.

Наблюдение № 63.

Клинический эпикриз: *Alimentatio deficiens, labor excessivus, intoxicatio alcoholica chronica moderata.—Nephritis interstitialis progressiens (infectiosa?) Infectio streptococcica (ex crystallo?) Degeneratio parenchymatosa myocardii clyptatis; nephritis parenchymatosa; amyloidosis renum, hepatis et lienis. Insufficiencia cordis, hyperlymph universalis. Autointoxicatio acuta terminalis (coma, adynamia cordis), oedema pulmonum. f.*

Oliguria, albuminuria, cylindruria. Bacteriuria.

Белая — ба, 49 лет, поступила в 6-цу — 11 Декабря 1898 г.: отени, кашель, одышка.

Месяц назад перенесла рожистое воспаление правой голени, развившееся вслед за ушибом при падении. Заболевание сопровождалось ознобом, жаром и явлениями общего недомогания (головная боль, отсутствие аппетита, понос). Через неделю краснота и опухоли на голени прошли, головная же боль и отсутствие аппетита оставались; изредка редкого знобило, прогрессировал общий упадок сил; все время оставалась в постели. Две недели назад впервые заметила отечность сначала нижних конечностей, а затем и всего тела. Одновременно с этим стала кашлять, а в последнюю неделю начала испытывать одышку и тошноту.

Патологическое прошлое: на 12 году scarlatina (без отеков), на 16—18 году отхождение круглых глист и наклонность к поносам, два года назад какое-то заболевание, сопровождавшееся жаром, кашлем (без болей в груди) и общей ломотой в теле (болела около 1—1½ недель). После этого заболевания долго не могла оправиться и с тех пор стала испытывать постепенно нарастающий общий упадок сил. Изредка бывали головные боли. Последние 10 лет употребляет в умеренном количестве алкоголь (водка, пиво). Отсутствие указаний на туб.

Уроженка Вессеговского уезда, Тверской губ., большую часть жизни провела в деревне. Родители пользовались относительным достатком, занимались хлебопашеством. Отец, сильный нотаиор (запой), умер на 54—56 году при явлениях общей водянки: мать умерла на 60 году, повидному, страдала острым воспалением легких. Брат и 2 сестры пользуются хорошим здоровьем; 3 сестры умерли в детстве от неизвестной причины. На 24-м году ф.—на вышла замуж, 10 лет пользовалась хорошим достатком, последние же 15—17 лет, когда муж стал пьянствовать, жила большей частью в нужде, много работала и по хозяйству и в поле. Последние 3 года живет в СПб., в подвалы, занимается домашним хозяйством и изредка полевой работой (мытье полов, стирка белья). Menstrua с 15 лет, прекратились 2 года назад. Рожала 6 раз, благополучно. Последние роды 6 лет назад. 4 детей умерли в детстве, двое здоровы. Выкидышей не было. Муж здоровый крепкого сложения мужчина, алкоголик.

Небольшого роста, блѣдная, порядочно истощенная женщина. Ухренная общая отчетность кожи всего тѣла; на правой голени красный рубецъ величиной въ 3—4 сант., ухренными варикозными расширениями венъ нижнихъ конечностей. Паховыя железы справа немного увеличены, небольшенны. Границы легкихъ понижены, подвижны; при дыханіи ухренное количество сухихъ и влажныхъ хриповъ (послѣдніе преимущественно въ нижнихъ отдѣлахъ). Немного слизисто-гнойной мокроты, въ которой туберкулезныхъ палочекъ не обнаружено. R=27 въ 1'. Толчекъ сердца между 5/6 ребр. по лѣвой сосковой; слабый; правая граница по правому краю грудины, лѣвая совпадаетъ съ толчкомъ, верхняя на 4-мъ ребрѣ. Тоны чисти, ухренный акцентъ на 2-мъ тоѣ арт. pulmon. P—небольшого наполнения, правильного ритма, 90 въ 1'. Артерія не ухрошена. Pot. (правая лучевая)=16. Животъ ухрено раздутъ, нежно продуцируется край селезенки. Стулъ 1 разъ нормальной консистенціи. U=600 к. с. d=1011, г—кислая, колич. бѣла=2,4 гт. (4%₁₀₀). Моча желтаго цвѣта, мутноватая; въ осадкѣ: порядочное количество зернистыхъ и глянцовыхъ цилиндровъ, немного лейкоцитовъ и кѣтокъ почечнаго эпителия. Аппетитъ и сонъ плохи; безпокоятъ: кашель, тошнота, головная боль. T° 36,5—37,0°. Вѣсъ тѣла 50,800.

Назначены: ванна въ 30° 1 разъ въ день, t-ra valer. aether. по 15 капель 3 раза въ день, молочная дѣта, коденитъ при кашлѣ (0,01). Первые два дня состояніе нѣсколько улучшилось: увеличилось колич. мочи (U=1000, 1200 к. с.), уменьшились отеки (вѣсъ=50,000) и одышка (R=21 въ 1'); t° колебалась между 36,4—37,0°.

На 3-й день рѣзкое ухудшеніе самочувствія, 2 раза рвота, повышенье t° (38,3°); U=500 к. с. d=1014, колич. бѣла=4,0 гт. (8%₁₀₀). Стулъ задержанъ, животъ порядочно раздутъ. Назначенъ salomet по 0,2 до дѣйствія (3 обатки).

Въ слѣдующіе дни рвота усилилась (до 4—6 разъ въ день), t° то понижалась до 36,4—36,2°, то вновь повышалась до 37,8—38,0°; состояніе силъ замѣтно ухудшилось. P. колеблется между 64—78 въ 1', давленіе падаетъ (Pot. на 5-й день=14, на 7-й=11). В-ная сѣлалась крайне вялой, апатичной, совершенно отказывается отъ їды. U колеблется между 300—400 к. с., d между 1015—1018, количество бѣла между 3,6—3,2 (6—8%₁₀₀); количество цилиндровъ въ осадкѣ увеличилось.

Ванна болыная переносила худо (пота пѣтъ, увеличивается слабость), поэтому на 5-й день оѣтъ отхренены и назначены: coffein. natro-benzoi-sim по 0,2 три раза въ день, а на 7-й день inf. Digitalis (с.) 0,3—90,0 въ сутки). U остается небольшимъ (700—450 к. с.), количество бѣла велико (6—8%₁₀₀), рвоты и упадокъ силъ прогрессируютъ. На 10 и 11-й день t° между 36,2—36,4°, P между 71—74, R между 18—22 въ 1', Pot=12.

На 12-й день t° 37,8°, P=96 въ 1', Pot=10; сознание неясное, судорожныя сокращения въ пальцахъ рукъ и въ мышцахъ лица. Назначены подкожныя впрыскиванія эфира. Въ вечеру того-же дня полная потеря сознания и смерть при явленіи быстро развившагося отека легкихъ.

За три дня до смерти была исследована бактеріологически (катетеръ) моча, причемъ отъ 1 к. с. еп. разлитого на агаръ-агаръ, выросло порядочное количество (20) колоній короткаго стрептококка и 3 колоніи бѣлаго стафилококка.

Впрыскиваніе метиленовой сини было произведено на 2-й день наблюденія 12/XII въ 10 ч. утра. За сутки, истекшія передъ впрыскиваніемъ, U=1000 к. с., d=1014, г—кислая, бѣла 4,0 гт. (4%₁₀₀). Моча желтаго цвѣта, мутная; въ осадкѣ: порядочное количество зернистыхъ и глянцовыхъ цилиндровъ, немного лейкоцитовъ и кѣтокъ плоскаго и цилиндрическаго эпителия. Суточи. колич. мочевины=19,7, суточи. воды. P₂O₅=0,85; Pot. (правая лучевая)=17.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 1 ч. (слабѣ) Maximum: М.—6 ч. (слабѣ)
 Начало: Chr. 1 ч. (слаб. реакц.) Chr.—5 ч. (слабѣ)
 М.—90 ч.
 Продолж. вид. Chr.—108 ч.
 Интенсивность общаго maximum'a=1

Кривыя выдѣленія М., Chr. и общаа кривая: постоянныя кислотности. Продолжающіеся общаго maximum'a увеличена (78 ч.). Преобладающая форма выдѣленія: довольно равномерное выдѣленіе М. и Chr. въ началѣ, преобладаніе Chr. въ концѣ (послѣ 68 ч.) Общее колич. мочи за все время выдѣленія=3600 к. с.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Г. С. Кулема). Небольшого роста, лѣлого питанія, анатомическое тѣло. Покровы конечностей и туловища значительно отчетны, покровы лица отчетны въ слабой степени: около-сердечная сунка содержитъ около 2 столовыхъ ложекъ свѣтлой жидкости. Сердце уменьшено въ размѣрахъ. Мышца его бурого цвѣта, дряблая, толщина стѣны лѣваго желудочка 0,8 с. Эпикардіи и клапаны безъ видимыхъ измѣненій. Въ полостяхъ обѣихъ плевръ немного (1 1/2—2 стакана) серозной жидкости. Легкія лежатъ свободно въ полостяхъ плевры. Ткань ихъ всюду проходила къ воздуху, въ нижнихъ отдѣлахъ значительно отека. Слизистая желудка истончена, вскрыта точечными, кровоизліяніями, кѣтками асидно окрашена; слизистая тонкихъ и толстыхъ кишекъ блѣдная, отека въ нижнихъ отдѣлахъ. Печень уменьшена въ размѣрахъ, ткань ея въ разлѣзѣ бурого цвѣта, ухренной плотности и кровенаполненія. Селезенка немного увеличена въ размѣрахъ (13,0; 7,0; 4,0), ткань ея изокрашеннаго цвѣта, тускаго блеска, выскабливается съ трудомъ.

Обѣ почки по размѣрамъ близки къ нормѣ; размѣры правой=12,0; 6,0; 4,0; вѣсъ 230 гр.; размѣры лѣвой 11,5; 7,0; 4,0; вѣсъ 220 гр. Капсулы почекъ снимаются съ трудомъ, распадаются. Поверхность почекъ неровная, съ вдавленіями, цвѣтъ блѣдно-сѣрый. Корка въ разлѣзѣ

несколько увеличена, блѣда съ тусклымъ, матовымъ блескомъ и затупленнымъ рисункомъ. Пирамиды довольно богаты кровью, границы ихъ нерѣзко отдѣляются отъ корки. Изъ сосочковъ выдвигается много мутной жидкости. Лоханки, мочеточники и мочевой пузырь безъ видимыхъ измѣненій.

Матка уменьшена въ размѣрахъ, плотна, слизистая ея атрофирована. Яичники фиброзно перерождены. Кости черепа нормальной строенія. Синусы наполнены жидкой кровью. Маткая оболочка мозга мутна. Вещество мозга влажно, довольно полнокровно. Сосуды основанія утѣренной плотности.

При микроскопическомъ изслѣдованіи почекъ замѣчается значительное развитіе соединительной ткани, порядочно паренхиматозныя измѣненія эпителия, мочевыхъ канальцевъ и рѣзкое амилонное перерожденіе клубочковъ и *intim'a* артерій почекъ. Мочевые канальцы всюду раздвинуты разросшейся соединительной тканью, которая въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляется рѣзко мелкоклеточно инфильтрированной. Просвѣты канальцевъ, большую часть, значительно расширены, мѣстами же канальцы рѣзко сдвинуты почти до полного исчезновенія просвѣта ихъ. Эпителий мочевыхъ канальцевъ то сильно уплощенъ, то представляется набухшимъ, мѣстами выпалъ въ просвѣтъ канальца. Ядра эпителия всюду окрасились довольно мутно, въ нѣкоторыхъ же канальцахъ совсѣмъ не восприняли окраски, что особенно часто замѣчается среди канальцевъ Геллерской петли. Въ просвѣтѣ какъ извитыхъ, такъ и прямыхъ канальцевъ замѣчаются довольно часто зернистыя или гомотенныя массы, кѣтки выпавшаго эпителия и лейкоциты. Клубочки замѣтно увеличены въ размѣрахъ, капсулы ихъ утѣренно утолщены.

Эпителий капсулы рѣзко уплощенъ, со слабо окрасившимися ядрами. Капсульное пространство почти отсутствуетъ. Капилляры клубочковъ утолщены, гомотенно измѣнены, покрыты небольшимъ количествомъ ядеръ эпителия. Въ нѣкоторыхъ клубочкахъ утолщены лѣты отдѣльныя петли, и количество ядеръ покрывающаго клубочекъ эпителия довольно обильно. *Intima* сосудовъ почки утолщена. Клубочки и *intim'a* сосудовъ даютъ ясную реакцію на амилондъ.

При бактериологическомъ изслѣдованіи почки и селезенки (маленькіе кусочки этихъ органовъ, взятые стерильно, были брошены въ бульонъ) найдены: въ первой короткій стрептококкъ и подвижная палочка (случайное загрязненіе?), во второй—чистая культура короткаго стрептококка. Въ срѣзахъ изъ почекъ бактерій обнаружилъ не удалось (окраска: гентинъ-виолетъ и эозинъ и по Gramъ).

Анатомическій діагнозъ. *Nephritis chr. interstitialis et parenchymatosa cum degeneratione amyloidea renum. Degeneratio fusca et atrophica myocardii et hepatis. Perisplenitis chr. Hypertrophia pulpaе et degeneratio amyloidea lienis. Gastritis chr. Oedema intestini crassi. Oophoritis chr. fibrosa. Anasarca, oedema pulmonum et cerebri. Anaemia et atrophica universalis. Septicemia (?)*.

Наблюденіе № 64.

Клиническій эпикризъ: *Lues? Intoxicatio alcoholica chron. Arteriosclerosis.—Hyperplasia et degeneratio caseosa gland. lymphat. peritoneal. Nephritis chronica interstitialis cum atrophica et degeneratio amyloidea. Degeneratio amyloidea hepatis et lienis. Hypertrophia ventriculі sin. cordis. Autointoxicatio chronica, exacerbationis reiteratae origine digestiva.—Autointoxicatio acuta (uraemia) terminalis; asthenia cordis. ?*

Polyuria, albuminuria, cylindruria.

Томашъ К.—ъ, 43 лѣтъ, поступилъ въ б—ду 22 февраля 1898 г.: рвота, боли въ подложечной области, слабость.

Застѣнецъ, много говорящій по-русски, сообщаетъ, что болѣзненное обнаружилось 1 мѣсятъ назадъ болѣзнь въ подложечной области; тошнотой и рвотой поспѣлъ їди. Рвота принятой пищей наступала или тотчасъ поспѣлъ їди или черезъ нѣсколько часовъ (2—4—6); прѣхъ крови въ ней или темной окраски рвотныхъ массъ никогда не наблюдалъ. Частота рвоты, повидимому, зависѣла отъ рода пищи: при грубой пищѣ рветъ чаще, при легкой—рѣже. Въ послѣдніе 10—12 дней рвота почти ежедневная. Довольно часто бывають неприятныя отрыжки, особенно въ тѣ дни, когда рвота наступаетъ не тотчасъ поспѣлъ їди. Въ такихъ случаяхъ большой вынуждается рвоту искусственно (закладывая пальцы въ ротъ), поспѣлъ же всегда испытываетъ облегченіе. Изрѣдка бывали поносы, чаще же крѣпко. Порядочно исхудалъ и ослабѣлъ за время болѣзни и послѣдніе 2 недѣли уже не работалъ.

Въ прошломъ, кромѣ перенесеннаго два года назадъ какого-то мнѣжественнаго суставнаго болѣзненія (полиартрита?), отъ котораго лѣчился около 2-хъ мѣсяцевъ въ б—цѣ, другихъ болѣзней не помнитъ. Лусъ и утѣрѣтъ отрицаетъ, занятъ со свинцомъ не имѣлъ. Алкоголь, преимущественно пиво, употребляетъ около 20 лѣтъ, въ утѣренномъ количествѣ. Отмѣчаетъ, что за послѣдній годъ сталъ хмѣлѣть уже поспѣлъ 1 бутылки пива, тогда какъ раньше могъ выпить, не хмѣлѣя, нѣсколько бутылокъ.

Уроженецъ г. Матавы, гдѣ жилъ почти все время до прѣзда въ Сиб. (1 мѣсяцъ назадъ). Родители умерли въ преклонномъ возрастѣ, отчего—не знаетъ. Два брата и одна сестра, здоровы. Съ 12 лѣтъ занимается столярнымъ мастерствомъ и, повидимому, никогда не испытывалъ большой нужды. Холосто.

Крѣпкаго сложенія, удовлетворительнаго питанія, средняго роста. Небольшая блѣдность слизистыхъ оболочекъ и кожи. Незначительная отечность кожи голеней и стопъ. Границы легкихъ нѣсколько понижены, сердечная тупость прироста, R=18. Толчекъ сердца прощупывается между 4/5 ребр. на 1 палецъ выше отъ соска, слабый. Тоны сердца чисты. Артерій немного утолщены; Р—правильнаго ритма 60 въ 1. Pot. (правая лучевая)=22. Языкъ немного обложенъ, суховатъ. Утѣренная жажда, пониженный аппетитъ, частая пустая отрыжка. Подложечная область слѣга

раздута, чувствительна къ давленію въ области pylori, гдѣ резистенція ясно увеличена. Удастся получить слабый перистальсис. Печень и селезенка не прощупываются. Стулъ 1 разъ въ день нормальной окраски и консистенціи; при микроскопическомъ исследованіи испражнений, янть глнств не обнаружено. $U = 2000$ к. с., $d = 1008$, $r =$ кислая, колич. бѣлка $= 8,0$ gr. ($4^{1/2}\%$). Моча свѣтло-желтаго нѣкта, прозрачна. Въ осадкѣ: немного зернистыхъ и гнѣлиновыхъ цилиндровъ, немного клѣтокъ жирно перерожденнаго почечнаго эпителія и лейкоцитовъ.

Сонъ хороший, кожные рефлексы въ предѣлахъ нормы, немного суженные зрачки, при хорошемъ зрѣніи. Ночью была 1 разъ рвота.

Исследование желудочнаго сока (пробный завтракъ) дало слѣдующіе результаты: въ фильтратѣ—ясная реакція на свободную соляную кислоту и слабая—на молочную; въ осадкѣ—крахмальные зерна, распадъ и немного бактерій (палочки и кокки). Емкость желудка $= 2200$ к. с.

Назначены: легкая сѣшанная діета (куриный супъ, молоко, бѣлый хлѣбъ) и codein по 0,01 два раза въ день. Къ 5-му дню улучшение самочувствія и прекращеніе рвоты; отрыжки, боли въ подложечной области и повышенная резистенція въ области pylori остаются. Въ теченіе этихъ дней $U = 2600 - 4000$ к. с., $d = 1008 - 1011$, колич. бѣлка $= 20,8 - 16,0$ gr. ($8 - 4^{1/2}\%$). На 6-й день назначена молочная діета и ванна въ 30° два раза въ день. Постъ ваннъ всегда обильный потъ. Черезъ недѣлю боли подъ ложечкой и отрыжки прекратились совершенно, резистенція въ области pylori остается. U попрежнему $= 2000 - 4000$, бѣлка-много, до 27,0 gr. ($5 - 9\%$), цилиндровъ въ осадкѣ немного. Самочувствіе удовлетворительное, жалуетса только на слабость и головокруженія.

Черезъ 2 недѣли назначена мясная порція. Первые 2 дня переносятся хорошо, а затѣмъ больной сталъ жаловаться на боли подъ ложечкой, тошноту, одышку и сильную головную боль. Съ отбѣгомъ мясной діеты и съ назначеніемъ вновь молочной, явленія эти быстро прошли. Черезъ недѣлю вновь назначена мясная порція и опять съ такими же эффектами (головная боль, рвота, поносъ). Въ дальнейшемъ, при молочной діетѣ и ваннахъ больной чувствовалъ себя довольно удовлетворительно и даже прибавился немного въ вѣсѣ при полномъ отсутствіи отековъ; но прежнему, однако, оставались жалобы на головокруженія и по прежнему моча содержала большія колич. бѣлка ($20,0 - 25,0$ gr.) при выскокѣ U ($2400 - 3500$) и низкомъ d ($1007 - 1010$). P колебался между $70 - 82$ въ 1°. $Pot. = 20 - 22$.

5-го апрѣля (день св. Пасхи) больному, по его просьбѣ, былъ разрѣшенъ обійій обѣдъ (мясной бульонъ съ пироженки, жареная курятина, пирожное, куличъ и яйца), а ночью у него развился буйный бредъ и появился сильный тремор въ конечностяхъ. Къ вечеру слѣдующаго дня, послѣ назначенія infus. senpae salin (обильный стулъ), больной успокоился, а на утро у него опять возобновились и бредъ и тремор. Больной крайне возбужденъ, плохо сознаетъ окружающую обстановку, отказывается отъ пищи. Зрачки сужены, $P = 112$ въ 1°, $U = 1800$ к. с., бѣлка $6^{1/2}\%$. Назначень chloral hydrati 4,0 + Natri bromati 2,0 + Aq. destill. 90,0 2—3 стол. ложки въ день. Улучшенія нѣтъ. Бредъ продолжается, появляются тоническія судороги въ лицѣ и конечностяхъ. $Pot. = 14$. На слѣ-

дующій день (10 апрѣля, 47-й день наблюд.) $Pot. = 8 - 1$, —отечность лица, глубокая кома и къ вечеру смерть при явленіяхъ отека легкихъ.

Исследование выдѣленія метиленовой сини было произведено дважды.

Первое вырыскиваніе было произведено на 3-й день наблюденья, 25-й въ 10 ч. утра (периодъ плохого самочувствія, мясная діета). За сутки, истекшія передъ вырыскиваніемъ, $U = 2500$ к. с., $d = 1008$, $r =$ кислая, колич. бѣлка $= 10,0$ gr. ($4^{1/2}\%$). Моча свѣтло-желтаго нѣкта, прозрачна. Въ осадкѣ укрѣпное количество зернистыхъ и гнѣлиновыхъ цилиндровъ, немного лейкоцитовъ и клѣтокъ жирно перерожденнаго почечнаго эпителія. Суточн. колич. мочевины $= 18,6$; суточн. колич. $P_2O_5 = 1,4$. $Pot.$ (правая лучева) $= 21$.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ $1\frac{1}{2}$ ч. (слѣды). Maximum: М. — 5 >
 Чгр. > 1 > (слѣды). Чгр. — 4 ч.
 Продолж. выд.: М. — 90 ч.
 Чгр. — 102 >

Интенсивность общаго maximum'a $= I$. Преобладающая форма выдѣленія Чгр.

Кривыя выдѣленія М, Чгр. и общая кривая: постоянныя циклическія. Продолжительность общаго maximum'a $= 74$ ч. Общее колич. мочи за все время выдѣленія $= 8300$ к. с.

Второе вырыскиваніе произведено на 13-й день наблюденья (улучшеніе самочувствія, ванны, молочная діета) 8-мъ въ 10 ч. 30 м. утра. За сутки, истекшія передъ вырыскиваніемъ, $U = 1300$ к. с., $d = 1010$, $r =$ кислая, колич. бѣлка $= 10,4$ gr. ($8^{1/2}\%$). Моча желтаго нѣкта, прозрачна. Въ осадкѣ: очень немного зернистыхъ цилиндровъ и лейкоцитовъ. Суточн. колич. мочевины $= 16,8$; суточн. колич. $P_2O_5 = 0,84$. $Pot. = 23$.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 1 ч. Maximum: М. — 4 ч.
 Чгр. > 1 > Чгр. — 4 >
 Продолж. выд.: М. — 98 ч.
 Чгр. — 106 >

Интенсивность общаго maximum'a $= I$.

Преобладающая форма выдѣленія: М. и Чгр. выдѣляются равномѣрно. Кривыя выдѣленія М, Чгр. и общая кривая: постоянныя циклическія. Продолжительность общаго maximum'a $= 68$ ч. Общее колич. мочи за все время выдѣленія $= 6200$ к. с.

Протокол вскрытия (д-ръ Г. С. Кулеша). Труп мужчины среднего роста, съ блѣднѣми, немного отчетливыми покровами тѣла, плохого питания. Околосердечная сумка содержитъ около 4-хъ столов. ложекъ сѣйной, серозной жидкости. Сердце немного увеличено въ размѣрахъ (11,0; 9,5; 1,5), стѣнка лѣваго желудочка умѣренно гипертрофирована. Мускулатура сердца довольно плотна; клапаны аорты немного утолщены по свободному краю; внутренняя поверхность аорты неровна, покрыта довольно обильно небольшими фиброзными бляшками. Легкія объемисты, на верхушкахъ сращены съ грудной клеткой. Ткань ихъ всюду проходима для воздуха, умѣренного кровенаполнения, въ нижнихъ доляхъ отека. Желудокъ немного увеличенъ въ размѣрахъ, слизистая оболочка его блѣдна, покрыта небольшою количествомъ слизи, стѣнка желудка равномерно утолщена. У малой кривизны желудка, недалеко отъ привратника, подъ серозной оболочкой, находится неправильной формы опухоль, величиной со сливу. Опухоль окружена фиброзной оболочкой и на разрывѣ представляетъ рядъ гнѣздъ, наполненныхъ казеозной, довольно жидкой массой; опухоль производитъ впечатлѣніе слиявшихся казеозно перерожденныхъ лимфатическихъ железъ. Нѣкоторые неравноплотные железы увеличены и также казеозно перерождены. Мезентеріальныя, ретроперитонеальныя и бронхиальныя железы безъ замѣтныхъ измѣненій. Слизистая тонкая кишокъ блѣдна, слегка утолщена, и по всему тракту усѣяна пахучими фолликулами. Печень не увеличена (26,0; 18,0; 8,0), нормальной консистенціи. Селезенка немного увеличена (13,0; 8,0; 4,5); ткань ея плотна, салнаго блеска, маскообразнаго цвѣта, пульса не выскабливается.

Почки немного увеличены, издуты. Размѣры правой: 11,0; 6,0; 4,5; вѣсъ = 175 gr.; размѣры лѣвой: 11,3; 6,0; 5,0; вѣсъ = 185 gr. Капсула почекъ снимается расщепляясь; поверхность почекъ неровная, крупно-бугристая, сѣровато-краснаго цвѣта. Поверхность разрыва жатового, салнаго блеска, края острые. Кортикальнй слой неравномерно истонченъ, плотенъ, пирамидки умѣренно наполнены кровью, артеріи утолщены. Слизистая оболочка лоханокъ, мочеточники, мочевой пузырь и предстательная железа безъ замѣтныхъ измѣненій. Оба надпочечника равномерно увеличены, плотны, въ разрывѣ салнаго блеска; корковый слой ихъ утолщенъ.

Ткань яичекъ довольно плотная, сѣмянные нити ихъ тянутся съ трудомъ, легко рвутся. Кости черепа немного утолщены. Мягкая оболочка мозга и вещество его отчетливы, мозговые желудочки растянуты, наполнены сѣйной жидкостью. Сосуды основанія мозга безъ измѣненій.

Микроскопическія изслѣдованія:

При микроскопическомъ изслѣдованіи почечъ замѣчается значительное разстройство соединительной ткани, небольшая дегенеративная измѣненія эпитеція мочевыхъ канальцевъ и амилонное перерожденіе клубочковъ и сосудовъ почекъ. Мочевые канальцы корки отдѣлены другъ отъ друга сильно разросшеюся соединительною тканью, въ отдѣльныхъ вѣтвѣхъ рѣзко инфилтрированной круглоклеточными элементами. Просвѣты канальцевъ болѣею частью уменьшены, иногда сдвинуты до полного уничтоженія. Эпителий извитыхъ канальцевъ и Генлеовой петли умѣренно набухъ; ядра его болѣею частью хорошо окрасились, рѣже мутно или со-

вѣтъ не окрасились. Просвѣты многихъ канальцевъ наполнены гомогенными массами, иногда мелкозернистыми распадающимися и клетками вынававшего или пролиферирующаго эпитеція. Клубочки увеличены въ размѣрахъ. Капсула ихъ утолщена, нерѣдко окружена обильно инфилтрированной круглоклеточными элементами соединительной тканью. Эпителий капсулы сильно уплощенъ, капсульное пространство у большинства клубочковъ отсутствуетъ; клубочки вполноту выполнены гомогенной массой, покрытой небольшою количествомъ ядеръ. Артеріи утолщены. Клубочки, *membrana propria* канальцевъ и сосуды даютъ возлжательную реакцію на амилондъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухолю найденной подъ серозной оболочкой желудка замѣчается, что она состоитъ изъ плотной соединительной ткани, въ которой находится нѣсколько фокусовъ казеознаго распада и скопленій лимфонидныхъ клетокъ, среди которыхъ встрѣчаются и гигантскія клетки. Туберкулезныхъ нодулъ въ срѣзѣ не найдено.

Микроскопическое изслѣдованіе селезенки и надпочечниковъ показало высокую степень амилоннаго перерожденія ихъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи яичка замѣчено небольшое разстройство соединительной ткани и амилонное перерожденіе сосудовъ.

Анатомическій діагнозъ. *Nephritis interstitialis chr. atrophica cum degeneratione amyloidea renum. Degeneratio amyloidea lienis glandul. suprarenalium, testicularum, ventriculi (?) et intestinum (?). Hypertrophia ventr. sin. cordis. Pleuritis adhesiva partialis bilateralis. Degeneratio caseosa glandularum perigastricarum et periportalium. Anasarca, oedema pulmonum et cerebri. Lucis (?)*.

Наблюденіе № 65.

Клиническій эпикризь: *Status degenerativus hereditarius. Nephritis interstitialis chr. cum degeneratione amyloidea. Atrophia renalis.—Hypertrophia ventr. sin. cordis.—Autointoxicatio chronica (status uraemicus), exacerbationes reiteratae. Degeneratio parenchymatosa renum, hepatis, et myocardii. Insufficiencia cordis, hyperlymphia intermittens. Autointoxicatio acuta. Asthenia cordis. f.*

Albuminuria, cylindruria

Анна И — на, 28 лѣтъ, поступила въ 6 — цу 27 ноября 1898 г.: головная боль, одышка, судороги въ рукахъ и ногахъ.

Главными болѣзнями страдаетъ около полугода; недѣлю 1½ назадъ она значительно усилилась, появились головокруженія, одышка и судорожныя подергиванія въ икрахъ и въ пальцахъ рукъ. 3 дня назадъ было 2 кратковременныхъ припадковъ общихъ судорогъ, сопровождавшихся потерей сознанія. Отековъ въ теченіе этого времени не замѣчала, рвоты и поноса не было. Четыре года назадъ, отъ неизвѣстной причины, въ первый разъ

появились общие отеки, которые с тех пор много раз повторялись, причём 5 раз лежала в 6—8 ч. В последний раз отеки были сильнее 6—8 назад. В 1898 г. лежала 2 недели в этой же 6—8 ч, также лечилась от общих отеков и выписана с диагнозом *perihitis chr. diffusa*; в больничном листе все время отмечалось большое содержание белка в моче (6—8% по Эсбаху) при $U=1200-1800$ к. с., $d=1010-1007$ и употреблено количество цилиндров в осадке. Ни рвоты, ни поносов, ни судорог ни разу не отмечено. Никакой определенной причины для появления первых отеков II — на указатель не может. Какая бы то ни было вина заботливания отрицается. Не рожала; отсутствие указаний на лues. Спиртные напитки не употребляла. Менструа правильны, с 16 лет; бледней не была. В СНВ. 12 лет, работает в качестве прислуги; до последнего времени всегда пользовалась хорошими условиями помещения и питания. Отец 6-й и сестра умерли от чахотки, мать и 2 брата живы и пользуются хорошим здоровьем.

Среднего роста, правильного сложения, порядочного питания. Окраска слизистых оболочек и кожи в пределах норм; щеки румяны (подкожные вены лица слегка расширены). Ничтожная отечность кожи голени. Незначительное укорочение перкуторного звука соответственно правой верхушке, без аускультативных изменений. $R=20$ в 1'. Угрюмая субъективная одышка. Толчок сердца между 5/6 ребр., резко усилен, по 1-й локтевой, верхняя граница сердечной тупости на 4-м ребре, правая по 1-й локтевой к груди. Первый тон на аорте акцентирован. Р напряженный, правильного ритма, 70 в 1'. Артерии не уплотнены. $Rot.$ (правая лучевая) = 24. Язык суховат, небольшая жажда, плохой аппетит. Живот выпялый, печень, селезенка и почки не прощупываются. Стул 1 раз в день, нормальной консистенции. $U=1500$ к. с., $d=1008$, г — кислая, количество белка = 1,2 (2/4%). Моча светло-желтого цвета, прозрачна. В осадке (центрифуга) найдены: в незначительном количестве зернистые и гиалиновые цилиндры и немного лейкоцитов. Настроение вялое, резко угнетенное. Жалуются на головную боль, слабость памяти и общий упадок сил. В пальцах рук наблюдаются кратковременные судорожные сведения. Сон плохой.

Назначены: ванны в 30° 2 раза в день, и молочная диета. В первые два дня наблюдения, состояние оставалось без перемен, на 3-й день были приступы общих судорог с потерей сознания продолжавшейся около 10-ти минут. U в этот день = 1600 к. с., $d=1008$, белка — следы. $Rot.=23$. В четвертый и пятый день приступов не было, но судорожные сведения в пальцах рук участились и появлялись спутанность сознания. Давление на 5-й день = 19. После ванны не полегало. Назначены *infus. digitalis*. Ночью 3 приступа общих судорог и буллий брех. $U=1200$ к. с., $d=1010$, колич. белка = 0,8 (1/4%). В продолжение 6-го, 7-го дня приступов нет, сознание ясное. $Rot.$ на 7-й день = 25.

На 8-й день резкое угнетение сознания, спячка. Назначены *infus. salin.*, после которого хорошо проспало. На 9-й день 3 приступа общих судорог, при продолжавшейся спячке и значительном падении давления (15). $U=900$ к. с. (не вся), $d=1011$, белка — следы. Произведено подкожное введение солевого раствора (600 к. с.), после чего

давление вскоре поднялось до 20 и заметно происходило сознание. Однако к вечеру того же дня опять наступил приступ общих судорог, давление к утру следующего 10-го дня = 14, и 6-ная вышла в коматозное состояние. На 11-й день давление резко упало (не определяется), пульс неопределим, затрудненное глотание (новизному спазм) глубокая кома. Назначены теплые клизмы из 1 1/2 стакана солевого раствора (через 2 часа и подкожные впрыскивания зюра через 1 час по шприцу), однако улучшения не последовало и в 7 ч. вечера того же дня 6-ная скончалась.

Впрыскивание метилового сини произведено в 1-й день наблюдения 6-ной 27/х в 2 ч. дня. За сутки, истекшие перед выписыванием, $U=1500$ к. с., $d=1008$, г — кислая, колич. белка = 1,2 (2/4%). Моча светло-желтого цвета, прозрачна. Реакция на сахар отрицательная. В осадке (центрифуга) немного зернистых и гиалиновых цилиндров и лейкоцитов. Суточн. колич. мочевины = 18,0; суточн. кол. $P_2O_5=0,57$. $Rot.$ (в правой лучевой) = 24. $U=400$ к. с. (не вся) $d=1013$, белка = 1%.

Выделение метилового сини:

Начало: М. через 1 ч. Maximum: М. — 3 ч.
Chr. — 1 1/2 ч. Chr. — 3 ч.

Продолж. выд.: М. — 132 ч.
Chr. — 108 ч.

Интенсивность общего maximum'a = I — следы.

Преобладающая форма выделения М; выделение Chr все время очень слабое и прекратилось раньше выделения М.

Кривая выделения М, Chr и общая кривая; постоянны с очень слабым подъемом. Продолжительность общего maximum'a около 90 ч. Общее количество мочи за все время выделения = 8400 к. с.

Протокол вскрытия (д-р Г. С. Кулеша). Выше среднего роста, плетного питания туч. Незначительный отек покровов нижней части голени. В сердечной сумке содержится около 1 столовой ложки прозрачной жидкости. Левый желудочек сердца сокращен, гипертрофирован; толщина мышечной стенки его — 2 см. Мышца сердца бледная, тусклая, довольно дряблая; клапаны и эндокард без видимых изменений. Верхушка правого легкого приращена к грудной стенке фиброзными спайками. Тянь легкого всюду проходима для воздуха, в нижних отделах богата кровью. Печень нормальных размеров, тянь ее довольно дряблая, темпурного цвета, порядочного кровенаполнения. Селезенка не увеличена, капсула ее морщинистая, тугая, тянь в разрезе красного цвета, нормальной консистенции. Желудок не растянут, слизистая оболочка его багровая, хлещами аспидно-серого цвета. Слизистая тонких кишок бледная, в нижних отделах слегка отечная.

Объёмы почек уменьшены в размерах: размеры правой: 9,0; 4,2; 2,0; — левой: 8,0; 4,0; 2,0. Веса правой = 115 г., левой = 105 г. Капсулы почек снимаются с трудом, рассыпаются. Поверхность почек бугристая, темнокрасного цвета. Кортикальный слой в разрезе значительно истончен, мѣстами совершенно атрофирован (пирамидки доходят почти до капсулы), рисунок его неясен. Пирамидки малы, не резко ограничены от корки, укреплённого кровенаполнения. Изъ сосочков выдавливается нежного мутной жидкости. Доказки не растений, слизистая ихъ безъ видимыхъ изменений. Мочеточники, мочевой пузырь, равно какъ и матка съ придатками утолщены отъ нормы не представляютъ.

Кости черепа нормальной толщины. Синусы мозга наполнены жидкой кровью. Мягкая оболочка мозга мутна, опечна. Вещество мозга довольно дрябло, влажно, порядочного кровенаполнения.

При микроскопическомъ изслѣдованіи почекъ замѣчается весьма значительное разлитіе соединительной ткани, укреплённой дегенеративными изменениями эпителия утолщённыхъ въ небольшомъ количествѣ мочевыхъ канальцевъ, при значительномъ атрофическомъ состояніи клубочковъ и утолщеніи intima сосудовъ почекъ. Мочевые канальцы всѣхъ порядковъ значительно сдавлены весьма обильно разросшейся соединительной тканью, резко извѣнчившей форму ихъ просвета. Попадаются мѣста слѣдовъ состоящихъ изъ соединительной ткани, которая въ отдѣльныхъ, рѣдкихъ фокусахъ обильно инфильтрирована мелкоклеточными элементами. Утолщённые мочевые канальцы то сдавлены до полной потери просвета, то резко расширены и довольно часто наполнены мелкозернистымъ распадающимся и круглоклеточными элементами, особенно расширенными канальцами. Эпителий канальцевъ мѣстами хорошо сохранился, мѣстами набухъ съ плохо окрашивающимися ядрами, мѣстами выпалъ въ просвѣтъ канальца. Нѣрѣдко попадаются новообразованные канальцы.

Большинство клубочковъ уменьшены в размерахъ, или сорваны атрофированы, нѣкоторые увеличены. Капсулы клубочковъ всюду резко утолщены; капсульное пространство въ нѣкоторыхъ клубочкахъ растянута; большую же часть клубочки представляютъ вольную выполененными гомогенно, какъ бы глазгово перерожденными деталями канальцевъ клубочка. Эпителий капсулы большей частью сохранился, мѣстами выпалъ. Въ увеличенныхъ по объёму клубочкахъ канальцы тонко очерчены и покрыты обильнымъ количествомъ ядеръ эпителия, въ уменьшенныхъ — они утолщены, слѣдовъ гомогенно перерождены и покрыты незначительнымъ количествомъ ядеръ. Встрѣчаются переходные формы съ перерожденіемъ отдѣльныхъ петель. Сосуды почекъ тѣсно расположены, intima ихъ резко утолщена. Ясно выраженная положительная реакція на амилоидъ.

Анатомическій діагнозъ. *Nephritis interstitialis chr. atrophica (gradus maximi) cum degeneratione amyloidea renum. Hypertrophia ventr. sin. cordis. Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis et renum. Oedema piaie et cerebri.*

Въ составъ VII группы вошли наблюденія надъ 6 лицами, заболѣваніе которыхъ протекало при явленіяхъ значительнаго нарушенія функцій почекъ, развившагося подъ вліяніемъ хроническаго воспалительнаго процесса и амилоиднаго перерожденія, въ 5 случаяхъ удостовѣренныхъ вскрытіемъ и гистологическимъ изслѣдованіемъ.

Въ клиническомъ отношеніи больные этой группы, по комбинаціямъ наблюдавшихся у нихъ патологическихъ явленій, весьма напоминаютъ тѣхъ, которые вошли въ составъ разсмотрѣнныхъ уже V и VI группъ наблюденій. Это также хроники, въ сложномъ заболѣваніи которыхъ, сопровождающемся распространеннымъ амилоиднымъ перерожденіемъ многихъ органовъ, патологическій процессъ почекъ и клинически и патолого-анатомически проявляется въ наиболѣе рѣзкой формѣ. Вліяющая этиологія общаго заболѣванія, у большинства лицъ этой группы осталась или совершенно невыясненной, или сомнительной. Въ двухъ случаяхъ (наб. №№ 61 и 64) на основаніи измененийъ, обнаруженныхъ на вскрытіи, въ качествѣ этиологическаго момента можно было заподозрить хроническую сифилитическую инфекцію; въ одномъ случаѣ (набл. № 62) можно было думать о связи заболѣванія съ хронической свинцовой интоксикаціей; въ одномъ случаѣ (набл. № 60) заболѣваніе, повидимому, развилось вслѣдствіе повторныхъ токсическихъ и инфекционныхъ вліяній изъ кишечника (рецидивирующая дисентерія) и у двухъ пациентовъ (набл. №№ 63 и 65) — можетъ быть вслѣдствіе перенесенныхъ раньше общихъ инфекционныхъ заболѣваній. Слѣдуетъ также упомянуть, что и у этой группы нашихъ больныхъ, неблагоприятныя условія жизни, питанія, труда и привычныя интоксикаціи (особенно алкогольная и можетъ быть, пищевая), также имѣли, вѣроятно, существенное значеніе въ этиологіи хроническаго страданія.

Подъ вліяніемъ перечисленныхъ сходныхъ патологическихъ условій у всѣхъ развивается общее заболѣваніе, вѣроятно, еще и мѣстный процессъ въ почкахъ и разстройство функцій ихъ. Возможно, однако, что у нѣкоторыхъ лицъ этой группы, какъ напримѣръ въ случаѣ № 65, процессъ въ почкахъ и давнишнее разстройство функцій ихъ предшествовали общему заболѣванію и, можетъ быть, оказали даже известное вліяніе на происхожденіе послѣдняго.

Истинность патологическаго процесса, какъ общаго, такъ и мѣстнаго, судя по даннымъ вскрытій, у отдѣльныхъ лицъ этой группы была неодинакова; на основаніи же свѣдѣній изъ ближайшаго прошлаго нашихъ пациентовъ можно полагать, что и

функциональная реакция организма на патологический процесс почти у каждого больного была своеобразна, и, очевидно, зависела не столько от глубины и распространенности анатомического процесса, сколько от чисто индивидуальных особенностей общей организации и объема запасных и компенсирующих средств организма. У одних, как например в случаях №№ 64, 63 и отчасти 61 несмотря на громадные размеры как общего дегенеративного процесса, так и процесса в почках, общее функциональное равновесие удерживается довольно стойко и лишь незадолго до начала нашего наблюдения начинают обнаруживать колебания.

В этом отношении особенный интерес представляет случай № 64, где всего лишь за один месяц до начала нашего наблюдения впервые ясно обнаруживаются патологические явления (гастрические симптомы, повышенная чувствительность к алкоголю, понижение работоспособности), на основании которых с трудом можно было догадываться о существовании глубоких и многочисленных функциональных и анатомических изменений в организме. Это типический случай скрыто протекавшего процесса, поразительно напоминающий набл. № 52 VI группы.

У других пациентов этой группы, как например в случаях №№ 60, 62 и особенно № 65, заблуждение, очевидно, уже с самого начала протекает при явлениях крайней неустойчивости общего функционального равновесия, обнаруживавшейся рядом повторных припадков расстройства компенсации. Укажем, например, на случай №65, где тот-же процесс и такой-же интенсивности, как и в приведенном выше случае № 64, уже за несколько лет до начала нашего наблюдения обнаруживается повторными (за 4 года 5 раз) общими отеками и явлениями общего упадка сил и питания. Подъ наше наблюдение все больные этой группы поступили в период расстройства компенсации, в 4-х случаях (набл. №№ 60, 61, 62 и 63) развивавшегося вследствие случайно присоединившихся токсических и инфекционных влияний (малярия, дизентерия, рожа, кишечный расстройство) и в 2-х случаях (набл. №№ 64 и 65) — вследствие глубокого истощения компенсирующих средств.

Отмеченные в течение наблюдения патологические явления у различных лиц этой группы распределялись следующим образом.

У всех наблюдались ясно выраженные аномалии со стороны мочи в виде альбуминурии и умеренного понижения удельного

веса мочи, при близком к норме, немного уменьшенном (набл. № 63) или увеличенном (набл. № 64) суточном количестве мочи и наличии в осадке цилиндров, клеток почечного эпителия и, большею частью, небольшого количества лейкоцитов.

Альбуминурия у большинства отмечена довольно высокой [6,0—8,0 gr. pro die (3—5‰)], в одном случае (набл. № 65) — небольшой [1,2 gr. (2/10‰)], и в одном случае в начале наблюдения отмечены лишь следы белка. У значительной части больных альбуминурия обнаруживала значительные колебания во время наблюдения, у одних зависевшие, видимо, от обострения почечного процесса (в таких случаях увеличивалось обыкновенно и количество форменных элементов в осадке, у других стоявших в связи с состоянием функций других органов. Так, например, в случае № 60, где в начале были отмечены лишь следы белка, впоследствии, когда у больного развились явления кровавого поноса, сопровождавшегося значительным повышением t° , количество белка быстро увеличилось и достигло значительных цифр [6—7 gr. pro die (4—9‰)]. В другом случае (набл. № 62) у больного с явлениями упорных поносов, количество белка постоянно колебалось (между 10,0—30,0 pro die), увеличиваясь в дни уменьшения поноса и падая в период усиления его.

Большая устойчивость наблюдалась в цифрах удельного веса, у всех державшегося на довольно низких цифрах (1007—1012), в том числе и в случаях с громадным содержанием белка, как напр. в случае 64, где суточ. колич. белка доходило до 27 gr. (9‰) при удельном весе в $d=1007-1010$. Это несоответствие резко бросалось в глаза, и вместе с наблюдавшимся у всех лиц этой группы светлым цветом мочи, составляло выдающуюся особенность среди других отмеченных у них мочевых аномалий. Отмечить, что одновременно у большинства наблюдались и низкие цифры суточных количеств мочевины (18,6—14,5) и фосфатов (1,4—0,7).

В одном случае (набл. № 61) в конце наблюдения были обнаружены явления нистоплазмита, развивавшегося, как показало бактериологическое исследование мочи, вследствие инфекции мочевых путей *Bacillo ruosseano*. Бактериологическое исследование, произведенное у двух других больных этой группы, в одном случае (набл. № 60) дало сомнительный результат (случайная или нестойкая бактериурия), а в другом случае (набл.

№ 63), у больной, поступившей под наше наблюдение вскоре после перенесенной ею рожы голенц, мы получили в мочѣ чистую культуру стрептококка, который был обнаружен и в почках при посмертном бактериологическом изслѣдованіи ихъ.

Наконецъ отмѣтимъ, что у многихъ лицъ этой группы мы повторно изслѣдовали мочевую осадокъ на содержание въ немъ амилонидныхъ цилиндровъ и у всѣхъ съ неизмѣннымъ отрицательнымъ результатомъ.

Патологическія явленія со стороны аппарата кровообращенія у большинства выразились въ видѣ умѣренного уплотненія периферическихъ сосудовъ, отмѣченного даже у лицъ молодого возраста (21—33 г.). Въ двухъ случаяхъ (набл. № 64 и 65) наблюдалась гипертрофія сердца и у всѣхъ отмѣчены явленія функциональной сердечной недостаточности, выразившіяся увеличеніемъ поперечника сердечной полости и большею частью умѣренной отечностью покрововъ. Въ двухъ случаяхъ (набл. № 60 и № 61) отчетливо отмѣчена значительной и выразилась не только водяночными явленіями кожи и подкожной кѣлѣчатки, но и скопленіями жидкости въ полостяхъ плевры и брюшины, причемъ у обоихъ появленіе отековъ совпало съ обостреніемъ почечного процесса. Принимая во вниманіе, что у большинства лицъ этой группы имѣлись ясно-выраженныя явленія острой или хронической аутоинтоксикаціи, можно допустить, что известная доля отековъ явилась вѣроятно въ результатѣ разстройства лимфообращенія вследствие токсическихъ вліяній. Артериальное давленіе только въ двухъ случаяхъ (набл. №№ 64 и 65) отмѣчено въ цифрахъ, периодически превышающихъ норму (22—24 по Potain'у), у остальныхъ же оно колебалось въ предѣлахъ близкихъ къ нормѣ (16—20).

Патологическія явленія со стороны аппарата дыханія у большинства были выражены въ слабой степени въ видѣ незначительной одышки и явленій сухого бронхита; въ одномъ случаѣ (набл. № 65), у больной съ тяжелыми общими токсическими явленіями (повторные припадки судорогъ), наблюдалась субъективная одышка и въ одномъ случаѣ, въ концѣ наблюденія, развились распространенныя пневмооническія явленія, протекавшія при полномъ отсутствіи t° -ной реакціи.

Болѣе видное мѣсто занимали патологическія явленія со стороны аппарата пищеваренія. Укажемъ напримѣръ на наблюденіе

№ 64, гдѣ гастрическія явленія (повторныя рвоты, боли послѣ ѣды) въ первые дни наблюденія составляли наиболѣе мучительный симптомъ заболѣванія. При значительномъ общемъ упадкѣ литанія этого больного и при наличности плотной опухоли, прочувывавшейся въ области рупогі, указанными гастрическія явленія наводили на предположеніе о существованіи у этого больного канцерознаго пораженія рупогі. Произведенное въ этомъ случаѣ изслѣдованіе желудочнаго сока показало присутствіе въ немъ свободной HCl, а съ назначеніемъ больному теплыхъ ваннъ (обильный потъ) и молочнаго режима рвоты и боли довольно быстро прекратились. Предпринятая впоследствии попытка перевести больного на обычный режимъ тотчасъ же отразилась значительнымъ ухудшеніемъ общаго состоянія (головокруженіе, одышка) и новымъ обостреніемъ гастрическихъ явленій, быстро исчезнувшимъ при переходѣ на прежній, молочный режимъ. При вскрытіи, въ области рупогі, подъ серозной оболочкой его, была обнаружена опухоль, состоявшая изъ налета козеозно-перерожденныхъ желѣзъ, которая по своему положенію врядъ-ли могла вызвать серьезныя функциональныя разстройства со стороны желудка (сращеній не было), присутствіе-же глубокихъ атрофическихъ измѣненій въ почкахъ этого больного, а также наличности токсическихъ явленій со стороны нервной системы, наблюдавшихся у него при жизни, даютъ намъ право предположить, что рвота въ этомъ случаѣ была однимъ изъ проявленій общей аутоинтоксикаціи, вследствие недостаточности функціи почекъ. Въ пользу этого говорить между прочимъ и то обстоятельство, что при переходѣ на мисной режимъ рвоты стали появляться не сразу, а черезъ нѣсколько дней. Напоминимъ также, что тяжелый уремическій припадокъ, закончившійся смертью этого больного, развился у него также вслѣдъ за діетической погрѣшностью, очевидно грубо нарушившей и безъ того едва удерживаемое больнымъ состояніе общаго равновѣсія. Такого же происхожденія была рвота и въ другомъ случаѣ этой группы (набл. № 63), у больной, поступившей подъ наше наблюденіе съ обильнымъ токсическими явленіями, частью уремическаго, частью инфекціоннаго происхожденія.

У остальныхъ пациентовъ этой группы патологическія явленія со стороны желудка были выражены, главнымъ образомъ, угнетеніемъ аппетита, иногда съ усиленной жаждой (набл. № 65). У двухъ лицъ (набл. №№ 60 и 62) наблюдались упорные поносы

тина энтероколита, у обоих занимавшие видное место как в клинической картине, так, впрочем, как и источник постоянных токсических влияний, и в этиологии заболевания.

У одного из них (набл. № 60) в течение первых дней пребывания в больнице наблюдались дизентерические явления видимо инфекционного происхождения, вызвавшие значительное обострение процесса в почках и глубокое нарушение компенсации, развившееся неудержимо прогрессирующим упадком питания и обильным явлениям аутоинтоксикации. Среди этих явлений особенно мучительным симптомом была икота, почти не уступавшая терапевтическим мнотрипсиям. Какого происхождения были поносы у другого больного (набл. № 62) решить трудно; отметить у него значительное и стойкое увеличение очень твердой на ощупь печени. Явления аутоинтоксикации у этого пациента были выражены в слабой степени.

У двух лиц той же группы (набл. № 60 и 63) отмечено увеличение и большая плотность селезенки, что в значительной степени способствовало установке предположения о существовании у обоих распространенного амилоидного процесса. Такое же увеличение селезенки, отмеченное в начале наблюдения, в случае № 61, очевидно, стояло в ближайшей связи с наблюдавшимися в этом случае, признаками малярийной инфекции и в меньшей степени зависело от амилоидного процесса.

Патологические явления со стороны нервной системы отмечены у больных этой группы довольно часто; у некоторых же они были выражены в особенно сильной степени. Укажем например на случай № 65, где почти ежедневно наблюдались тяжелые припадки общих судорог, сопровождавшихся потерей сознания и глубокой последовательной комой. Напомним, что в прошлом этой больной нервная явления, в виде головных болей, прогрессирующей слабости памяти, субъективной одышки и судорог, являлись наиболее ранними симптомами начавшегося и впоследствии неудержимо прогрессирующего расстройства общего равновесия.

Те же нервные явления у других пациентов этой группы были выражены в меньшей степени и выступили на первый план лишь в последние дни наблюдения, незадолго до смерти. Зависимость указанных нервных явлений от токсического влияния недостаточности функции почек очевидна, разница же в силе и во времени обнаружения их видимо зависела не

столько от неодинаковой у отдельных лиц глубины функционального расстройства почек, сколько от различия в состоянии восприимчивости и возбудимости центральной нервной системы.

Среди других патологических явлений, наблюдавшихся у отдельных лиц этой группы, укажем на часто наблюдавшееся *уменьшение потогонительной и салivной функций кожи* и на значительный упадок общего питания, отмеченный у наших пациентов этой группы столь же часто, как и у сходных с ними больных двух предшествовавших категорий.

Что касается *течения* заболевания, то у большинства оно отличалось значительной тяжестью и из 6 пациентов этой группы у 5 оно закончилось смертью.

Тяжелый характер течения у различных пациентов этой группы зависел от разных причин. Так, у двух первых больных этой группы (набл. № 60 и 61) тяжесть течения очевидно зависела от крайне неблагоприятной комбинации распространенного амилоидного поражения, нарушенной функции почек и случайно присоединившейся тяжелой инфекции, в первом случае поразившей мочевые пути (острый цистопиелит) и легкая (двусторонняя пневмония), во втором случае локализовавшейся в кишечник (острая дизентерическая инфекция). Найденная на вскрытии инфекция со стороны почек этих больных оказалась выраженной у обоих в умеренной степени, в виде хронического диффузного нефрита, с заметным преобладанием паренхиматозных явлений и умеренными атрофическими изменениями. Этому отчасти соответствовала и наблюдавшаяся у этих больных клиническая комбинация патологических явлений (значительные отеки, большая альбуминурия, обильные форменные элементы в осадке). Тяжесть наблюдавшихся у этих больных общих явлений и явлений самоотравления, очевидно, зависела не от глубины расстройства функции почек, а главным образом, от сложности задачи, выпавшей на долю одного из наиболее важных компенсирующих приборов — сердца. Это в особенности следует сказать относительно первого случая, представившего наиболее сложную комбинацию патологических явлений (малярия, цистопиелит, пневмоническая инфекция).

Следующий случай этой группы (набл. № 62), близок подходящий, по общему характеру наблюдавшихся у него патологических явлений, к двум предыдущим, является типическим образ-

цомъ крайне неустойчиваго общаго равновѣсія, вѣроятно державшагося въ известныхъ границахъ только благодаря большой обстановкѣ и соответствующему пищевому режиму. Это единственный пациентъ этой группы, вышедшій изъ больницы съ небольшимъ и очень стойкимъ общимъ улучшеніемъ.

Среди трехъ остальныхъ больныхъ VII группы, въ одномъ случаѣ (набл. № 63) тяжелое теченіе заболѣванія обуславливалось исключительно тяжелой комбинаціей распространеннаго амилоиднаго процесса, значительныхъ атрофическихъ измѣненій въ почкахъ и общей стрептококковой инфекции. Въ клинической картинѣ заболѣванія явленія недостаточности почекъ выразились въ этомъ случаѣ глубокой общей астеной (быстро прогрессирующей упадкомъ дѣятельности сердца, отсутствіе t° -рной реакціи) и токсическими явленіями со стороны желудка (рвоты, полная потеря аппетита). Наконецъ, въ двухъ послѣднихъ случаяхъ этой группы (набл. №№ 64 и 65) тяжесть клиническаго теченія обуславливалась главнымъ образомъ значительными разладами нарушенія функций почекъ и полнымъ истощеніемъ компенсировавшихъ ее средствъ. Это частые случаи комбинаціи распространеннаго амилоиднаго процесса и тяжелыхъ атрофическихъ измѣненій въ почкахъ, развившихся въ слѣдствіе хроническаго интерстиціальнаго процесса. И въ клинической картинѣ этихъ больныхъ явленія токсическія, указывавшія на глубокую недостаточность почекъ, занимали первое мѣсто. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ упомянутыя явленія выразились почти непрерывными тяжелыми уремическими припадками, а въ другомъ случаѣ — повторными рвотами, умѣреннымъ нервными явленіями (головокруженіе, субъективная одышка) и что особенно характерно для этого случая — крайней неустойчивостью достигнутаго въ началѣ общаго равновѣсія, быстро и окончательно распадавшагося при первой попыткѣ выйти изъ предѣловъ строгаго пищевого режима.

Исслѣдованіе выделения метиленовой сини у всѣхъ пациентовъ этой группы было произведено болѣею частью въ первые дни наблюденія, въ трехъ же случаяхъ (набл. №№ 60, 62 и 64) оно было произведено повторно въ различные періоды наблюденія и состоянія больныхъ.

Результаты исслѣдованія у отдельныхъ лицъ распредѣлились слѣдующимъ образомъ. У всѣхъ выдѣленіе метиленовой сини совершалось съ отклоненіемъ отъ нормальнаго типа, причемъ въ 2-хъ случаяхъ (набл. №№ 60 и 61) они выразились умѣреннымъ уве-

личеніемъ продолжительности выдѣленія (72—84 ч.), замѣтнымъ уменьшеніемъ интенсивности общаго maximum'a (I—II) и породичнымъ увеличеніемъ продолжительности его.

Въ клиническомъ отношеніи эти случаи отличались значительной тяжестью теченія, обусловленной главнымъ образомъ присоединившимися къ основному заболѣванію тяжелыми инфекционными пораженіями.

При вскрытіи у обоихъ со стороны почекъ, кромѣ амилоиднаго перерожденія, были обнаружены явленія хроническаго диффузнаго нефрита съ довольно значительными паренхиматозными измѣненіями, при умѣренномъ атрофическомъ и интерстиціальномъ процессѣ.

У одного изъ нихъ (набл. № 60) исслѣдованіе было произведено еще разъ, черезъ 3 мѣсяца послѣ перваго, въ состояніи значительнаго ухудшенія общихъ явленій (громоздое истощеніе, глубокая подавленность самочувствія), причемъ разница оказалась небольшой и выразилась незначительнымъ увеличеніемъ продолжительности выдѣленія (вмѣсто 84—90 ч.), уменьшеніемъ интенсивности общаго maximum'a (maximum=I) и болѣе значительнымъ увеличеніемъ продолжительности общаго maximum'a (вмѣсто 42—64 ч.).

Еще болѣе рѣзкія отклоненія отъ нормальнаго типа выдѣленія М. С. наблюдались въ трехъ послѣднихъ случаяхъ этой группы (набл. №№ 63, 64 и 65), гдѣ онъ выразился значительнымъ увеличеніемъ продолжительности выдѣленія (102—108—132 ч.), значительнымъ уменьшеніемъ интенсивности общаго maximum'a (I-слѣды) и значительнымъ увеличеніемъ продолжительности общаго maximum'a (74—78—90 ч.).

Въ клинической картинѣ заболѣванія этихъ пациентовъ, какъ было уже сказано выше, явленія, указывавшія на высокую степень недостаточности почекъ, преобладали, и при вскрытіи со стороны почекъ, кромѣ амилоиднаго перерожденія ихъ, у всѣхъ была обнаружена высокая степень развитія соединительнаго тканя и глубокое атрофическое состояніе паренхимы. У одного изъ нихъ (набл. № 64) исслѣдованіе выдѣленія М. С. было произведено дважды: первое — при худо переносившемся этимъ больнымъ мясномъ режимѣ, а второе — при молочномъ; несмотря, однако, на разницу въ общемъ состояніи больного во время мясного и во время молочнаго режима, выдѣленіе М. С. оба раза совершалось почти одинаково, съ тою только разницей, что при мясномъ

режимъ преобладающей формой выдѣленія былъ хромотень, а при молочномъ обѣ формы выдѣлялись равномѣрно.

Наконецъ, въ одномъ случаѣ этой группы (набл. № 62), единственномъ, гдѣ клипическое наблюденіе не было провѣрено секціей, выдѣленіе М. С. совершалось почти по типу нормального выдѣленія ея, съ той только разницей, что выдѣленіе Chr преобладало надъ выдѣленіемъ М. Напомнимъ, что обнаруженіе въ мочѣ этого больного Chr было сопряжено съ необходимостью болѣе сложной обработки, вѣроятно, благодаря присутствію въ ней какого-то вещества, обладавшаго способностью восстанавливать М въ Chr даже послѣ продолжительнаго кипяченія съ уксусной кислотой. Продолжительность выдѣленія М. С. у этого больного отнѣчена нѣсколько ниже нормы (43 ч. при первомъ изслѣдованіи и 48 ч. — при второмъ), что при нормальномъ срокѣ начала выдѣленія и при нормальномъ maximum'ѣ нѣсколько напоминаетъ тотъ типъ выдѣленія М. С., который, по Bard'у, яко-бы указываетъ на увеличеніе проходимости почекъ, составляющее, по мнѣнію этого автора, характерную особенность такъ называемаго паренхиматознаго нефрита. Весьма возможно, что незначительное укороченіе продолжительности выдѣленія М. С. зависѣло въ этомъ случаѣ отъ указанныхъ выше особенныхъ свойствъ мочи, препятствовавшихъ точному опредѣленію въ ней вырѣснутаго сини.

Въ клипическомъ отношеніи этотъ случай представилъ, сравнительно съ другими пациентами этой группы, менѣе тяжелую комбинацію патологическихъ явленій, отнѣченная-же при клипическомъ наблюденіи значительная неустойчивость общаго равновѣсія, видимо, зависѣла не столько отъ глубины расстройства функцій почекъ, сколько отъ слабой организаціи компенсирующихъ приборовъ (особенно со стороны сердца).

Такимъ образомъ, сравнивая полученныя нами у отдѣльныхъ лицъ этой группы данныя выдѣленія М. С. съ результатами клипического и патолого-анатомическаго изслѣдованія состоянія почекъ, можно замѣтить, что въ первыхъ трехъ случаяхъ этой группы (набл. №№ 60, 61 и 62), гдѣ и клипически и патолого-анатомически преобладали явленія, соответствующія типу хроническаго паренхиматознаго (диффузнаго) нефрита, и гдѣ степень атрофическихъ измѣненій въ почкахъ была невелика, — выдѣленіе М. С. совершалось съ умѣренными отклоненіями отъ нормальнаго выдѣленія ея, въ трехъ же остальныхъ случаяхъ (набл. №№ 63,

64 и 65), гдѣ и клипически, и патолого-анатомически преобладали явленія глубокаго атрофическаго состоянія почекъ, выдѣленіе М. С. совершалось съ значительными отклоненіями отъ нормальнаго типа выдѣленія, выразившимися въ такой-же рѣзкой формѣ, какъ и у больныхъ съ почечной атрофіей, вошедшихъ въ составъ VI группы нашихъ наблюденій. Наоборотъ, сравнивая данныя выдѣленія М. С. и степень развитія амилоиднаго процесса какъ въ почкахъ, такъ и въ другихъ органахъ, трудно замѣтить какое-либо соотношеніе между ними. Укажемъ, напри-мѣръ, на значительную разницу въ выдѣленіи М. С. въ случаяхъ № 61 и № 64, гдѣ развитіи амилоиднаго перерожденія были выражены почти одинаково сильно, но гдѣ степень атрофическихъ измѣненій въ почкахъ была различна. Укажемъ также на случаи № 63 и № 64, гдѣ при замѣтной разницѣ въ степени развитія амилоиднаго процесса, выдѣленіе М. С. совершалось почти одинаково.

Итакъ, наши наблюденія надъ выдѣленіемъ М. С. у лицъ разсматриваемой группы резюмируемъ слѣдующимъ образомъ.

У больныхъ съ явленіями хроническаго расстройства функцій почекъ, протекавшаго при наличности распространеннаго амилоиднаго процесса въ органахъ, наблюдалось увеличеніе продолжительности выдѣленія и уменьшеніе интенсивности общаго maximum'a М. С. тѣмъ рѣзче, чѣмъ сильнѣе была степень функциональной недостаточности почекъ, и чѣмъ выше были степень атрофическихъ измѣненій въ почкахъ. Самъ по себѣ амилоидный процессъ не обнаружилъ опредѣленно соотношенія съ выдѣляемостью метиленовой сини.

Группа VIII.

Близкия къ нормѣ отношенія „функции почекъ при разнообразныхъ патологическихъ комбинаціяхъ“.

Наблюдение № 66.

Клинический эпикризъ: *Intoxicatio carbolica acuta—Gastritis acuta.*

Albuminuria.

Матвей С—въ, 24 лѣтъ, доставленъ въ 6—пу 27 января 1898 г. въ безсознательномъ состояніи, съ явленіями рѣзкаго упадка дѣятельности сердца, вслѣдствіе отравленія карболовой кислотой. Послѣ промыванія желудка и подкожныхъ выпрыскиваній 0,1 сапоролати больной скоро пришелъ въ сознание и сообщилъ, что за 1 часъ до прибытія въ 6—пу онъ выпилъ около 1/2 бутылки слабого раствора карболовой кислоты, послѣ чего скоро наступила рвота, головокруженіе и потеря сознания.

Происходитъ изъ здоровой крестьянской семьи. Въ дѣтствѣ перенесъ корь. Работаетъ послѣдніе 2 года на лѣстномъ заводѣ, пользуется хорошими условіями помѣщенія и питанія, алкоголемъ не злоупотребляетъ.

Средняго роста, хорошаго питанія и сложенія. Слизистая оболочка полости рта и глотки красна, мѣстами покрыта тонкими сѣроватыми налетами. Глотаніе свободно, голосъ чистый. Аппетитъ плохой, была 3 раза рвота слизью съ небольшою примесью крови. Порядочная чувствительность въ подкожной области. Животъ не вздутъ; печень и селезенка не прощупываются. Стулъ 3 раза жидкій (послѣ назначеннаго раствора *natrii sulfurici*). Со стороны дых. аппарата и сердца никакихъ измѣненій не замѣчается. $P=100$ въ 1', порядочнаго наполненія. Артерійныя мягкія $R=18$; U (за 6—8 часовъ) $=200$ к. с., $d=1018$, r —кислая. Моча слабо буроватаго цвѣта, содержитъ слѣды бѣлка, даетъ ясную реакцію на фенолъ. Цилиндровъ въ осадкѣ (центрифуга) не найдено. Сознаніе полное, общее состояніе удовлетворительное. T° утромъ $38,2^{\circ}$, вечер. $38,0^{\circ}$.

Назначены: *natrium sulfur.*, морфій внутр., ванна въ 30° и молочная діета.

Состояніе больного быстро улучшилось къ концу первыхъ сутокъ пребывания въ 6—пу, рвота прекратилась, t° на второй день наблюденія пришла къ нормѣ; а на 4-й день больной выписанъ вполнѣ оправившимся. U за первые сутки $=800$ к. с., въ остальные дни оно было почти одинаковымъ, въ среднемъ $=1200$ к. с. при $d=1010$. На второй день моча еще содержала слѣды бѣлка, въ остальные же 2 дня бѣлокъ не опредѣлялся.

Выпрыскиваніе метиленовой сини было произведено на 2-й день наблюденія 28/1 въ 12 часовъ дня.

За сутки, истекшія передъ выпрыскиваніемъ, $U=1200$ к. с., $d=1009$, r —кислая. Моча буровато-желтаго цвѣта, содержитъ слѣды бѣлка; цилиндровъ въ осадкѣ не найдено. Слабая положительная реакція на фенолъ. $Pot.$ (въ правой лучевой) $=18$.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало: $M.$ черезъ 1 ч.¹⁾ $Maximum:$ $M.$ —4 ч.
 $Chr.$ > 1 > $Chr.$ —3 >

Продолжительность выдѣленія: $M.$ —44 ч.
 $Chr.$ —56 >

Интенсивность общаго $maximum'a=IV$.

Общее количество мочи за все время выдѣленія $=2600$ к. с. Кривая выдѣленія $M.$ $Chr.$ и общая кривая: правильная циклическая.

Преобладающая форма выдѣленія: до 20 часа $M.$, послѣ 20-го ч. $Chr.$

Наблюдение № 67.

Клинический эпикризъ: *Alcoholismus chron. Alimentatio deficiens. Induratio arterialis. Cirrhosis hepatis. Myocarditis chr. Myodegeneratio cordis. Insufficiens cordis: anasarca, ascites, hydrothorax bilateralis. f.*

Александръ Я—въ, 34-хъ лѣтъ, поступилъ въ 6—пу 5-го января 1898 г.: головная боль и частая рвота.

Дней 5—6 назадъ появились боли въ подкожной области, рвота, бессонница, головная боль и общій упадокъ силъ. Рвота наступаетъ вслѣдъ за каждымъ приемомъ пищи или питья: понемому, чаще слизью. Крови въ рвотныхъ массахъ не замѣтается. Въ первые два дня рвота была очень частая, въ послѣдніе же 2 дня она нѣсколько уменьшилась (6—8 разъ за день). Поноса не было. Передъ заботланіемъ Я—въ пилъ въ продолженіи нѣсколькихъ дней въ большомъ количествѣ водку, которой злоупотребляетъ лѣтъ 5; въ послѣдніе 2 года пьетъ запоемъ. Въ прошломъ году находился въ этой-же 6—пу съ явленіями гастрита и *delirii tremens*, по поводу котораго былъ переведенъ въ Обуховскую 6—пу, гдѣ пробылъ около 4-хъ мѣсяцевъ. Настоящій припадокъ запоя по счету 4-й. Припадокъ всегда заканчивается рвотами, бессонницей и общимъ упадкомъ силъ и только 1 разъ (въ прошломъ году) сопровождался явленіями буйнаго бреда.

¹⁾ Первая порція мочи получена черезъ 1 часъ послѣ выпрыскиванія.

Указаний на патологическое прошлое и предрасположение к алкоголизму нет. Живет в хороших условиях помещения и питания, по занятию—торговец.

Среднего роста, хорошего питания, крепкого сложения. Язык обложен, сухой; аппетита нет. Значительная чувствительность к давлению в подложечной области, которая представляется несколько вздутой. Утром в день первого исследования была 3 раза рвота. В рвотных массах порядочное количество слизи и остатки принятых недавно молока и белого хлеба. Живот слегка вздут; печень и селезенка не прощупываются. Стул задержан (3-й день). Размеры сердца нормальны. Артерия упругой плотности, $P = 110$ в 1', небольшого наполнения, $R = 27$ в 1'. $U = 500$ к. с., $d = 1020$, g —кислая. Моча красновато-желтого цвета прозрачна, содержит следы белка. Цилиндры в осадке (центрифуга) не найдены. Реакция на сахар отрицательная.

Общее упорное первое возбуждение; тремор в пальцах рук. Бессонница; T° нормальная.

Назначены: морф. внутри, кусочки льда для глотания, молочная диета.

Первые два дня пребывания в 6—ц рвота еще продолжалась, хотя была реже, на 3-й же день она прекратилась, и состояние больного начало быстро улучшаться—появился аппетит, улучшился сон, исчез тремор.

На 6-й день наблюдения больной, чувствуя себя вполне оправившимся, выписался.

Ст. прекращение рвоты, U увеличилось, и в последние 3 дня, колебалось между 1200—1400 к. с. при d (в среднем) = 1014. Следы белка держались в первые 3 дня, а затем исчезли. Цилиндры при двукратном исследовании мочи не было найдено.

Высыкание метиленовой сини было произведено на второй день наблюдения, 7/1 в 12 ч. За сутки, истекшая передь высыканием, $U = 600$ к. с., $d = 1020$, g —кислая. Моча красновато-желтого цвета, прозрачна, содержит следы белка. Цилиндры в осадке не найдены. Суточ. колич. мочевины = 28,0; суточ. колич. $P_2 O_5 = 1,7$; $Pot = 21$.

Выделение метиленовой сини.

Начало: М. через 1 ч. Maximum: М. — 2 ч.
 Чгр. > $\frac{1}{2}$ Чгр. > 3 »

Продолжительность выделения: М. — 30 ч.
 Чгр. — 58 »

Интенсивность общего maximum'a—IV

Кривая выделения М. Чгр. и общая кривая: постоянная циклическая

Преобладающая форма выделения: Чгр. общее колич. мочи за все время выделения = 1700 к. с.

Примечание: при простом кипячении мочи появляется синяя или зеленая окраска (Чгр.), исчезающая после охлаждения; при кипячении с уксусной кислотой окраска остается и после охлаждения.

В течение выделения метиленовой сини было произведено несколько раз (через 3 часа, через 8 ч. и через 20 ч. после высыкания) исследование рвотных масс на содержание в них М. и Чгр. с отрицательным результатом.

Наблюдение № 68.

Клинический эпикриз: *Alimentatio deficiens. Intoxicatio digestiva et enteritis subacuta. Hyperlymphia analbuminurica (intoxicatio, per viam intestini?)*

Ефим Д.—в 16 лет, поступил в 6-цу 29 мая 1898 г.: общая слабость и понос.

Сообщает, что около 2-х месяцев тому назад появилась сыпь на ногах, боли при ходьбе и общая слабость; недли 2 назад присоединился понос и головокружение, особенно усилившиеся в последние 3—4 дня. За все это время несколько раз замечал небольшую отчетливую головную боль; отеков в лице не было. В прошлом году перенес брюшной тиф легкой степени. Лечился в этой же 6—ц, причем в дневник отбичены несколько раз следы белка в моче, совпавшие со второй и третьей неделями заболевания. Отеков раньше не замечал. Последние $\frac{1}{2}$ года работает на сухих (чернорабочий). Питание сырое и дупное, пища неудовлетворительная, временами исключительно сухая. Алкоголем не злоупотребляет.

Указаний на патологическую наследственность и lies нет. Среднего роста, плохого питания; бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Незначительная отчетливость стоп и голеней, на кожные нижних конечностей разбросаны по порядочным количествам плотные, бугорчатого цвета, небольшие папулы и нежные петехии. Такая же сыпь в меньшем количестве встречается на кожных руках. В правой икре прощупывается небольшой болезненный инфильтрат. Десны слегка разрыхлены, не кровоточат. Со стороны дыхательного аппарата и сердца никаких изменений. $R = 17$ в 1'; $P = 78$ в 1'. Пульс волчка на *bulbus jugularis*. Живот слегка вздут, мало-чувствителен при пальпации. Печень и селезенка не прощупываются. Испражнения 2 раза в день, жидкие, янть глисты и туберкулезных папочек не найдено. $U = 1500$ к. с. в сутки, $d = 1009$, g —кислая. Моча желтого цвета, прозрачна, содержит следы белка; цилиндры в осадке не найдены. Реакция на сахар отрицательная. Аппетит сохранен, общее состояние удовлетворительное.

Назначены: 1-га valer. aether. и сытная диета а через 3 дня мышьяк, массаж ног и полная мыльная порция. Через 2 дня отеки на ногах

исчезли, повсюду прекратился, общее состояние 6-ного начало постепенно улучшаться. У в первые дни было несколько повышено (1600—2000 к. с.), впоследствии же колебалось между 1300—1500 к. с. при $d = 1012—1016$; на второй день наблюдения следы белка в моче еще оставались, начиная с третьего дня до конца наблюдения белок в моче не определялся.

6-ной пробыл в 6-цѣ 12 дней, и выписан из нея, чувствуя себя достаточно окрышным, но еще несколько оправившимся: нососы прекратились, улучшился цвет лица, исчез инфильтрат в правой икре, но сыпь на коже еще оставалась и десны несколько окрыли.

Выскакивание метиленовой сини было произведено в 1-ый день наблюдения 6-ного, 30/V в 12 ч. дня. За сутки, истекшие перед выскакиванием, $U = 1500$ к. с., $d = 1009$, г—кислая; моча желтого цвета, прозрачна, содержит следы белка; цилиндров в осадке (центрифуга) не найдено. Реакции на сахар отрицательны.

Суточ. колич. мочевины = 22,5; суточ. колич. $P_2O_5 = 21,2$. Pot. = 15.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. (слабо). Maximum: М. — 2 ч.
Chr. — $\frac{1}{2}$ > (резко). Chr. — 2 >

Продолжительность выделения: М. — 22 ч.
Chr. — 43 >

Интенсивность общего maximum'a = IV. Общее количество мочи за все время выделения = 2700 к. с.

Кривая выделения М, Chr. и общая кривая: постоянная двучленная. Преобладающая форма выделения: до 4-го часа М, после 4-го часа до конца выделения Chr.

Наблюдение № 69.

Клинический эпикриз: *Alimentatio deficiens. Intoxicatio alcoholica moderata. Pleuritis adhaesiva apicis pulmonis sin. Enteritis tuberculosa?*

Albuminuria (toxica?).

Евдокимъ II—овъ, 34-хъ лѣтъ, поступилъ въ 6-цу 31 января 1898 г.: нососы и общая слабость.

Нососы появились 3 недели назад и особенно усилились в последние 5—7 дней. Слабит жидко, разв 5—6 в день, без крови, часто с болью по всему животу. Одновременно появились головная боль и общий упадок сил. До и во время заболѣванія былъ обычную пищу и періодически сырую воду; пища грубая, преимущественно растительная, но по словамъ 6-ного яко бы доброкачественная. Раньше нососами не страдал.

Лѣтъ 7—8 назадъ перенесъ брюшную тифъ и лѣтъ 15 назадъ какую-то лихорадку. Отековъ не имѣлъ, скарлатиной и малярией не хоралъ, на лues и на патологическую наследственность нѣтъ указаній. Водку пьетъ въ умеренномъ количествѣ, рѣдко злоупотребляетъ. Въ СПБ. живетъ лѣтъ 15—18; по занятію — чернорабочій на заводахъ и фабрикахъ. Занятій со свинцомъ не имѣлъ. Средняго роста, слабого сложенія, плохого питанія. Соответственно лѣвой верхушкѣ замѣчается усиленный, жесткій выдохъ, при отсутствіи рѣзкихъ перкуторныхъ измѣненій и хриповъ. Незначительный сухой кашель. $R = 20$ въ 1'. Развѣхры и тоны сердца нормальны. Артерія мажик; Р умереннаго напояненія, правильныхъ, 80 ударовъ въ 1'. Животъ умеренно надутъ, чувствительнъ къ давленію у пупка. Языкъ сухой, мало обложенный, аппетитъ пониженъ, жажда. Стулъ 5 разъ въ день, жидкій, безъ крови. Явля тлисть и туберкулезныхъ папочекъ въ испражненіяхъ не найдено.

$U = 1900$ к. с., $d = 1005$, г—нейтральная. Моча светло-желтого цвѣта, прозрачна, содержитъ следы белка. Цилиндровъ не найдено (центрифуга).

Утренная головная боль, порядочная общая слабость. Т° нормальная.

При назначеніи т-гае содо по 15 капель 3 раза въ день при легкой схватанной діетѣ нососы, постепенно уменьшались, къ концу первой недѣли прекратились, головная боль исчезла, самочувствіе значительно улучшилось. Однако при дальнѣйшемъ наблюдѣніи нососы по временамъ вновь появлялись, но не въ сильной степени, на 1—2 дня, причѣмъ въ эти дни иногда наблюдалось небольшое повышеніе вечерней т° (37,8°—38,2°) и плохой аппетитъ. Соответствующее кишечнымъ явленіямъ колебалось состояніе силъ 6-ного и его самочувствія, однако въ общемъ ко вреженію выхода изъ 6-цы онъ достаточно окрыш и провелъ въ ней 32 дня, вышелъ чувствуя себя достаточно оправившимся. Въ теченіе наблюденія 6-ного U и d постоянно колебались, соответственно жаждѣ и кишечнымъ явленіямъ; U —между 800—2000 к. с. въ сутки, при $d=1020—1010—1005$. Белокъ въ мочѣ то исчезалъ, то вновь появлялся, но никогда не превышалъ количества следовъ. Цилиндровъ при повторныхъ изслѣдованіяхъ не было найдено ни разу.

Выскакивание метиленовой сини было произведено на 2-й день наблюдения 1/II в 12 ч. дня. За сутки, истекшіе передъ выскакиваніемъ, $U = 1600$ к. с., $d=1009$, г—нейтральная. Моча желтого цвѣта, прозрачна, содержитъ следы белка. Реакции на сахаръ отрицательны.

Суточ. колич. мочевины = 16,0; суточ. колич. $P_2O_5 = 1,5$. Pot. въ правой лужевай=18.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через 50 к. (следы). Maximum: М. — 3 > (слабый).
Chr. > 50 к. (отчетливо). Chr. — 3 ч. (сильный).

Продолж. выд.: М. — 14 ч.
Chr. — 87 >

Интенсивность общего maximum'a = IV.



Преобладающая форма выделения Chr: М выделялась только 14 ч. и все время небольшими количествами. После 68 ч. Chr определялся слабо. Кривая выделения М, Chr и общая кривая: постоянны циклические. Общее колич. мочи за все время выделения=2400 к. с.

Примечание. В течение 2-х дней пока в мочу определялась метиленовая синь были исследованы на присутствие М и Chr жидкие испражнения большого, полученные через 3 ч., 7 ч., 28 ч. и 36 ч. после выписывания, причем ни М, ни Chr ни разу не было обнаружено. Для обнаружения в испражнениях М применялось излуживание их с хлороформом и аммиаком, а также: для обнаружения Chr — простое кипячение и кипячение с уксусной кислотой и с молбденовым аммонием фильтрованных или нефилтрованных испражнений.

Наблюдение № 70.

Клинический эпикриз: *Intoxicatio alcoholica chr. Induratio artetialis. Bronchitis chr. exacerbata. Myodegeneratio cordis. Insufficiencia cordis moderata: anasarca.*

Albuminuria.

Василий К.—в, 31-го года, поступил в 6-цу 11 мая 1898 г.: кашель, одышка.

Кашляет около 3-х лет, вначале кашель был небольшой, преимущественно сухой, в последний же год значительно усилился, сопровождается обильным отделением мокроты и одышкой. Изредка отекали ноги, но в незначительной степени и не долго; общ. отеков, понос, и рвот не было. Крови в мокроте не замечал, лихорадочных явлений, повидимому, не было. Последние 4 года живет в СПб., занимаясь на фабрике по 10—12 часов в сутки в вынужд. положении.

Патологическое прошлое: брюшной тиф 3 года назад и общая водянка лет 13 назад, продолжавшаяся около 3-х недель. Отсутствие указаний на патологическую наследственность и lues. Спиртные напитки употребляет в небольшом количестве. Живет в сухом и теплом помещении, пользуется обычной для черноработч., преимущественно растительной пищей и переносит ее хорошо. Занятий со свином никогда не имел.

Среднего роста, породного питания, правильного сложения. Умренная синева губ. Незначительная отечность голеней. Границы легких заметно понижены, мало подвижны. При выслушивании всюду обилие хрипов сухих и влажных (особенно в нижних отделах). При перкуссии всюду ясный звук. Мокрота слизисто-гнойная, около 1 банки (150—200 к. с.) в сутки; туберкулезных нодушек при двукратном исследовании ее не найдено. R=25 в 1'. Толщина сердца не определяется; сердце прикрыто, тоны его чисты; левый акцент на 2-й тон аорт.

pulmonalis. Р правильного ритма, укрепенного наполнения, 80 в 1'. Артерии слегка уплотнены. Живот не вздут, печень и селезенка не прощупываются. Отправления кишечника правильны. U=700 к. с. в сутки, d=1025, r—кислая. Моча красно-желтого цвета, прозрачна, содержит следы белка. Цилиндров не найдено.

Аппетит сохранен, сон порядочный, общее состояние не представляется тяжелым. 1^о нормальны.

Назначены: Ipecacuanha. и t-ra convul. majalis, в соответствии с делами (Экс).

В течение первых 4-х дней состояние б-ного не представляло никаких перемены, а затем началось постепенное улучшение, выражавшееся уменьшением количества хрипов, суточного количества мокроты и улучшением общего вида и самочувствия б-ного. К началу 3-й недели наблюдения кашель и одышка резко уменьшились, количество мокроты было незначительным и к-ть чувства себя достаточно окрепшим, на 18-й день наблюдения, выписался. Количество мочи в продолжение всего наблюдения колебалось между 800—1000 к. с. в сутки, при удельном весе в 1025—1018, следы белка были определены только в первый день. Пищу б-ной переносил вполне удовлетворительно. Отмеченная при поступлении незначительная отечность голеней исчезла на второй день наблюдения.

В день выхода отмечено: остается незначительное количество всюду разбросанных сухих хрипов, при ничтожном количестве слизисто-гнойной мокроты. Р хорошего наполнения, правильный, 70 в 1'; R=20 в 1'. Разм. сердца по прежнему не определяется. Вес тела при поступлении=56,000 гр., при выходе 58,000 гр.

Выписывание метиленовой сини было произведено на 3-й день наблюдения в 10 ч. утра.

За сутки, истекший перед выписыванием, U=1000 к. с. d=1020, r—кислая. Моча желтого цвета, прозрачна. Реакция на блок и сахар отрицательны. Цилиндров в осадке не найдено. Сут. колич. мочевины=32,5; сут. кол. P_2O_5 =1,5. Pot. в правой лучевой=17.

Выделение метиленовой сини:

Начало:	M. через $\frac{1}{2}$ ч.	Maximum:	M. через 2 ч.
	Chr. > $\frac{1}{2}$ ч.		Chr. > 3 ч.

Продолжительность выделения: M. —43 ч.
Chr. —56 ч.

Интенсивность общего maximum'a=IV.

Кривая выделения М. и Chr. постоянная полициклическая; общая кривая—циклическая.

Преобладающая форма выделения: до 43-го часа выделялись М. и Chr., причем в одних порциях преобладающей формой являлась М., в

других Chr.; послѣ 43 ч. выделялся только Chr. Общее колич. мочи за все время выделения—2900 к. с.

Примѣчаніе: при обработкѣ первыхъ порцій мочи на Chr. отмѣчено обезцвѣчиваніе окрасившейся въ синий цвѣтъ мочи, подвергнутой простому кипяченію: при кипяченіи съ уксусной кислотой окраска остается. Въ мокротѣ, собранной въ теченіе первыхъ 6 ч. послѣ выписыванія (въ банку съ хлороформной водой), ни M., ни Chr. не удалось обнаружить.

Наблюденіе № 71.

Клинический эпикризъ: *Status degenerativus hereditarius. Alimentatio deficiens. Infectio tuberculosa: pleuro-pneumonia catarrhalis bilateralis cavernosa. Myodegeneratio cordis. Asthenia cordis. f. Albuminuria.*

Надежда Ф.—на, 22 лѣтъ, поступила въ 6—пу 28 мая 1898: кашель и одышка.

Кашляетъ около 3 лѣтъ, въ теченіе которыхъ уже 3 раза лежала въ 6—цахъ, выходя изъ нихъ съ временными улучшеніями. Въ теченіе послѣдняго года состояніе значительно ухудшилось—кашель усилился, часто бывали колющія въ бокахъ, одышка, и изрѣдка появлялись жидки крови въ мокротѣ. За послѣднія двѣ недѣли появилась частый поносъ, лихорадка, потеря аппетита и значительный упадокъ силъ. До настоящей болѣзни всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ и никакихъ другихъ заболеванийъ, кромѣ перенесенной въ дѣтствѣ кори, не имѣла.

Въ Петербургѣ живеть отъ рожденія. Условія питанія удовлетворительныя. Въ теченіе послѣднихъ четырехъ лѣтъ работаетъ на табачной фабрикѣ (папиросница), занимаясь около 8—10 часовъ въ день въ пыльномъ и душномъ помѣщеніи. Отецъ 6—ной жилъ, мать умерла въ молодости отъ какой-то грудной болѣзни; два брата умерли въ дѣтствѣ отъ неизвестной причины. Никакихъ указаній на lues въ прошломъ нѣтъ, изрѣдка бывали бѣды. Менструаціи раньше были правильны, 6 мѣсяцевъ назадъ они прекратились.

Средняго роста, крайне анемична, истощена, выглядѣть старше своихъ лѣтъ. Соответственно верхнимъ долямъ обоихъ легкихъ замѣчается притупленіе перкуторнаго звука и выслушиваются субкрепитирующие хрипы, при усиленномъ, жесткомъ выдохѣ. У угла лѣвой лопатки опредѣляется небольшой фокусъ бронхіальнаго дыханія.

Мокроты много, она слизисто-гнойная съ небольшою примѣсью крови. При микроскопическомъ исследованіи ея найдены въ большомъ количествѣ туберкулезныя палочки. Границы сердца въ предѣлахъ пупка. Тоны сердца чисты. Артерія ягати, Р небольшого наполненія, 90 въ 1'. R = 23. Языкъ обложенъ, аппетитъ плохой. Стулъ раза 3—4 въ день жидкій, безъ прови. Туберкулезныхъ палочекъ въ исправленіяхъ не найдено. Печень и селезенка не прощупываются. Вѣсѣ нѣтъ; не рожала. U=800 к. с.

въ сутки, d = 1015, г—кислая. Моча прозрачна, цвѣтъ ея желтый. Ни бѣлка, ни цилиндровъ въ осадкѣ (центрифуга) не найдено.

Тѣ утромъ 37,3°, вечеромъ 38,9°; по утрамъ часто потѣетъ. Сонъ плохой. Вѣсъ тѣла = 38,000 гр. Значительный общій упадокъ силъ.

При дальнѣйшемъ наблюденіи 6—ной состояніе ея здоровья постепенно ухудшалось. Особенно сильно изнуряли ее поносы, мало уступающіе терапіи. Тѣ все время держалась на высокихъ цифрахъ (38,7—39,0°); въ мокротѣ время отъ времени показывались примѣсы крови, плеймогическій процессъ постепенно прогрессировалъ. У колебалось между 1000—500 к. с. при d = 1018—1012; довольно часто въ мочѣ опредѣлялись слѣды бѣлка, но цилиндровъ ни разу не было найдено.

На 33-й день наблюденія болѣзнь внезапно скончалась при явленіяхъ паралича сердца.

Выписываніе метиленовой сини было произведено на 26-й день наблюденія 24/VI, въ 10 ч. утра. За сутки, истекшія передъ выписываніемъ, U = 800 к. с., d = 1015, г—кислая. Моча желтого цвѣта, содержитъ слѣды бѣлка; реакціи на сахаръ и желчные пигменты отрицательныя. Цилиндровъ въ осадкѣ не найдено.

Суточ. колич. мочевины = 160,0; суточн. кол. P₂O₅ = 0,93. Давленіе въ правой лучевой = 14.

Выдѣленіе метиленовой сини:

Начало:	M. черезъ 1 ч.	Maximum:	M. — 3 ч.
	Chr. — $\frac{1}{2}$ »		Chr. — 4 »
		M. — 48 ч.	
	Продолж. выд.	Chr. — 56 »	

Интенсивность общаго maximum'a = IV. Кривыя выдѣленія M, Chr и обща кривая: правильныя килчическія.

Преобладающая форма выдѣленія: въ теченіе первыхъ 12 ч. Chr., а затѣмъ довольно равновѣсное выдѣленіе обоихъ формъ.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Г. С. Кулема).

Трупъ женщины средняго роста, полного питанія. Сердечная сумка содержитъ около 1½ столовыхъ ложекъ серозной жидкости. Разрѣзы сердца: 9,0; 8,0; 0,8. Мышца сердца умеренно дряблы; полости сердца не растянуты. Злосардіи, клапаны и внутренняя поверхность аорты безъ видимыхъ измѣненій. Оба легкія плотно спрессованы въ своихъ верхнихъ отдѣлахъ съ грудной кѣткой. Плевры верхнихъ отдѣловъ обоихъ легкихъ утолщены (½ с.). Тяжиъ обоихъ легкихъ неравномерно утолщены, въ разрѣзѣ обильно устлана стрипи просовидными бугорками, въ верхнихъ отдѣлахъ пронизана тяжами плотной, фибриновой тканью. На разрѣзѣ легкихъ замѣчается также нѣсколько полостей, величина отъ орфа до сливы, содержащихъ туювидную жидкость. Бронхіальныя железы казеозно перерождены. Слизистая желудка безъ существенныхъ измѣненій. Слизистая тонкихъ и толстыхъ кишокъ содержитъ порядочное количество продолговатой формы, различной величины язвъ, съ грязными салышкыи дномъ. Печень не уве-

лечена: размеры ее: 24,0; 16,0; 7,0. Ткань утробной плотности, небольшого кровенаполнения; рисунок долей выражает слабовато. Селезенка слегка увеличена (14,0; 9,0; 3,0); ткань ее в разрезе красноватого цвета, пульса высказывается утробно.

Почки не увеличены; правая—11,0; 4,0; 3,0; размеры левой 11,5; 4,0; 3,0. Вязь правой=145; вязь левой=152 гр. Капсулы почек снимаются частью легко, в некоторых местах расщепляясь. Цветъ почек красновато-сирый. На поверхности обеих почек замечается утробное количество мелких плотных узелков, величиной с гречневое зерно, на разрезе овальной формы. Некоторые узелки проходят почти через всю корку и резко отграничиваются по периферии от окружающей ткани. Корковый слой почек не представляется заметно измененным в своей толщине, серого цвета, утробной плотности, с довольно хорошо выраженным рисунком. Пирамиды утробно наполнены кровью. Слизистая лоханок без изменений. Слизистая мочеточников и пузыри также не представлять заметных изменений.

Матка немного уменьшена в размерах (5); ткань ее плотна, фиброзна. Слизистая матки не изменена. Яичники уменьшены, сжорчены, пропитаны тяжкими плотной, фиброзной тканью.

Кости черепа не изменены; мягкая оболочка утробно отекает; вещество мозга влажно, мелкозернисто. Желудочки мозга содержат немного прозрачной, светлой жидкости.

При **микроскопическом исследовании** почечъ замечаются утробные паренхиматозные, расположенные очагами, изменения эпителия мочевых канальцев, при почечном, и также очагового характера, содержания соединительной ткани. Мочевые канальцы тесно прилегают друг к другу. Клетки эпителия извитых канальцев, а также клетки Генлеовской петли слегка набухли; ядра их довольно хорошо восприняли окраску, ядро окрасилось мутно. У поверхности корки попадаются редкие ядра с порядочным развитием рубцовой соединительной ткани, совершенно уничтожившей просветы канальцев. Капсулы клубочков, капсульное пространство, эпителий, покрывающий клубочки, и сосудистая петля последнего—без существенных изменений. Утробное наполнение капилляров обвивающих мочевые канальцы. Intima артерий не утолщена.

Анатомический диагноз. *Pleuritis fibrosa adhaesiva bilateralis. Pneumonia tuberculosa catarrhalis et interstitialis pulmonis utrinque cum cavernis. Enterocolitis ulceroosa tuberculosa. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Fibromata renum. Hyperplasia pulpaе lienis. Oedema cerebri. Anemia et atrophia universalis.*

Наблюдение № 72.

Клинический эпикриз: *Neoplasma (papilloma?) renis sin? Haematuria chron. recidens. Anemia consecutiva. Insufficiencia dilatata cordis, hyperlymphia universalis (anasarca).*

Albuminuria.

Видокия А—ва, 26 летъ, поступила въ 6—цу 14 июня 1898 г.: отеки, общая слабость, кровь въ моче.

Вольна около 2-хъ летъ. Заболевание обнаружилось вскоре после выкидыша (случившагося на 3-мъ мѣсяцѣ беременности) лихорадкой и общимъ упадкомъ силъ; съ первыхъ же дней была замечена кровавая окраска мочи. Лихорадка продолжалась около 2—3 недѣль, послѣ чего А—ва скоро оправилась, но моча ее по прежнему сохранила свой кровавый видъ, выраженный то слабѣе, то сильнѣе. По временамъ, на 1—1½ недѣли, моча становилась совершенно прозрачной, затѣмъ безъ видной причины вновь принимала кровавый цвѣтъ. Нерѣдко опухали ноги и очень часто бывали головныя боли, а за послѣдній годъ—головокружения и шумъ въ ушахъ. 17 дней назадъ, 6—ная родила въ срокъ; роды прошли благополучно, но черезъ 1½ недѣли, когда 6—ная встала, у нея появились отеки ногъ и лица и развилась большая слабость. Въ продолженіе послѣдней беременности моча болѣею частью имѣла кровавую окраску, которая послѣ родовъ значительно усилилась. 5—рага; первые три и послѣдніе роды прошли вполне благополучно, и дѣти пользуются хорошимъ здоровьемъ. Menses съ 15 лѣтъ, правильно. Никакихъ кровотечений (изъ носа, горла, прямой кишки и т. д.) никогда не имѣла. Происходитъ изъ здоровой семьи, среди членовъ которой никакихъ явленій кровоточивости нѣтъ. До настоящей болѣзни всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Указаній на лues нѣтъ. Послѣдніе 9 мѣсяцевъ жила въ Сиб.; раньше жила въ Тверской губерніи, въ сухой, не малярной мѣстности. Занимается домашнимъ хозяйствомъ. Условія питания, помѣщенія и труда удовлетворительны.

Средняго роста, удовлетворительнаго питания, очень блѣдная. Кожа лица, туловища и конечностей утробно отекает. Со стороны легкихъ никакихъ изменений не замечается. Толщета сердца между 5/6 ребр. немного внутри отъ лѣвой сосковой; верхняя граница сердечной тупости на 3/4 ребр., правая по I. med. sterni. У верхушки и на art. pulmonalis при первыхъ тонахъ слабый дуящій шумъ. Шумъ волчка на bulbus jugularis. Животъ чувствительно въ лѣвомъ подреберьи, почки не прощупываются. Надъ лобкомъ прощупывается дно увеличенной матки. При гинекологическомъ исследованіи размеры матки соответствуютъ сроку послеродового періода; ничего непорочнаго въ остальномъ (д-ръ Веберъ). Моча кроваво-краснаго цвѣта, съ осадкомъ, высотой около 1—1½ смт. U=2800 к. с., d=1009, r—кислая, блѣда—сладка. Въ осадкѣ много эритроцитовъ, немного лейкоцитовъ и эпителиальныхъ клетокъ. Цилиндры ни разу не найдено (непротифа). Туберкулезныхъ папочекъ также не найдено. Моченасушкине безобидны; прежде изрѣдка бывали жгучія боли въ канальѣ въ концѣ мочеиспусканія. Стулъ 1 разъ въ день, нормальный. Общее состояніе не тяжелое. Сонъ удовлетворительный, аппетитъ хорошій. Рефлексы, дерматографизмъ и чувствительность кожи никакихъ существенныхъ изменений не представляютъ. Т—нормальная.

Назначены: молочная діета и покойное положеніе. Черезъ 5 дней отеки исчезли и въскорѣ нѣсколько улучшилось общее состояніе—уменьшились головнокружения, улучшилась окраска покрововъ; однако, прирѣвъ крови къ мочѣ попрежнему оставалась порядочною, съ колебаніями въ

различные часы дня. Большею частью моча, собираемая поутру, содержала очень немного крови, послѣобѣденная—много, вечерняя и ночная—меньше. Кровь того нерѣдко бывала дил, когда притисъ крови къ мочѣ или значительно уменьшалась, или даже совершенно отсутствовала.

Въ началѣ второго мѣсяца полное отсутствие крови въ мочѣ продолжалось 6 дней, и даже микроскопически моча была совершенно свободна отъ крови. Въ дни отсутствія крови U и d не извѣщались, блѣнокъ же то исчезали, то по прежнему опредѣлялись въ количествахъ слѣдковъ. Назначая 6-ной послѣдовательно рядъ средствъ (infus. secalis corn., chinin., mugiat., coeruleum methyleni, natr. salicylic., ванны, отлекающія на кожу) мы не могли замѣтить прямого вліянія ихъ на содержаніе крови въ мочѣ. Покой или движеніе также не оказывали замѣтнаго вліянія на содержаніе крови въ мочѣ. Вместе съ тѣмъ произведенное микроскопическое изслѣдованіе мочевого пузыря съ катетеризаціей мочеотточниковъ (д-ръ Кренсъ) показало, что кровяная моча выдѣляется только изъ лѣваго мочеотточника. Тогда была предложена съ діагностической resp. терапевтической цѣлью операція, отъ которой А.—на отказался; проведя въ 6 — цѣ еще несколько дней она выписалась съ нѣкоторымъ улучшеніемъ общаго состоянія, но почти съ такой же притисью крови въ мочѣ, какъ и при поступленіи.

Въ день выписки отъѣзжено: U=1400 к. с., d=1013, бѣлака=1%₁₀₀. Моча кровяно-краснаго цвѣта, съ осадкомъ около 1½ сент. высотой. Въ осадкѣ много эритроцитовъ, цилиндровъ не найдено. Размѣры сердца въ предѣлахъ нормы. Духотный шумъ при первыхъ токахъ у верхушки и art. pulmonal. и шумъ волчка на bulbus jugularis остаются. Вѣсъ гѣза при поступленіи=72,700 гр. при выходѣ=65,000 гр. Температура въ теченіе наблюденія колебалась то въ предѣлахъ нормы, то была слегка повышенная (37,3°, 37,5 нрѣдка 38°). Бактеріологическое изслѣдованіе мочи было произведено три раза, причемъ 1 разъ изъ 1 к. с. мочи выросли дѣ колоніи бѣлаго стафилококка, въ остальные 2 раза моча была стерильная.

Варьскіаніе метиленовой сини было произведено 25/VI въ 11 ч. утра.

За сутки, истекшія передъ варьскіаніемъ, U=1800 к. с., d=1014, г.—слабо-кислая. Моча кровяно-краснаго цвѣта, съ осадкомъ въ 1 сент. высотой. Въ осадкѣ много эритроцитовъ, немного лейкоцитовъ и клѣтокъ плоскаго эпителія. Цилиндровъ не найдено.

Суточн. колич. мочевины = 29,3; суточн. колич. P₂O₅ = 2,0. Pot. (въ правой лучевой) = 22.

Выдѣленіе метиленовой сини:

М. черезъ ½ ч. (слѣды). Chr.—3 ч.
Начало: Chr. " ½ " (отчетливо). Maximum: M. —3 "

Продолж. выд.: Chr.—45 ч.
М. —56 "

Интенсивность общаго maximum'a = IV.

Преобладающая форма выдѣленія: равномерное выдѣленіе M. и Chr. Кривая выдѣленія M, Chr и общаа кривая: постоянныя циклическія.

Общее количество мочи за все время выдѣленія=3800 к. с.

Наблюденіе № 73.

Клиническій эпикризъ: *Leukemia (leukocytosis, oligocythaemia hyperplasia glandul. lymphat. universalis, hyperplasia lienis). Enteritis subacuta recidens. Insufficiencia cordis; anasarca extrem. infer. Albuminuria.*

Доминикъ Д.—съ, 33 лѣтъ, поступилъ въ 6-цу 10 іюня 1898 г.: головокруженія, шумъ въ ушахъ, общій упадокъ силъ.

По происхожденію литвинъ, плохо говоритъ по русски и не можетъ дать подробныхъ свѣдѣній о своемъ прошломъ. Повидному, сталъ болѣть 1 годъ назадъ: кровавый поносъ, продолжавшійся около 4-хъ недѣль, а черезъ 2 мѣсяца увеличеніе живота, постоянный шумъ въ ушахъ, головокруженія и общій упадокъ силъ. Довольно часто появлялись поносы (безъ крови), нрѣдка рвота и носовыя кровотеченія, иногда отечность голени. Въ продолженіе послѣднихъ 6 мѣсяцевъ размѣры живота увеличались и къ прежнимъ ощущеніямъ присоединилась одышка. Въ дѣтствѣ перенесъ оспу. Мазаріей не страдалъ, указаній на лues и алкоголизмъ нѣтъ. До послѣдняго времени жилъ въ деревнѣ (Ковенская губ.) и пользовался относительнымъ достаткомъ. Происходитъ повидному изъ здоро- вой семьи.

Выше средняго роста, хорошаго сложенія, укрѣпленнаго питанія. Ничтожная отечность голени. Окраска кожи и слизистыхъ оболочекъ безъ рѣзкихъ отклоненій отъ нормы. Лимфатическія железы на шеѣ, въ подмышкахъ и пахахъ прощупываются, слегка увеличены. Гипертрофія миндалинъ. Со стороны дых. аппарата и сердца никакихъ измѣненій не опредѣляется. Артерія не удлинена, Р правильныхъ, порядочнаго наполненія, 86 ударовъ въ 1'; R=28 въ 1'. Размѣры живота увеличены, преимущественно въ верхнемъ отдѣлѣ; незначительный асцитъ. Печень и селезенка прощупываются, размѣры ихъ рѣзко увеличены. Верхняя граница печени стоитъ на 6-мъ ребрѣ, нижняя на ладонь ниже края ребра. Поверхность и край печени ровныя; чувствительность печени при пальпации небольшая. Верхняя граница селезенки начинается съ 7/8 ребра, нижній край ея не доходитъ на 2 пальца до crista os. ilei sin.; передній—почти у пупка. Наибольшій размѣръ селезенки=26 сент. Поверхность ея ровная, безболѣзненная; ясно опредѣляется глубокая вырѣзка. Испражненія 2 раза въ день, кашецеобразны; лишь глисты и туберкулезныя залочекъ не найдено.

U=1500 к. с., d=1,012, г.—кислая, желтоватаго цвѣта, прозрачная, содержитъ слѣды бѣлка. При повторномъ микроскопическомъ изслѣдованіи ея цилиндровъ не найдено. Реакція на сахаръ отрицательная.

При исследовании крови живой и на окрашенных препаратах найдены в громадном количестве различной величины лейкоциты, преимущественно мононуклеары, некоторые с эозинофильной зернистостью; между эритроцитами встриваются в порядочном количестве ядерные. Плазмодии малярии не найдены. Количество красных кров. шариков = 3,300,000 количество бляшек = 759,155; гемоглобина — 78% (Fleischl). Общее состояние 6-ного несколько угнетено. Особенно беспокоит постоянный шум в голове. Повышенная чувствительность к перкусии лѐвой половины черепа, поверхность которого представляется ровной; кости конечности к перкусии не чувствительны. Рефлексы и чувствительность кожи без всяких изменений. Сон плохой, вследствие шума в голове. Частый, обильный пот, особенно по ночам. Т° нормальная.

Назначены: полная мясная порция, мышьяк и бромистый натр.

В-ной оставался в 6-ти в продолжение 26 дней, причем никаких резких изменений в общем состоянии его здоровья и субъективных ощущений не наблюдалось. Количественная отношения элементов крови не изменились, поврежденно оставался шум в голове и особенно безпокойство его головокружении.

В некоторые дни наблюдалось кратковременное повышение т° (38, 38,5 и 1 раз 39,5), не оказавшее особого влияния на самочувствие 6-ного. У в течение наблюдения колебалось между 2000—1300 при d = 1008—1018; сахара была в моче оставались только в продолжение первых 2 недель наблюдения. Цилиндров, при повторном исследовании, не было найдено.

Кроме упомянутых выше терапевтических средств были применены: хинин, железо и йодистый кали, однако без заметного результата.

Высыкание метиленовой сини было произведено на 2-й день наблюдения, 11/ви в 2 ч. дня. За сутки, истекшая перед высыканием, U = 1300 к. с., d = 1016, г—кислая. Моча желтого цвета, содержит сахара; реакция на сахар и желчные пигменты—отрицательная. Цилиндров в осадке не найдено.

Суточ. колич. мочевины = 40,5; суточ. колич. P_2O_5 = 1,3. Pot. (в правой лучевой) = 16.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. через $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. через 3 ч.
Chr. » $\frac{1}{2}$ ч. Chr. » 3 ч.

Продолжительность выделения: М. — 42 ч.
Chr. — 54 ч.

Интенсивность общего maximum'a = IV.

Кривая выделения М. Chr. и общая кривая: правильная циклическая. Продолжение общего maximum'a = 8 ч.

Преобладающая форма выделения: до 12 ч. М., до 36 ч. радио-мѣрное выделение обеих форм, после 42 ч. выделяется только Chr.

Общее колич. мочи за все время выделения = 3400 к. с.

Наблюдение № 74.

Клинический эпилептик: *Alcoholismus chron. Alimentatio deficiens. Induratio arterialis. Cirrhosis hepatis. Myocarditis chr. Myodegeneratio cordis. Insufficiencia cordis: anasarca, ascites, hydrothorax bilateralis.* f.

Алексей Ак—в, 33-х лѣт, поступал в 6—цу 12 мая 1899 г.: одышка, отеки и понос.

Одышка страдает около 2-х лѣт; она появилась после тяжелой работы и нередко сопровождалась небольшой отечностью ног и сердечными, быстро проходившими при амбулаторном лечении. 8 месяцев назад, при вновь появившихся одышке и отеках, впервые захотел увеличение разбитов живота; лежал тогда в 6—ти и через $\frac{1}{2}$ месяца вынужден был оправившимся. Недѣли 2 назад после продолжительной работы на холоду и сырости вновь появились одышка и отеки ног, стал опять увеличиваться живот, а дней пять назад присоединился понос.

В 12-ти лѣтнем возрасте перенес, помимо коху, сильный тиф, а с 18-ти лѣт стал злоупотреблять спиртными напитками, преимущественно водкой, которую в течение последних 8—10 лѣт пьет ежедневно от $\frac{1}{2}$ до 1 бутылки в день.

До 18-ти лѣт жил в деревнѣ, в крестьянской семьѣ. Отец, имевший запоев, умер на 55-м году от какой-то острой болезни груди; мать и 2 старших брата здоровы. С 18-ти лѣт живет в СПб., работая на пароходных пристанях и рыболовных судах; условия помещения и питания большею частью были неудовлетворительны. Никаких указаний на туб.

Высокого роста, кривого сложения. Значительная отечность нижних конечностей и небольшой отек туловища и лица; синяя окраска губ, слабая интречность склер, заметно увеличенный живот. На обеих сторонах груди, внизу определяется понос притупленного звука и ослабленных дыхательных шумов, верхняя граница которого на правой стороне стоит на уровне угла лопатки, на лѐвой—немного ниже. Толчек сердца слабый, прощупывается между 6/7 ребр. на 1 палец снаружи от соска; туность правой границы сердца сливается с поносом туности на правой стороне груди. Тоны сердца очень глухи; на втором томе art. pulmon. акцент. Артерии уплотнены. Р.—хорошего наполнения, правильный—90 в 1'. Живот, увеличен в размерах; окружность его на уровне пупка = 149 сант. Пупок резко выпячивается наружу. Живот очень напряжен; печень и селезенка не прощупываются. Ясно определяется присутствие жидкости в животѣ, верхняя граница которой, в стоячем положении, находится немного выше пупка.

Язык обложен, аппетит плохой; частый понос (6—8 раз в день). Испражнения жидки, содержат примесь слизи. U = 800 к. с., d = 1023, г—кислая. Моча кирпично-красного цвета; реакция на бляшки,

сахаръ и желчные пигменты — отрицательны. Цилиндровъ въ осадкѣ не найдено.

Сопъ плевой; общее состояніе довольно тяжелое. Въ теченіе первыхъ 8 дней наблюденія, при назначеніи больному: молочной діетѣ, digitalis'а + diuretic'а, состояніе остается почти безъ перемѣнъ; съ назначеніемъ же слабительныхъ дозъ каломеля наступаютъ замітное улучшеніе, выразившееся увеличеніемъ діуреза (до 2800 к. с.), почти полнымъ исчезновеніемъ отековъ и замітнымъ пониженіемъ верхней границы тупости въ нижнихъ отделахъ груди. Уменьшился также одышка, но размѣры живота остались прежними и впоследствии, несмотря на повторное прижигеніе каломеля, ваннъ и йодистаго кали, также не мѣнялись (отъ парентеза больной отказался). У колебалось между 1500—1700 при $d = 1020$ — 1018. Моча все время сохраняла свою кирпично-красную окраску, но повторное изслѣдованіе ея на бѣлокъ, сахаръ и желчные пигменты всегда давало отрицательный результатъ. Новомъ то появлялись, то прекращались.

На третей недѣлѣ наблюденія опять появились отеки, довольно быстро уступившіе каломелю, а на 29-й день наблюденія больной скончался послѣ внезапно развившагося упадка дѣятельности сердца.

Выпрыскиваніе метиленовой сини было произведено на 15-й день наблюденія (въ періодъ относительнаго улучшенія), 27-го въ 11 ч. утра.

За сутки, истекшія передъ выпрыскиваніемъ: $U = 1700$ к. с., $d = 1018$ г.—кислая. Моча красно-желтаго цвѣта; реакціи на бѣлокъ и сахаръ отрицательныя. Суточн. колич. мочевины 17,5, суточн. колич. $P_2O_5 = 1,2$. Rot. въ правой дуге, $= 20$.

Выдѣленіе метиленовой сини:

М. — не опредѣляется.
Начало: Chr. черезъ 1 часъ. Maximum: Chr. чер. 6 ч. (очень слабый).

Продолжительность выдѣленія: Chr. — 8 ч.
Преобладающая форма выдѣленія: исключительно Chr.
Интенсивность maximum'a — 1.

Примѣчаніе: Черезъ 22 часа послѣ выпрыскиванія метиленовой сини, шприцемъ для пробной пункции было извлечено изъ брюшной полости 30 к. с. сѣтл. серозной жидкости, при изслѣдованіи которой на присутствіе М. и Chr. результаты получились отрицательныя. Такіе же результаты получились при изслѣдованіи жидкихъ испраженій и слюны, изслѣдованныхъ въ день выпрыскиванія и на слѣдующій день. Моча послѣ клистиза съ укусовой кислотой черезъ нѣкоторое время обезцвѣчивается; послѣ осажденія синишовой сѣсью и кипяченія съ укусовой кислотой окраска сохраняется.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Г. С. Кулеша). Трупъ мужч. высокаго роста, хорошаго питанія. Небольшая отеочность стопа и голени. Перикардій околосердечной сумки почти на всемъ протяженіи срашенъ съ перикардіемъ покрывающимъ сердце. Размѣры сердца увеличены (12,0 — 13,0—2,0). Мышцы сердца пронизаны тяжелыми соединительной ткани, утѣрено драбл. Толщина мыш. лѣваго желудочка неравнокѣрна: 2,0, 1,5; 1,0. Полости обоихъ желудочковъ расширены; въ полости праваго — находятся красные кровяные сгустки. Клапаны и внутренняя поверхность аорты безъ измѣненій. Въ полости правой плевры находится около 1 литра сѣтл. серозной жидкости. Нижняя доля праваго легкаго ателектазирована; верхняя доля праваго и нижняя доля лѣваго легкаго слегка отечны. Въ полости живота небольшое количество сѣтл. серозной жидкости. Слизистая оболочка желудка и пищевода безъ существенныхъ измѣненій; вены желудка и пищевода утѣрено расширены. Слизистая оболочка толстой кишки асциднаго цвѣта, отечна. Размѣры печени: 30,0; 18,0; 10,0. Поверхность печени мелко-бугристая; консистенція плотная ткань ея въ разрѣзѣ бѣдножелтаго цвѣта, зернистаго вида. Селезенка увеличена: 16,0; 10,0; 5,0. капсула ея морщинистая. Ткань въ разрѣзѣ яркоребраго цвѣта, довольно плотной консистенціи.

Почки. Размѣры почек: 12,0; 8,0; 4,0 (права) 12,5; 9,0; 5,0 (лѣва). Въсѣ праваго почки—199; въсѣ лѣвой—185. Капсулы почек легко снимаются: поверхность почек ровная, цвѣтъ красный. На поверхности видны растущія вены stellatae. Корковый слой почек стро-краснаго цвѣта, нормальной толщины; пирамиды сильно наполнены кровью. Слизистая оболочка лоханок, мочеочниковъ и мочевого пузыря безъ измѣненій.

Кости черепа нормальной толщины. Синусы переполнены кровью. Рѣ и вещество мозга отечны.

Микроскопическія изслѣдованія:

При микроскопическомъ изслѣдованіи **почекъ** замѣчается: сильное расширеніе и переполненіе кровью кровеносныхъ сосудовъ, утѣренные явленія паренхиматозной дегенерации эпителиа мочевыхъ канальцевъ и незначительное развитіе соединительной ткани.

Мочевые канальцы вслѣдъ раздвинуты сильно расширенными и переполненными кровью капиллярами; межканальцевая соединительная ткань истощена ибкольно увеличена, но инфильтрирована. Эпителиа извитыхъ канальцевъ и отчасти эпителиа Гентлевской ветви сильно набухъ; ядра его болѣею частью окрасились мутно. Изрѣдка замѣчается небольшое шелушеніе эпителиа, выпавшаго въ просвѣтъ канальцевъ. Капсула Мальпигіевыхъ клубочковъ не утолщена, эпителиа капсулы утолщенъ, капсульное пространство нѣредко слегка расширено, пусто. Сосуды клубочковъ содержатъ кровь, адря эпителиа, покрывающаго клубочки, хорошо окрасились. Артеріи почек безъ существенныхъ измѣненій.

При микроскопическомъ изслѣдованіи **печени** найдены: сильное развитіе межсодковой соединительной ткани, среди которой вѣстряются въ небольшомъ количествѣ новообразованные желчные каналы, утѣрен-

Протокол вскрытия (д-р Г. С. Кулеша). Труп крайне истощенного мужчины. Кожа нижних конечностей узурбено отека. Игтерическая окраска склер. Околосредняя сука содержит нежного серозной жидкости. Размеры сердца: 9,5; 8,0; 1,0. Мышца сердца красновато-бурого цвета, узурбено плотная. Эндокарий сердца и клапаны без видимых изменений. На внутренней поверхности аорты замечаются в незначительном количестве мелкие плотные бляшки.

Общ. плеры содержат убривное количество (около 1 литра) серозной жидкости. Правое легкое соответственно верхушкй шарело с грудной кавт- жидкости; лвое легкое свободно. Тянь правого легкого соотвественно верхушкй шарело, в разрыз проиназа тажамн соединительной ткани и содер- жит несколько фокусов казеозного распада. В остальных лустах, тянь легких вводу проходна для воздуха, в нижних отдылах слегка тянь несколько фокусов порядочное количество серозной отеча. В полосты живота находится порядочное количество серозной жидкости. Желудок не растянут, нуш; слизистая его асидно слабого тянь, покрыта небольшим количеством вязкой слизн. Слизистая тон- кишкй кишек бгдна, несколько истончена, в нижнем отдышкй отеча. Слизистая толстых кишек асидно слабого тянь, с убривным ко- личеством поверхностных язв, покрытых плавывидным палетом, отеча. Печень захито уменьшена (22,0; 9,0, 5,0). Поверхность ее неровная, зернистая; тянь печени в разрыз желтоватого цбта, нестрого, зерни- стого вида, значительно плотна. При разрызании печени слышны хруст. Желчный дуэны, солелиты, убривное количество темной жели.

Селезенка порядочно увеличена в размерах (14, 0; 7, 0; 4, 0). Капсула ее утолщена, мутна. Ткань селезенки в разрезе бледно-красного цвета, с трудом выскабливается; trabeculae утолщены.

Почки не увеличены. Размеры почки: 11, 0; 6, 0; 3, 0; вѣсѣ 130,0 г. Размеры лѣвой 11,5; 5,5; 3,0; вѣсѣ —135,0 г. Ксантусы почечѣ сгруппированы легко. Поверхность почечѣ ровная, почечѣ красный, *venae stellatae* порядочно развиты кровью. Корковый слой почечѣ въ разрывѣ слегка утолщенъ, бѣдно сѣро-краснаго цвѣта. Пирамиды порядочно развиты кровью. Лоханки не развиты, слизистая ихъ, равно какъ слизистая мочеточниковъ и мочевого пузыря, безъ существенныхъ измѣненій.

Синусы мозга содержат небольшое количество жидкой крови. Ріа
утренно налита кровью. Вещество мозга нормальной плотности, влажно.
Сосуды основанія слегка уплотнены.

Микроскопіческія изслѣдованія:

Почки. При микроскопическом исследовании, почечы замічаються природними паренхіматозними змінами тканини мочевих каналів, збільшеною нормальним содержанием соединительной ткани, утрудненою провенозальною і небажаною склерозом судинів почек. Мочевые канали тисно пригнітають друг к другу, містяться саєкта розширеними і наповненими кровью капілярами. Змінені так званих каналів, так особливо Геллерської петлі, утруднено набути здря відомистих мочевих каналів часто оканчивались мутно, ріже совсєм не оканчивались, явля змінені каналів Геллерської петлі більшою частію не

восприняли окраски. В просвете мочевых канальцев довольно часто замечаются эритроциты и мелкозернистые массы и взвесь клеток отпавшего эпителия.

Капсулы клубочков не утолщены; зигителі капсул слегка утолщѣтъ, съ довольно хорошо окрасившимся ядрами. Капсульное пространство во многихъ клубочкахъ слегка расширено, иногда содержитъ мелкозернистыя распады и эритроциты. Ядра зигителі, покрывающаго клубочки, хорошо окрасились, довольно обильны. Капилляры клубочковъ тонко очерчены, часто наполнены кровью. *Intima* сосудовъ слегка утолщена.

Почка была исследована также в свежем состоянии, причем обработкой различными реактивами можно было обнаружить довольно значительную степень мутного набухания и изрядка жировое перерождение клеток эпителиа мочевых канальцев и несколько слабе эпителиа капсулы клубочков.

[illegible]

Анатомический диагноз: *Pneumonia chron. tuberculosa apicis pulmonis dextri. Arteriosclerosis. Cirrhosis hepatis atrophic. Tumor lienis chron. Degeneratio fusca myocardii. Induratio cyanotica renum. Hydrothorax bilateralis, ascites, anasarca, icterus. Colitis chron. azacerbata.*

Наблюденіе № 76.

Клинический эпикриз: *Helminthiasis (Botriocephalus alus latus?)*.
Gastroenteritis chron. atrophica. Intoxicatio chron. per viam
intestini. Anaemia consecutiva exquisita. Myodegeneratio
cordis. Insufficiencia cordis: dilatatio cordis, anasarca universalis.
Asthenia cordis. ♀.

Михаилъ О—въ, 30-и лѣтъ, поступилъ въ 6-цу 6 іюня 1898 г.: по-
ность, головокруженія, отеки.

Спитает себя нездоровым около полудня, когда у него впервые появились носовы и стал постепенно развиваться явления общего упадка сил. До последних 2½ месяцев носовы времени прекращались, с этого же времени едился постоянным, почти ежедневным. Слабость обыкновенно раза 3—4 в день, жидко, без особых болей и крови, причём в испражнениях большой перьяком замечал куски лептунной гли-

сты, отходившей въ видѣ блѣдой тесемки, величиной от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ аршина. Въ послѣдній разѣ куски глисты отходили недѣли 2 тому назадъ. Одновременно съ поносами больной часто испытывалъ боли въ подложечной области и изжогу, особенно послѣ приема тяжелой пищи; изрѣдка у него появлялась тошнота и рвота. Выступъ съ этими явлениями оны стали бѣднѣть, у него появились одышка, головокружения и слабость настолько увеличилась, что послѣдній мѣсяцъ оны уже принуждены были отказываться отъ работы. Недѣли 2 тому назадъ впервые замѣтили отечность нижнихъ конечностей и лица.

Уроженецъ Каргопольскаго уѣзда Олонецкой губерніи, гдѣ жилъ до послѣдняго времени почти бездѣльно, занимаясь вынуждѣн хлѣбопашествомъ, а затѣмъ сѣпачкой бѣды. Условія помѣщенія и питанія повидимому были удовлетворительными.

До настоящаго заболѣванія пользовался хорошимъ здоровьемъ и, кромѣ перенесеннаго 2 года назадъ "воспаленія" праваго легкаго, никакихъ другихъ заболѣваній не помнитъ. Отхожденія глисты прежде никогда не замѣчалъ. Указаній на лues и патологическую наследственность нѣтъ. Водку пьетъ умеренно и рѣдко.

Выше средняго роста, хорошаго сложения, умереннаго питанія. Кожные покровы тѣла блѣдно-желтаго цвѣта, окраска слизистыхъ оболочекъ очень слабая, блѣдная. Кожа лица, стопъ и голени умеренно отечна. Со стороны дыхательнаго аппарата ничего неомышляющаго. Толчекъ сердца сердца на 4-мъ ребрѣ, правая на 1. мед. При выслушиваніи сердца всюду при первомъ тоѣ слышатся рѣзкій душмъ, особенно сильный на нижнемъ концѣ грудины. Акцентъ на 2-мъ тоѣ art. pulmon. выражаетъ слабую. Рѣзкій шумъ волчка на bulbus jugularis. Артерія слегка уплотнена, Р порядочнаго наполненія 100 въ 1; R = 20 въ 1. Языкъ необложенъ, суховатъ, порядочная жажда. Аппетитъ пониженъ. Животъ слегка вздутъ, мало чувствителенъ къ давленію. Пронцивается край печени, выступающей надъ на 2 изъ подъ реберъ. Селезенка не прощупывается, но перкусіи не опредѣляется. Испражнения жидкія, 3 раза въ день. При микроскопическомъ изслѣдованіи испражнений, впоследствии много разъ повторенномъ, яицъ глестъ ни разу не было найдено; кровъ въ испражненіяхъ, равно какъ и туберкулезныхъ папочекъ, также не обнаружено. U = 1700 к. с., d = 1007, цвѣтъ блѣдно-желтый, г — кислая, реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательныя. Ни цилиндровъ, ни другихъ форменныхъ элементовъ въ мочѣ не найдено.

При изслѣдованіи крови: число эритроцитовъ = 825,500; лейкоцитовъ = 5,095; гемоглобина 10% (Fleischl). При микроскопическомъ изслѣдованіи живой крови и на окрашенныхъ препаратахъ отбѣныя явленія слабо выраженаго пойкилоцитоза. Ядерныхъ эритроцитовъ не найдено.

Сонъ порядочный, являніе не нарушено, ходитъ съ трудомъ, шатайся. Общее настроеніе вялое, апатичное. Т° во все время наблюданія 6-ного была умеренно лихорадочной, колебалась между 37,5°—37,0° по утрутамъ и 38,7°—38,2° по вечерамъ. Нарѣдка вечеромъ ознобы.

Въ условіяхъ больницы обстановка, при легкой смѣшанной діетѣ и примѣненіи возбуждающихъ (вино, t-ra valer. алтер. + t-ra convul. majalis)

состояніе больного въ теченіе первой недѣли наблюданія нѣсколько улучшилось: постепенно прекратились поносы, улучшился немного аппетитъ, исчезли отеки. Однако улучшеніе продолжалось недолго; въ концѣ второй недѣли наблюданія 6-ной стали жаловаться на сильные головокруженія, полную потерю аппетита и началъ быстро слабѣть. Т° все время до вечера была повышенной (38,5°—38,7°), общій упадокъ силъ быстро прогрессировалъ. Примѣненіе препаратовъ, желѣза и мышьяка, назначенныхъ послѣ прекращенія поносовъ не дали никакихъ результатовъ. На 21-я день наблюданія у больного вновь развился поносъ, паша почти до нормъ 6, и опять появились отечность лица и стопъ. U, раньше колебавшееся между 1800—1200 к. с., при d = 1007—1005, съ 26-го дня наблюданія стало уменьшаться (800, 600, 400), но окраска ея по прежнему оставалась блѣдной, а d — малымъ (1005—1007). Ни бѣлка, ни цилиндровъ въ мочѣ за все время наблюданія ни разу не было найдено. На 23-я день наблюданія, несмотря на примѣненіе возбуждающихъ (coffein, camphora) и уменьшеніе поноса, напряженіе пульса стало замѣтно падать. На 24-ый день наблюданія 6-ной впалъ въ безсонательное состояніе и къ вечеру этого дня скончался при явленіяхъ постепеннаго ослабленія дѣятельности сердца.

Выприскиваніе метиленовой сини было произведено на 8-ой день наблюданія (въ періодъ небольшого улучшенія общаго состоянія) 14/VI въ 12 ч. дня.

За сутки, истекшія передъ выпрыскиваніемъ—U=1800 к. с., d=1007, г — слабо-кислая. Моча слабо желтоватаго цвѣта, прозрачная; реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательныя. Въ осадкѣ никакихъ форменныхъ элементовъ не найдено. Суточное количество мочи = 16,5, суточн. коэфф. $P_2O_5 = 1,2$. Pot (въ правой лучевой) = 18.

Выдѣленіе метиленовой сини.

Начало: М. черезъ $\frac{1}{2}$ ч. Maximum: М. — 3 ч.
Chr. — $\frac{1}{2}$ ч. Chr. — 3 ч.

Продолжительность выдѣленія: М. — 30 ч.
Chr. — 34 ч.

Интенсивность общаго максимумъ = IV. Кривая выдѣленія М, Chr и общая кривая: правильная циклическая. Преобладающая форма выдѣленія: до 16 ч. преобладаетъ М, до 30 ч. равномерное выдѣленіе М и Chr; послѣ 30 выдѣляется только Chr.

Общее количество мочи за все время выдѣленія = 3900 к. с.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Кузнецовъ). Средняго роста, умереннаго питанія очень блѣдный трупъ. Кожа лица и стопъ слегка отечна.

Въ околосердечной сумкѣ содержится немного серозной свѣтлой жидкости. Размеры сердца: 10,5—8,0—1,0. Мышца сердца очень блѣлая, жолокровная, желтоватаго цвѣта. Эндокардія и клапаны сердца безъ вид-

мышь изменений. Аорта и крупные сосуды также не представляют изменений от нормы. Правое легкое на всем протяжении плотно сращено с грудной клеткой. Плевра легкого легкого не изменена. Ткань легкого в разрезе всюду проходима для воздуха, в нижних отделах отечна. Желудок умеренно растянут; слизистая его резко истончена, мстами аспидно-вишневато-розовая. Слизистая тонких и толстых кишок также сильно истончена, бледна, резко атрофична; фолликулы ее слегка припухли, выдаются над поверхностью. Печень не увеличена (27,0; 16,0; 4,5). Поверхность печени ровная, край несколько закруглен. В разрезе ткань печени желто-бурого цвета, тусклого блеска, со слабо-выраженными рисунками, малокровна, умеренно дрябл. Селезенка немного увеличена в разрезе (12,5; 7,5; 3,0); капсула ее морщиниста, мутна. Ткань бледно-красного цвета, пузла легко выскабливается.

Размеры почек: правая 11,0; 7,0; 2,5; левая—11,5; 6,0; 3,0. Веса правой почки—182,0 гр.; веса левой—185,0. Капсулы почек снимаются легко; поверхность ровная, цвет бледно-желтый. Толщина корки в разрезе несколько увеличена; цвет ее бледно-желтый, рисунок мутный, плотность умеренная. Пирамиды слабо налиты кровью. Слизистая лоханок, мочеточников и пуэры без видимых изменений.

Кости черепа правильного строения. В синусах очень мало венозной крови. Мягкая оболочка отечна. Вещество мозга вадно, чрезвычайно бледно, нормальной плотности. Костный мозг трубчатых костей желеобразен, темно-красного цвета.

При микроскопическом исследовании почек замечается довольно значительное паренхиматозное перерождение эпителиа мочевых канальцев при нормальном развитии соединительной ткани и слегка уменьшенных размерах клубочков.

Мочевые канальцы всюду тесно прилегают друг к другу, хорошо очерчены. Эпителий их всюду представляется набухшим, ядра его везде окрасились очень слабо, но редко и совсем не окрасились. Просветы канальцев или пуст, или содержат мелкозернистую массу и клетки отставшего эпителиа. Клубочки вообще несколько уменьшены в размерах. Капсулы их не утолщены; эпителий капсул большей частью сохранился, а ядра его, равно как и ядра эпителиа, покрывающего клубочки, хорошо окрасились. Сосуды почек без заметных изменений.

При микроскопическом исследовании кусочка свижей почки отгниены явления сильного, резко выраженного мутного набухания эпителиа канальцев и канальцев Гемпелевой петли и в ботье слабой степени жировое перерождения его (обработаны раствором КНО, эфиром, осмиевой кислотой).

Анатомический диагноз: *Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Gastroenteritis chron. atrophica. Pleuritis adhaesiva fibrosa dext. Oedema pulmonis utriusque et cerebri. Anasarca universalis non magna. Anaemia universalis grad. anterioris.*

Наблюдение № 77.

Клинический эпикриз: *Alimentatio deficiens. Intoxicatio digestiva et enteritis. subacuta. Hyperlymphia analbuminurica (toxica, per viam intestini?)*

Петр II—овт, 18 лет, поступил 14 декабря 1897 г.: понос, общая слабость и отеки. Поносами страдал около 3 недель; в последнюю неделю они усилились, появились головокружения, и показались отеки на ногах и в лице. Понос умеренный—слабит раза 3—4 в день, жидко, без крови, с болью во всем животе. Начало поноса совпало с постом и плохой пищей. Отеки появляются в первый раз. Никаких серьезных заболеваний до сих пор не имать, скарлатины не болеть, отхождения гноя не замечал. По занятию—плотник; условия помещения и питания в течение последнего года плохи—живет в сырой, душной квартире, питается не всегда доброкачественной, преимущественно растительной пищей. Пропихолит из-за аденоидов.

Плохого питания, правильного сложения, бледен. Умеренная отечность нижних конечностей и кожи лица. Толщина сердца между 3/4 ребр. на пальце кнутри от льевого соска. Перкуторные размеры сердца в пределах нормы. Тоны сердца чисты. На *bulbus jugularis* выслушивается шум волчка. Р. умеренного наполнения, правильный, 80 ударов в 1'. Артерий мягки. Язык чист, аппетит сохранен; живот слегка вздут, чувствителен к давлению у пупка. Стул 3 раза в день, жидкий. Янги гноя и туберкулезных палочек в испражнениях не найдено. U—1400 к. с., d—1008; r—кислая. Моча светло-желтого цвета, прозрачна; белка, сахара и цилиндров не найдено. Сон хороший, t° нормальная, общее состояние удовлетворительно.

Назначены: t-га Сото по 15 кап. 3 раза в день и легкая смешанная диета. Чувствительность кожи, глоточный и сухожильные рефлексы без существенных изменений.

Через 2 дня прекратились поносы, через 4 дня исчезли отеки, а через 10 дней больной, чувствуя себя достаточно окрепшим, выписался.

В течение наблюдения U, в первые дни, пока васыпались отеки, колебалось между 1800—2200 к. с., в остальные же дни между 1100—800 к. с., при d—1010—1015. При ежедневном исследовании мочи белок в ней ни разу не был найден. Назначенную с 4-го дня полную мясную порцию больной переносил вполне удовлетворительно. Т° за все время наблюдения была нормальной. Выписался с значительным общим улучшением.

Через месяц больной вновь поступил в больницу, опять с жалобами на понос, но без отеков и также быстро поправился, как и в первый раз. Блоки в мочу, также как и при первом пребывании в больнице, ни разу не были найдены.

Кривая выделения М. и Снг: правильная циклическая.

Незначительное преобладание Снг. в конц. выделения. Продолжительность общего maximum'a = 3 ч.

Колич. мочи за все время выделения = 5500 к. с.

Наблюдение № 79.

Клинический эпикриз: *Labor excessivus. Alimentatio deficiens. Chlorosis? Infectio tuberculosa: pneumonia catarrhals disseminata pulmonis utriusque (caecerna, febris haectica). Myodegeneratio cordis. Asthenia cordis. f.*

Валентина К.—к., 22-х лѣтъ, поступила въ 6-чу 2 июня 1898 г.: кашель, одышка, слабость.

Кашляетъ около 1 года; за послѣдніе 5—6 мѣсяцевъ стала отдѣляться обильная мокрота, изрѣдка съ примѣсомъ крови. Одновременно появились боли въ груди, общій упадокъ, потеря аппетита. За послѣдній мѣсяцъ по вечерамъ довольно часто ознобы, жаръ, ночью потъ, а общая слабость настолько усилилась, что К.—к. принуждена была оставить работу.

Происходитъ изъ здоровой семьи; въ Сиб. живетъ 2 года; чернорабочая. Никакихъ указаній на туберкулезную наследственность. Патологическое прошлое: корь и вѣтряная оспа. Скарлатинной не болѣла; отековъ, никогда не было. Маларію отрицаетъ; указавъ на лев. нѣтъ. Ни родовъ, ни выкидышей не имѣла. Помѣщеніе, въ которомъ больная жила послѣдній годъ, сырое, нѣмца по видимому удовлетворительная.

Средняго роста, блѣдная, значительно истощена. Соответственно тѣловой верхней доль притуплена перкуторная звука, бронхіальное дыханіе и субкрепитирующие хрипы. Такого-же характера хрипы выслушиваются подъ лѣвой лопаткой и соответственно правой верхушкѣ. Перкуссия лѣвой половины груди болѣзненная. Мокрота слизистого гниоидна, обильная, безъ примеси крови. Туберкулезныя бациллы найдены въ громадномъ количествѣ. Толщеч. сердца между 5/6 ребр. на пальцѣ внутри отъ тѣловой сосковой. Размѣры сердца нормальны, тоны чисты. Акцентъ на 2-мъ тонѣ артерій pulmonalis. Румяняго наполненія, правильнаго, около 90 въ 1', R=20—25 въ 1'. Печень и селезенка не прощупываются; Аппетитъ плохой, отправленія кишечника нормальны. Менструація началась на 15 году; прежде была правильная, послѣднее же 3 мѣсяца отсутствуютъ. Вѣзевъ нѣтъ. Моча темно-краснаго цвѣта, прозрачная. U = 500 к. с., г.—кислая,

d = 1023; бѣлая не содержитъ. Вѣсъ тѣла 47,000. T° утромъ 38°, вечеромъ 38,5°. Сонъ плохой.

При дальѣйшемъ наблюденіи состояніе 6-ной постепенно ухудшалось; T° держалась на высокихъ цифрахъ (доходила до 39,0—40,0°, по вечерамъ и падала до 36,2—37,5 по утрамъ), легочный процессъ быстро прогрессировалъ, появились проливные поты. Моча въ теченіе всего наблюденія выделялась въ небольшомъ количествѣ (400—600 к. с. въ сутки) имѣла высокой удѣльный вѣсъ (1025—1027) и только 2 раза, на 20-й и 21-й дни наблюденія, было замѣчено присутствіе въ ней бѣлка (сѣды). На 43-й день наблюденія больная скончалась.

Выприскиваніе метиленовой сини было произведено на 28-й день наблюденія, 1/VI въ 12 ч. дня. За сутки, истекшія передъ выпрыскиваніемъ, U = 600 к. с., d = 1025, г.—кислая. Моча краснаго цвѣта; реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательны. Цилиндровъ въ осадкѣ не найдено. Суточ. колич. мочевины = 20,5; суточ. колич. P₂ O₅ = 0,5, Pot. (въ правой лучевой) = 12.

Выделение метиленовой сини:

Начало: М. черезъ 1 ч. Maximum: М. — 3 ч.
Снг. — 1½ ч. Снг. — 3 ч.

Продолжительность выделения: М. — 45 ч.
Снг. — 78 ч.

Интенсивность общего maximum'a = IV.

Кривая выделения М. Снг и общая кривая: правильная циклическая. Преобладающая форма выделения: М. и Снг. выделялись равномерно до конца выделения, но снг. послѣ 60—сѣдами. Общее колич. мочи за все время выделения = 1300.

Протоколъ вскрытія (д-ръ Г. С. Кулеша). Трупъ блѣдный, очень истощенной женщины. Сердечная сумка содержитъ незначительное количество серозной жидкости. Размѣры сердца: 8,0, 6,5, 0,8. Мышца сердца буровато-краснаго цвѣта, умѣренной плотности. Полости сердца не расширены. Эндокардія и клапаны безъ заметныхъ измѣненій. Внутренняя поверхность аорты и клапаны безъ измѣненій. Лѣвое легкое въ верхнихъ отдѣлахъ плотно сращено съ грудною клеткой; правое свободно лежитъ въ полости плевры. Плевра лѣваго легкаго соответственно верхней доли фиброзно утолщена. Ткань лѣваго легкаго неравномерно уплотнена; на поверхности разрыва ее замѣчается много разной величины сѣраго цвѣта плотныхъ узловъ, не содержащихъ воздуха; мѣстами довольно обильное количество просевидныхъ бугорковъ. Въ верхней доль лѣваго легкаго

находится несколько полостей величиной съ грецкой орехъ, съ неровной поверхностью и гноимымъ содержимымъ. Бронхи утолщены, изъ нихъ выделяется гноевидная жидкость. Правое легкое также содержитъ порядочное количество разсѣянныхъ, непроходимыхъ для воздуха узловъ и обильное количество буторокъ. Слизистая желудка и кишечника блѣдна; азъ въ кишечникѣ нѣтъ. Печень немного увеличена (27,0; 17,0; 8,0); ткань ея драблѣ, тусклою, неяснаго рисунка. Селезенка нормальной величины; ткань ея блѣдно-краснаго цвѣта, легко высѣкается.

Почки не увеличены (11,0; 6,0; 3,5), обѣ почти одинаковой величины. Вся правая 165,0; вся лѣвая 160,0. Капсула почки снимается легко. Поверхность почек ровная, блѣдно-сѣраго цвѣта. Въ разрывѣ корковый слой слегка набухъ; плотность корки утѣренная, рисунокъ довольно ясный, цвѣтъ сѣрый съ тусклымъ блескомъ. Пирамиды утѣренно налиты кровью. Локанки мочеточки, пузыри, матки и яичники безъ существенныхъ измѣненій.

Кости черепа не измѣнены. Сосуды мягкой оболочки утѣренно наполнены кровью; вещество мозга нормальной плотности, малокровно.

При микроскопическомъ изслѣдованіи почекъ замѣчается незначительное перекрѣпчатое перерожденіе эпителии мочевыхъ канальцевъ, при нормальномъ развитіи соединительной ткани и пригодномъ переполненіи кровью. Мочевые каналцы всюду тѣсно прилегаютъ другъ къ другу. Между ними всюду замѣчаются наполненные кровью капилляры. Эпителии канальцевъ, и канальцевъ Гейнлеяской вѣтви утѣренно набухъ; ядра его большей частью окрашились тусклою, изрѣдка совсемъ не окрашились. Клубочки нормальныхъ размѣровъ, съ не утолщенной капсулой и большей частью съ хорошо сохранившимся эпителиемъ ея. Капсульное пространство многихъ клубочковъ нѣсколько увеличено. Пусто. Капилляры клубочка только очерчены, содержатъ кровь. Сосуды почекъ безъ замѣтныхъ измѣненій.

При изслѣдованіи распянаго препарата изъ свѣжей почки замѣчено: эпителии мочевыхъ канальцевъ слегка набухъ, протоплазма его содержитъ много мелкихъ и рѣже болѣе крупныхъ зернышекъ; ядро въ нѣкоторыхъ клеткахъ заглушено. При обработкѣ 1% уксусной кислотой мелкие зернышки протоплазмы исчезаютъ, и ядра просвѣтлѣются; причемъ въ нѣкоторыхъ клеткахъ отчетливо видна прямая исчерченность основаній. Болѣе крупныя зернышки исчезаютъ при обработкѣ 80% и осмиевой кислотой красятся въ черный цвѣтъ.

Анатомическій діагнозъ: *Pneumonia catarrhalis tuberculosa disseminata pulmonis utrisque; cavernae in lobis super; et infer. pulmonis sin. Pleuritis adhaesiva fibrosa sin. Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis et renum. Anaemia et atrophia universalis.*

Наблюдение № 80.

Клиническій эпизикъ: *Encephalopathia indeterminata. Diabetes insipidus. (status toxicus?) Myodegeneratio cordis. Atrophia universalis exquisita. Asthenia cordis. f.*

Poluria.

Дарья А-ва 46 лѣтъ, поступила въ 6-цу 17 августа 1898 г.: головныя боли, рвота и общая слабость.

Считаетъ себя больной съ осени 1897 г., когда у нея безъ всякой видимой причины появились сильная жажда, головныя боли и стала постепенно развиваться общая слабость. Въ послѣдніе 4—5 мѣсяцевъ головныя боли значительно усилились, сосредоточиваясь, главнымъ образомъ, въ затылокъ и затылокъ, появились рвота и тошнота боли въ покатъ. Рвота обыкновенно совпадала съ приступами головныхъ болей. Изрѣдка въ теченіе настоящаго заболѣванія были непродолжительные поносы. Жажда все время была усиленная, аппетитъ же наоборотъ, падать и въ теченіе послѣднихъ 3-хъ мѣсяцевъ 6-ная значительно исхудала и ослабла, такъ что съ трудомъ могла работать. Ни въ продолженіи всей настоящей болѣзни, ни въ прошломъ отековъ не имѣла.

Годъ тому назадъ 6-ная лежала въ этой же больницѣ по случаю рвоты и поноса, причемъ скоро вышла оправившеюся. Пять лѣтъ назадъ перенесла, по ея словамъ, сыпной тифъ. Рожала 10 разъ, причемъ было 2 выкидыша, на 3 и 4 мѣсяцахъ беременности; роды проходили благополучно. Регулы прекратились съ прошлаго года, а около 1½ года назадъ появились бѣлы, которая продолжается до сихъ поръ. Жила постоянно въ удовлетворительныхъ условіяхъ питанія и помѣщенія, алкоголя не злоупотребляла. Никакихъ указаній на лues нѣтъ; происходитъ изъ здороваго семейства.

Средняго роста, значительно истощена, блѣдна. Кожа тонкая, сухая, шелушится. Отековъ нѣтъ. На лицѣ и волосистой части головы нѣсколько крупныхъ сухихъ папулъ. Лимфатическія железы не увеличены. Кости черепа и конечностей при перкусіи и ощупываніи ничего ненормальнаго не представляютъ. Перкуторные размѣры сердца нормальны, тоны чисты. Р = 90 въ 1' правильнымъ, небольшого наполненія. Артерій не уло-

пены. Со стороны дыхательного аппарата ничего ненормального не замечается. Язык сухой, слегка обложен, аппетит значительно понижен, усиленная жажда. Живот впадный, мягкий, чувствителен к давлению в подложечной области. Печень, селезенка и почки не прощупываются.

Подобными болями. Чечень, осязание, слух и зрение. У = 3900 к. с., d = 1002, гр — слабо кислая. Моча почти бесцветная, прозрачная, белка не содержит. Цилиндриков не найдено. Реакция на сахар отрицательная. Стул 1 раз в день, правильный, мягкий, густой, без испражнений не найден. Небольшие бляхи. При гинекологическом исследовании никаких существенных изменений не найдено (х-р П. И. Сим). Сухожильные и кожные рефлексы и также чувствительность кожи без заметных изменений. Зубы в слухе не нарушены. При произнесении слов слышны отголосочною. Исследования (М. К. Эрнот) никаких изменений глазного дна не найдено. Сопь плохой, самочувствие угнетенное, апатия, порядочный упадок сил. Висс тгла при поступле' нии = 39,000 гр.

В течение первой недели наблюдения преобладали жалобы на головную боль, тошноту и мучительную жажду, начиная же со второй недели к этим явлениям присоединились рвоты, сначала рвотки (через 2—3 дня), а затем почти ежедневные, иногда по несколько раз в течение всего совпадения с ожожением головных болей, которые не прекращались. В продолжение всего наблюдения, сосредоточивались главным образом, в левом виске и затылке, иногда с отяжеленным левым глазом. С появлением рвоты аппетит значительно ухудшился, жажда же во все время наблюдения была усиленной и являлась одним из наиболее мучительных и постоянных болезненных симптомов. Вслед за тем постепенно падая, упадок сил заметно прогрессировал. В продолжение всего наблюдения U представлялось увеличенным, колебался между 4500—4900—6400 к. с., при $d = 1003-1001$. При ежедневном исследовании его балка ни разу не было найдено, повторное же исследование осадка на цилиндры всегда давало отрицательный результат. В течение наблюдения были 2 периода ухриженного поноса, совпавшие с назначением йодистого калия. Были вначале наблюдения были под влиянием вяжущих синицевичей значительно уменьшились.

При гвечии, кроме ванн и молочной диеты, которая не приносила заметного облегчения, были также назначаемы посты: ежедневно: inf. rad. valer. бром., юдатыный калий (повторно), narcotica, однако без заметной пользы—головные боли, рвоты и жажда не прекращались, слабость увеличилась и к концу второго месяца наблюдения 6-мал. добой до крайней степени истощения (взв. 34000) и общего упадка сил, скончалась.

Выскакивание метиленовой сини было пропаведено в концъ первой недѣли наблюденія, 24/чм въ 12 ч. дня. За сутки, истекшія передъ выскакиваніемъ $U = 1002$, г — нейтральная. Моча почти безвѣтная, реакція на бѣлокъ и сахаръ отрицательныя. Цилиндровъ въ осадкѣ не найдено (центрифуга).

Выделение метиленовой смолы:

Начало: М. через 1 ч.
Chr. " 1/2 ч.

Maximum: M. — 3 4
Chr. — 3

Продолжительность выделения: M. — 48 ч.
Chr. — 58

Интенсивность общего maximum'a = III—IV.

Преобладающая форма выделения: до 26 ч. М. после 26 ч. равномерное выделение обеих форм.

Кривыя выделения M , Chr и общая кривая: правильныя циклическія.

Общее количество мочи за время выдѣленія = 12,300 к. с.

Протокол вскрытия (С-Г. Г. С. Кулеша). Среднего роста, бледное, истощенное тело. Кожа суха, истончена. Онолосцерозные пятна содержат немного серозной жидкости. Сердце заметно уменьшено в размерах; длинник сердца = 7,0 см, поперечник = 7,5 см, толщина стенок левого желудочка = 0,7 см. Мышца сердца бурого цвета, умеренно атрофична. Легкие сердца не распухают, эластички и внутренняя поверхность аорты без заметных изменений. Легкая дышать свободно в позе лежа, плевры, ткань их всходу проходила для воздуха, суха. Печень немного уменьшена в размерах (27,0; 14,0; 5,5); ткань ее в разрезе красноватого цвета, нормальной плотности. В задне-нижнем отделе печени находится несколько отдаленных полостей с глянцами стеклами в величину от горошин до бисерного кружка, выполненных кровью. Размеры селезенки также уменьшены (10,0; 7,0; 2,0), ткань ее без признаков изменений. Желудок немного распухает, на слизистой оболочки его умеренное количество точечных кровоизлияний. Слизистая тонкой кишки бледная, фолликулы ее увеличены; слизистая толстой кишки без существенных изменений. Матка уменьшена в размерах, плотная, слизистая оболочка полости ее без существенных изменений. В заднем своде влагалища небольшой звездчатый рубец. Яичники уменьшены в размерах, плотные, фибринозно перерождены.

Почки. Размеры правой почки: 11,0; 6,0; 3,0; размеры левой: 11,5; 6,0; 3,5. Вес правой = 150,0, левой = 145,0. Капсулы почек снимаются легко, поверхность их ровная, шитье бледно-красная. Корка нормальной толщины, умеренной плотности, рисунок ее выражен хорошо. Пирамидки несколько бледные. Лоханки, мочеточники, мочевой пузырь без существенных изменений.

Кости черепа нормальной толщины, никаких изменений не представляют. Синусы мозга пусты. Мягкая оболочка умеренного кровенаполнения, снимается легко. Вещество головного мозга, мозжечка и про-

длговатого мозга въ разрьѣхъ умереннаго кровенаполненія, нормальной плотности, суховато. Сосудистыя сплетенія боковыхъ желудочковъ мозга нѣсколько увеличены въ разрьѣхъ, отдѣльныя петли сплетены, мѣстами кистеобразно расширены. Полости желудочковъ пусты. Шинкообразная железа мозга (conarium) замѣтно увеличена въ разрьѣхъ (величиной съ малую вишню); округлой формы, блѣдно-сѣраго цвѣта, довольно мягкой консистенціи.

На днѣ четвертаго желудочка мозга и въ разрьѣхъ вещества продолговатого мозга никакихъ замѣтныхъ измѣненій не замѣчается.

Артерій основанія мозга нормальнаго вида и плотности.

При микроскопическомъ изслѣдованіи почекъ, какъ въ свѣжьемъ состояніи, такъ и на срѣзахъ изъ уплотненныхъ кусочковъ, никакихъ существенныхъ уклоненій отъ нормы не замѣчается.

Мочевые каналы всюду тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, правильныхъ очертаній. Обвивающіе ихъ капилляры большей частью пусты, мѣстами слегка расширены. Эпителий канальцевъ нормальнаго вида, ядра хорошо восприняли окраску.

Клубочки нормальной величины; капсулы ихъ большей частью тонко очерчены, нѣзрѣдка слегка утолщены. Капсульное пространство пусто, въ нѣкоторыхъ клубочкахъ увеличено. Эпителий капсулъ уплотненъ, ядра его хорошо окрасились. Капилляры клубочковъ тонко очерчены, покрыты обильнымъ количествомъ хорошо окрасившихся ядеръ эпителия. Intima сосудовъ не утолщена.

При микроскопическомъ изслѣдованіи шинкообразной железы найдены явленія гиперплазіи ея. Железа на микроскопическихъ препаратахъ состоитъ изъ болѣе объемистой и слабо окрасившейся центральной части и окружающаго послѣднюю периферическаго ободка. Центральная часть состоитъ изъ густо переплетенныхъ въ разныхъ направленіяхъ тонкихъ волоконъ соединительной ткани и небольшого числа залегающихъ между ними круглыхъ мелкихъ кѣлочекъ, которыя мѣстами собираются въ кучки.

Периферическая часть состоитъ изъ скопленій мелкихъ круглыхъ кѣлочекъ, раздѣленныхъ болѣе или менѣе простыми соединительной ткани. Центральная часть довольно рѣдко отдѣляется отъ периферической; въ нѣкоторыхъ препаратахъ въ периферической части встрѣчаются отдѣльные и собранные въ конгломераты зерна, по величинѣ и структурѣ напоминающія зерна крахмала.

Периферическая часть богата сосудами, центральная—бѣдна.

Анатомическій діагнозъ: *Degeneratio fusca et atrophica myocardii. Angioma hepatis disseminata. Atrophia lienis. Hyperplasia conarii. Anaemia et oedema cerebri. Anaemia et atrophia universalis exquisita.*

VIII группу составляютъ 15 больныхъ, поступившихъ подъ наше наблюденіе съ различнаго рода заболеваниями, протекавшими при явленіяхъ незначительнаго расстройства функций почекъ или безъ таковыхъ вовсе.

Въ цѣляхъ удобства изложенія мы рассмотримъ эту группу больныхъ, разбивъ ихъ на *два категоріи*.

Первую категорію составятъ 8 первыхъ больныхъ этой группы (набл. №№ 66—73), сходныхъ въ томъ отношеніи, что у всѣхъ въ теченіе наблюденія была отмѣчена *незначительная альбуминурия*, у отдѣльныхъ лицъ неодинаковой стойкости и различнаго происхожденія. Изъ нихъ у двухъ первыхъ больныхъ (набл. № 66 и № 67) альбуминурия сопутствовала довольно тяжелымъ общимъ явленіямъ, развившимся у одного вслѣдъ за острымъ отравленіемъ *карболовой кислотой*, у другого—подъ вліяніемъ острой *алкогольной интоксикаціи* (запой). У обоихъ въ клинической картинѣ заболевания на первомъ планѣ стояли явленія со стороны центральной нервной системы и симптомы острата гастрита и въ меньшей степени явленія повышенной возбудимости дѣятельности сердца. *Альбуминурия* у обоихъ была выражена въ слабой степени (сдѣды), у обоихъ наблюдалась одновременно съ небольшимъ уменьшеніемъ суточнаго количества мочи и у обоихъ исчезла вмѣстѣ съ быстро наступившимъ улучшеніемъ общаго состоянія. Цилиндровъ въ мочевомъ осадкѣ, какъ у первого, такъ и у второго не было обнаружено. Очевидно, что явленія незначительнаго и переходящаго расстройства функций почекъ у обоихъ развились главнымъ образомъ въ результатъ острой общей интоксикаціи. Въ прошломъ этихъ больныхъ никакихъ указаній на заболевание почекъ не отмѣчено.

Слѣдующій больной разсматриваемой категоріи (набл. № 68), юноша 16 лѣтъ, поступилъ подъ наше наблюденіе съ явленіями *скорбута*, развившагося при крайне худыхъ условіяхъ питанія и сопряженныхъ съ нимъ весьма вѣроятныхъ токсическихъ вліяній изъ кишечника. Въ клинической картинѣ заболевания преобладали явленія со стороны кишечника (небольшой поносъ), далѣе явленія, указывавшія на поражение кожи и периферической сосудистой системы (кровоназліянія, незначительная отеочность нижнихъ конечностей). *Альбуминурия* (сдѣды) въ этомъ случаѣ также отличалась мимолетнымъ характеромъ, наблюдалась при нормальномъ суточномъ количествѣ мочи и отсутствіи форменныхъ элементовъ въ

осадкѣ и уже черезъ 2 дня исчезла, вмѣстѣ съ улучшеніемъ явленій со стороны кишечника. Принимая во вниманіе послѣднее обстоятельство, можно думать, что и у этого больного ничтожныя явленія расстройства функціи почекъ развились на почвѣ токсическихъ вліяній, вѣроятно всего исходившихъ изъ кишечника. Заболеваніе въ данномъ случаѣ отличалось легкимъ теченіемъ, но въ прошломъ есть указанія на перенесенный 2 года назадъ брюшной тифъ, въ течение котораго также наблюдалась небольшая альбуминурия. Къ этому случаю близко подходитъ, по вѣроятному происхожденію альбуминурии, слѣдующій больной этой категоріи (набл. № 69), у котораго довольно упорныя явленія *кишечнаго расстройства* (поносы) занимали наиболѣе видное мѣсто въ его заболеваніи. Последнее, судя по даннымъ клиническаго изслѣдованія и наблюденія (заглохшій верхушечный процессъ, небольшія повышенія t° , стойкость поноса, общій упадокъ питанія), вѣроятно, развилось вслѣдствіе туберкулезной инфекціи, локализовавшейся главнымъ образомъ въ кишечникѣ. *Альбуминурия* у этого больного, также небольшая (слѣды), отличалась однако особенной устойчивостью (во все время наблюденія), что вмѣстѣ съ отмѣченными у него нормальнымъ, иногда немного повышеннымъ суточнымъ количествомъ мочи и постояннымъ низкимъ удѣльнымъ вѣсомъ ея могло дать нѣкоторый внѣшній поводъ для предположенія о существованіи у него хроническаго процесса въ почкахъ. Въ послѣднемъ случаѣ наблюдавшемся у этого больного поносы можно было бы принять за одинъ изъ симптомовъ аутоинтоксикаціи, вслѣдствіе скрыто протекающей недостаточности функціи почекъ; однако, не говоря уже о томъ, что мы не наблюдали у больного никакихъ другихъ симптомовъ аутоинтоксикаціи, вся указанная выше сумма отмѣченныхъ у него патологическихъ явленій дѣлаетъ такое предположеніе почти невѣроятнымъ. Наоборотъ, принимая во вниманіе отмѣченныя въ этомъ случаѣ упорныя кишечныя расстройства, можно именно стойкостью ихъ объяснить и постоянное альбуминурии.

У слѣдующихъ двухъ лицъ этой категоріи (набл. № 70 и № 71) заболевание протекало при резко выраженныхъ явленіяхъ хроническаго страданія аппарата *дыханія*, въ первомъ случаѣ развившимися хроническимъ бронхитомъ, во второмъ — распространеннымъ туберкулезнымъ процессомъ въ легкихъ. Но у перваго больного, причинаго алкоголика, съ плотнымъ, несмотря на молодой возрастъ (31 г.), артеріямъ, заболевание протекало при

нормальной t° съ явленіями, указывавшими на функциональное расстройство дѣятельности сердца (отеки нижнихъ конечностей), почему основное страданіе его и могло бы быть отнесено къ общему расстройству кровообращенія. У второй — молодой женщины съ неблагоприятными наслѣдственностью и условіями жизни (паширошница) *туберкулезный процессъ* въ легкихъ протекалъ при явленіяхъ высокой лихорадки, частыхъ потовъ, полной потерѣ аппетита и значительнаго упадка силъ и питанія. У обоихъ незначительная *альбуминурия* (слѣды) представляла явленіе непостоянное и появлялась лишь изрѣдка при немного пониженномъ или близкомъ къ нормѣ суточномъ количествѣ мочи и при отсутствіи цилиндровъ въ мочевомъ осадкѣ. У перваго въ прошломъ отмѣчены общіе отеки и брюшной тифъ, у второй — только корь, перенесенная въ дѣтствѣ. Съ болышюю вѣроятностью можно думать, что у перваго альбуминурия явилась въ результатъ общаго расстройства кровообращенія, тогда какъ у второй вслѣдствіе токсическихъ вліяній тяжелой, вѣроятно смѣшанной инфекціи легкихъ. Большая эта скончалась, и при вскрытіи были обнаружены явленія распространеннаго туберкулезнаго процесса (легкія, кишечникъ), порядочныя дегенеративныя измѣненія со стороны сердца и печени, незначительныя дегенеративныя (мутное набуханіе) измѣненія со стороны эпителиа мочевыхъ канальцевъ и небольшое количество мелкихъ фиброматозныхъ узелковъ, разсыпанныхъ по поверхности обоихъ почекъ.

Въ слѣдующемъ случаѣ (набл. № 72) этой категоріи небольшая альбуминурия сопутствовала явленіямъ *периодической гематурии*, судя по даннымъ цитоскопическаго изслѣдованія, исходившей изъ лѣвой почки, характеръ пораженія которой (злокачественная опухоль, папиллома?) остался невыясненнымъ. Въ клинической картинѣ заболевания преобладали явленія анеміи и послѣдовательной недостаточности сердца (дilatатія сердца, отеки), довольно легко уступавшіе терапіи. Соответственно периодическому характеру гематуріи, *альбуминурия* въ этомъ случаѣ также обнаруживалась непостоянно, появляясь чаще всего одновременно съ кровью въ мочѣ. Цилиндровъ въ мочевомъ осадкѣ этой больной ни разу не было найдено, продолжительное же клиническое наблюденіе не обнаружало никакихъ явленій, которыя указывали бы на возможность существованія въ этомъ случаѣ значительныхъ расстройствъ функціи почекъ.

Въ послѣднемъ случаѣ разбираемой категоріи (набл. № 73)

наблюдались явления тяжелой *лейкемии*, вероятно инфекционного происхождения, протекавшей при сложной комбинации патологических явлений, среди которых отбметим значительные изменения со стороны состава крови (гроздчатый лейкоцитоз), увеличение лимфатических желез, селезенки и печени, поносы, тяжелые нервные явления (головокружение, шум в ушах, явления астении) и внутренние явления функциональной недостаточности сердца. *Альбуминурия* в этом случае была выражена также в слабой степени (следы) и наблюдалась в течение 2-х недель, при близких к норме суточном количестве мочи и удельном весе ее и при отсутствии цилиндров. Судя по тому, что прекращение альбуминурии в этом случае совпало с улучшением деятельности сердца, можно думать, что она явилась главным образом в результате расстройства кровообращения, хотя трудно исключить возможность токсического происхождения альбуминурии, особенно если принять во внимание наблюдавшиеся у этого больного поносы и весьма вероятную инфекционную натуру заболевания.

Выделение метиленовой сини у всех больных этой категории совершалось или по типу очень близкому к норме, или с небольшими отклонениями от него, выразившимися чаще всего в виде уфрешиного или порядочного преобладания выделения Chr. при слабом выделении М. Эта аномалия была отмечена у трех лиц (набл. №№ 67, 68 и 69) и во всех вероятности зависела от особенных свойств их мочи. По крайней мере в одном из этих случаев (набл. № 68) моча обладала несомненной способностью переводить М в Chr. Напомним, что такое же явление мы наблюдали в одном случае II группы (набл. № 14) и в одном случае VII группы (набл. № 62).

В одном случае разбираемой категории (набл. № 70) в качестве аномалии выделения отмечен полициклический характер кривых выделения и в одном случае (набл. № 69) наблюдалось в качестве редкой аномалии порядочное увеличение продолжительности выделения, при нормальном начале и нормальной интенсивности общего maximum'a. Из них у первого больного явления расстройства функции почек были выражены в очень слабой степени (следы белка только 1 раз за все время наблюдения), во втором случае наблюдалась постоянная небольшая альбуминурия, но при отсутствии явлений, на основании которых можно было бы думать о сколько-нибудь серьезном страдании почек. Укажем также, что такую же аномалию мы наблюдали

в одном из случаев, следующей категории, проверенном секцией, где альбуминурии совершенно не было и где почки были найдены почти без изменений. В остальных случаях этой категории и между прочим в случае № 71, где клиническое наблюдение было проверено секцией, выделение метиленовой сини совершалось по типу выделения ее у здоровых людей.

В состав второй категории вошли остальные 7 случаев (набл. №№ 74—80) разбираемой группы, сходных только в том отношении, что ни у кого из них, при резко выраженных разнообразных патологических явлениях, не наблюдалось расстройства функции почек.

Из них у двух больных (набл. №№ 74 и 75) наблюдалось сложное хроническое заболевание, протекавшее при наличии значительных интерстициальных изменений (выскрты) в печени (*атрофический цирроз*) и при явлениях расстройства сердечной компенсации, выразившегося дилатацией сердца, значительной общей водяной покровов и скоплениями жидкости в полостях брюшины и плевры. В качестве этиологического момента заболевания в первом случае можно указать на хронический алкоголизм, перенесенный ранее сильный тиф и тяжелые условия жизни, под влиянием этих неблагоприятных условий у больного уже в раннем возрасте (33 г.) развивается, как показало вскрытие, множественный интерстициальный процесс в органах, выразившийся ранним утолщением сосудов, цирротическими изменениями в печени, значительным фиброзным пер- и мио-кардитом и ничтожными интерстициальными изменениями в почках. В клинической картине заболевания резко всего выступили указанные выше явления *недостаточности сердца*, отличавшиеся значительной стойкостью и закончившиеся смертью вследствие остро наступившего коллапса. Со стороны мочи за все время наблюдения отмечена была только изредка небольшая олигурия при полном отсутствии белка и цилиндров.

Во втором случае (набл. № 75) заболевание видимо развивалось вследствие сложных токсических влияний (хроническая алкогольная интоксикация, давнишняя кишечная диспепсия, являющаяся хроническая туберкулезная инфекция), в результате которых появляется тот же полиинсеперальный склеротический процесс (выскрты), только менее распространенный, чем в первом случае. И у этого больного в момент нашего наблюдения

на первом плані стояли явленія недостаточности сердца, развившіяся, какъ показало вскрытіе, вследствие мідегенерации сердца, отличавшіяся меньшей стойкостью, чѣмъ въ первомъ случаѣ, но также закончившіяся смертю при явленіяхъ острого развившагося упадка дѣятельности сердца. Со стороны мочи этого больного за все время наблюденія также отмѣчена только временная олигурия.

Въ слѣдующемъ случаѣ второй категоріи (набл. № 76), гдѣ наблюденіе также было провѣрено секціей, тяжело общее заболѣваніе, выразившееся явленіями *глубокаго расстройства кровотоковой функціи (прогрессирующая анемія)* и недостаточности сердца (дилатация, отеки, повышенная возбудимость пульса), развивлось у молодого субъекта, можетъ быть, подъ вліяніемъ бывшей ранѣе глисто-кишечной интоксикаціи, можетъ быть, вследствие общей инфекціи, природа которой не была обнаружена нами. Кромѣ указанныхъ выше явленій недостаточности сердца, заболѣваніе протекало при повышенной t° , умѣренныхъ кишечныхъ расстройствахъ и при явленіяхъ глубокаго угнетенія центральной нервной системы. Со стороны мочи этого больного никакихъ замѣтныхъ отклоненій отъ нормы не наблюдалось, бросались только въ глаза свѣтлая окраска и низкій удѣльный вѣсъ ея, сохранившіеся даже при предсмертномъ уменьшеніи суточного количества мочи.

При вскрытіи были обнаружены значительныя измѣненія со стороны костнаго мозга, значительныя дегенеративныя измѣненія со стороны сердечной мышцы и печени и менѣе выраженные дегенеративныя измѣненія со стороны почек.

Въ слѣдующихъ двухъ случаяхъ (набл. № 77 и № 78) заболѣваніе протекало при явленіяхъ такъ называемаго *аналбу-минурійнаго отека*, въ первомъ случаѣ видимо развившагося на почвѣ токсическихъ вліяній изъ кишечника, а у второго, умѣренного алкоголика, вѣроятно вследствие острого общаго переутомленія и можетъ быть послѣдующаго расстройства инерваціи лимфообращенія. У обоихъ (особенно же въ случаѣ № 78) заболѣваніе протекало при наличности распространенныхъ общихъ отековъ и отличалось очень легкимъ теченіемъ, при полномъ отсутствіи какихъ-либо измѣненій со стороны мочеотдѣленія.

Въ слѣдующемъ случаѣ (набл. № 79) мы наблюдали явленія быстро прогрессирующаго *туберкулезнаго процесса* въ легкихъ, развившагося у молодой женщины вѣроятно подъ вліяніемъ предшествовавшаго хлороза и тяжелыхъ условій жизни.

Заболѣваніе протекало при явленіяхъ такъ называемаго *phthisis floridae* (тектическая лихорадка, проливные поты, быстро прогрессирующій упадокъ питания) и закончилось смертю, наступившей при явленіяхъ сердечной слабости. На вскрытіи, кромѣ распространеннаго туберкулезнаго деструктивнаго процесса въ легкихъ, въ остальныхъ органахъ были найдены умѣренные дегенеративныя измѣненія, выразившіяся слабѣе всего въ почкахъ.

Со стороны мочи, при жизни больной, наблюдалась только олигурия, чаще всего отмѣченная въ дни значительнаго пота.

Наконецъ, въ послѣднемъ случаѣ второй категоріи (набл. № 80), также провѣренномъ вскрытіемъ, мы наблюдали сложную комбинацію патологическихъ явленій, очевидно развившуюся подъ вліяніемъ страданія *центральной нервной системы*. Въ клинической картинѣ заболѣванія съ особенной силой выступали явленія глубокаго упадка питания и цѣлый рядъ патологическихъ явленій со стороны различныхъ органовъ (рвота, поносы, упорная головная боль, жажда, полиурия, угнетеніе салыной и потоотдѣлительной функціи кожи, глубокая апатія), весьма напоминавшихъ ту комбинацію токсическихъ явленій, которую мы такъ часто встрѣчали у нашихъ пациентовъ со скрыто протекающей почечной атрофіей. Однако, за все время наблюденія (1 мѣсяць) мы ни разу не наблюдали *от мочи* этой больной ни бѣлка, ни цилиндровъ, и несмотря на очень высокій діурезъ, артеріальное давленіе всегда опредѣлялось у этой больной въ низкихъ цифрахъ, и размеры лѣваго сердца объективно не представлялись увеличенными. На вскрытіи были обнаружены явленія глубокой атрофіи паренхиматозныхъ органовъ (сердце, печень) и *увеличеніе* такъ называемаго *шишковидной железы мозга (glandula pinealis)*, при полномъ отсутствіи измѣненій со стороны почек. Находилось ли въ данномъ случаѣ заболѣваніе въ связи съ увеличеніемъ упомянутой железы или съ какою-либо другимъ оставшимся для насъ невыясненнымъ (токсическимъ?) страданіемъ нервной системы—рѣшить трудно. Отмѣтимъ все же, что въ литературѣ существуютъ описанія случаевъ подобнаго же теченія, гдѣ при вскрытіи также были обнаружены измѣненія со стороны *glandulae pinealis*.

При *исслѣдованіи выделеній метиленовой сини* въ 4-хъ случаяхъ этой категоріи (набл. №№ 76, 77, 78 и 80), мы наблюдали совершенно нормальныя отношенія, въ остальныхъ же 3-хъ случаяхъ выдѣленіе совершалось съ аномалиями. Послѣднія рѣзче всего выразились въ случаѣ № 74, гдѣ выдѣленіе метилено-

вой сини наблюдалось только в течение 8 часов и совершалось в видъ хромогена, определявшагося в количествѣ слѣдовъ. Очевидно, выделение метиленовой сини в этомъ случаѣ или было неполное, или, можетъ быть, совершалось в формѣ какого-то безвѣстнаго соединения, для открытія котораго мы не знаемъ реактивовъ. Напомнимъ, что моча этого больного обладала значительной способностью возстановлять неизмѣненную синь и что наши попытки открыть присутствіе М или Chr въ жидкихъ испражненияхъ, въ слюнѣ и въ асцитической жидкости этого больного дали отрицательный результатъ. Въ клиническомъ отношеніи этотъ случай отмѣченъ нами выше, какъ случай тяжелаго расстройства компенсаціи сердца у больного съ явлениями поливисцеральнаго склероза (циррозъ печени, миокардитъ) менѣе всего выразившимися въ почкахъ (вскрытіе).

Въ наблюдении № 75, также проведенномъ вскрытіемъ, въ качествѣ аномаліи выделения М. С. отмѣчено умѣренное преобладаніе Chr , при нормальныхъ отношеніяхъ остальныхъ моментовъ выделения. По комбинаціи наблюдавшихся у этого больного патологическихъ явленій этотъ случай весьма близко подходитъ къ предыдущему, съ которымъ онъ обнаружилъ сходство и по найденнымъ на вскрытіи измѣненіямъ, особенно со стороны печени (циррозъ). При изслѣдованіи почекъ этого больного были обнаружены такъ называемыя застойныя явленія и умѣренные дегенеративныя измѣненія со стороны эпителія мочевыхъ канальцевъ. Отмѣтимъ, что и у этихъ двухъ больныхъ, съ значительными измѣненіями печени, мы не наблюдали характерной по Chauffard'у подцилиндричности кривыхъ выделения, такъ же какъ и у разсмотрѣнныхъ нами раньше случаевъ № 34 и № 38 съ такимъ же процессомъ въ печени.

Въ случаѣ № 79 у больной съ явлениями тяжелой туберкулезной инфекціи, въ качествѣ аномаліи выделения метиленовой сини отмѣчено умѣренное увеличеніе продолжительности выделения при отсутствіи явленій, которыя указывали бы на расстройство функціи почекъ, и при обнаруженныхъ на вскрытіи незначительныхъ дегенеративныхъ измѣненіяхъ въ нихъ. Отмѣтимъ, что отношенія остальныхъ моментовъ выделения М. С. въ этомъ случаѣ, также какъ и въ аналогичномъ съ нимъ случаѣ № 69, были определены близкими къ нормѣ.

Такимъ образомъ, сравнивая выделение метиленовой сини у лицъ первой и второй категоріи разсматриваемой группы, можно

замѣтить, что чаще всего оно совершалось по нормальному типу (3 вскрытія) или съ небольшими отклоненіями отъ него (3 вскрытія), отмѣченными у больныхъ второй категоріи почти столько же разъ, сколько и у больныхъ первой категоріи. Далѣе въ тѣхъ случаяхъ обычныхъ категорій, гдѣ указанныя отклоненія наблюдались, трудно установить какое-либо прямое соотношеніе ихъ какъ съ состояніемъ функціи почекъ и тяжестью явленій со стороны общаго состоянія больныхъ, такъ и съ обнаруженными при вскрытіи измѣненіями со стороны почекъ. Укажемъ, напримѣръ, на случай № 68 (скорбутъ) и на случай № 69 (упорный энтеритъ вѣроятно туберкулезнаго происхожденія); у обоихъ наблюдалось значительное преобладаніе Chr , тогда какъ въ первомъ случаѣ альбуминурія наблюдалась только въ продолженіе двухъ дней, при удовлетворительномъ общемъ состояніи и легкомъ теченіи заболевания, а у второго альбуминурія наблюдалась во все время пребыванія его въ больницѣ, при довольно тяжеломъ общемъ состояніи и длительномъ теченіи заболевания. Укажемъ также на случай № 71 (туберкулезъ легкихъ), гдѣ при наличности альбуминурии и крайне тяжеломъ общемъ состояніи преобладанія Chr не наблюдалось вовсе.

Итакъ, наши наблюденія надъ выделеніемъ метиленовой сини у больныхъ VIII группы можно резюмировать слѣдующимъ образомъ:

У больныхъ съ наличностью различнаго рода патологическихъ явленій, сопутствовавшихся однако лишь незначительными расстройствами функціи почекъ или протекавшими вовсе безъ таковыхъ, выделение метиленовой сини совершалось или по типу выделения ея у здоровыхъ людей, или съ незначительными отклоненіями отъ него, не зависящими ни отъ тяжести общаго состоянія, ни отъ различій въ состояніи почекъ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Итак, сравнивая наши наблюдения над выделением метиленовой сини при нормальных отношениях функций почек и при различного рода патологических ее состояниях, нельзя не заметить, как по мере осложнения условий, нарушающих нормальные отношения почечной функции, обнаруживаются и отклонения от нормальных отношений отдельных элементов кривой выделения. Вместе с тем, сравнивая результаты исследования выделения метиленовой сини у больных со сходными и с различными условиями функции почек, нельзя не заметить также, что степень выраженности и количество указанных отклонений, а также постоянство, с какими они наблюдались у больных различных групп и у отдельных лиц одной и той же группы, неодинаковы: одни из указанных отклонений или аномалий выделения выразились в резкой форме и обнаружили значительное постоянство, появляясь только у больных со сходными условиями для функции почек; другие, наоборот, проявили резкую неустойчивость, появляясь с одинаковой силой и частотой у больных с весьма различными состоянием почек и с различной силой и частотой у больных со сходным их состоянием. Среди такого рода несостоящих отклонений мы особенно часто наблюдали преобладание выделения CHr при слабом выделении M . Это тот тип выделения метиленовой сини, который французские авторы называют „раздельным“ (*élimination dissociée*) и который, очевидно, обуславливается неодинаковою у различных лиц способностью возмещать вырванную метиленовую синь в ее безвредное соединение.

Укажем, что при наших исследованиях мы наблюдали эту аномалию в целом ряде случаев отдельных групп. В резкой форме она отмечена нами у 5 лиц второй группы (1 вскрытие, набл. № 10), у 6 лиц третьей группы (1 вскрытие, набл. № 28), у 1 четвертой группы (1 вскрытие, набл. № 36), у 1 пятой группы (1 вскрытие, набл. № 48), в 4-х случаях шестой группы (3 вскрытия, набл. №№ 54, 55 и 56), в 2-х случаях седьмой группы (1 вскрытие, набл. № 64) и в 4-х случаях восьмой группы (1 вскрытие, набл. № 75). Сравнивая эти случаи по состоянию функции почек и по степени наблюдавшихся мочевых аномалий, по тяжести общих явлений и течению заболевания и даже по найденным на вскрытиях патологическим изменениям почек и других органов, мы не можем найти никакого определенного соотношения между наблюдавшимся у них преобладанием выделения хромогена и перчисленными патологическими явлениями. Мы наблюдали, например, эту аномалию в почти одинаковой форме в случае № 68 у больного с ничтожными отклонениями почечной функции (следы белка в течение 2-х дней), с незначительными общими явлениями и легким течением заболевания и в случае № 56 у больного с глубоким нарушением функции почек, с высокой альбуминурией, с крайне тяжелым общим состоянием и течением заболевания. Мы наблюдали ее также в случае № 75, у больного только с ничтожными дегенеративными изменениями в почках и в такой же форме в случае № 28 с значительными дегенеративными изменениями почек и в случаях № 55 и № 56, где помимо дегенеративных изменений наблюдались еще значительные воспалительные и атрофические изменения в почках. Укажем наконец, что мы не наблюдали этой аномалии у целого ряда больных с глубоким нарушением как функционального, так и анатомического состояния почек (см., например, набл. №№ 49, 50, 51, 52 и многия другие).

Сопоставляя все изложенное, не трудно прийти к заключению, что при определенном состоянии функции почек по данным выделения метиленовой сини, определение преобладающей формы выделения ее не может иметь сколько-нибудь серьезного значения. Заключение это имеет известную практическую важность, так как, отрицая значение определения преобладающей формы выделения метиленовой сини, мы тем самым отрицаем и значение опре-

длений отдельных моментов выделения для неизменной снии и для хромогена, ваятых порознь. Отсюда же вытекает и следующее положение, что при определении выделения метиленовой снии нельзя удовлетворяться и придавать значение определению только одной неизменной снии (частая ошибка французских авторов), а необходимо иметь дело со всей суммой выделившейся метиленовой снии (M+Chr), без различия отдельных форм ея. Последнее — очевидно, так как не зная точно причин образования в организм двух конечных форм выделения метиленовой снии не только при различных патологических состояниях, но даже и у здоровых людей, и судя в то же время за выделением лишь одной из этих форм, а не за обоими вместе, мы не будем иметь полного представления о всем ходе выделения и рискуем прийти к выводам сомнительным уже в самой своей основе.

Следующее довольно частое и более стойкое отклонение от нормального типа выделения метиленовой снии, отмеченное у многих лиц, заключалось *из увеличения продолжительности выделения и уменьшения интенсивности общего maximum'a* при нормальных отношениях остальных элементов кривой. Этот тип аномального выделения метиленовой снии отмечен: в слабо-выраженной степени [незначительное увеличение продолжительности (64—72 ч.) и небольшое увеличение общего maximum'a (III—IV)] в 3-х случаях второй группы (набл. №№ 12, 14 и 16), в 2-х случаях третьей группы (набл. №№ 20 и 28 (вскрытие)) и в 2-х случаях четвертой группы (набл. №№ 33 и 35); в более резкой форме [порядочное увеличение продолжительности (74—88—96 ч.) и более заметное понижение интенсивности общего maximum'a (II—III)] этот тип выделения отмечен: в 3-х случаях второй группы (набл. №№ 7, 11 и 18 (3 вскрытия)), в 2-х случаях третьей группы (набл. №№ 19 и 27), в 3-х случаях четвертой группы (набл. №№ 32, 37 и 38 (вскрытие)), во всех 10 случаях пятой группы (№№ 39—48, (2 вскрытия)) в 4-х случаях шестой (набл. №№ 56 (вскрытие), 57, 58 и 59) и в 2-х случаях седьмой группы (набл. №№ 60 и 61 (2 вскрытия)).

Сравнивая эти случаи по отношению к состоянию функций почек, к течению заболевания и к патолого-анатомическим изменениям, найденным при вскрытии, нельзя не заметить, что

в тех случаях, где состояние функций почек представлялось (на основании всей совокупности данных клинического исследования и наблюдения) более нарушенным, и где в зависимости от этого наблюдалось более тяжелое течение заболевания, указанный выше аномальный тип выделения был выражен в более резкой форме. Намечается даже известная градация этих соотношений и притом как в случаях, где наше представление о состоянии функций почек основывалось только на клиническом исследовании и наблюдении, так и в тех 10 случаях, где мы имели возможность дополнить последние патолого-анатомическим исследованием. Укажем, например, на случаи №№ 12, 14 и 16, где наблюдалась небольшая альбуминурия застойного происхождения, быстро исчезающая при наступившем улучшении общего кровообращения, и на случаи №№ 7, 11 и 18, где альбуминурия того же происхождения была выражена в большей степени или обнаружилась, как, например, в случае № 18, большой стойкостью, чем в других случаях. У первых трех продолжительность выделения отмечена незначительно увеличенной и интенсивность общего maximum'a показала немного уменьшенной, тогда как у вторых трех те же аномалии выделения выразились значительно сильнее. Укажем также, что из всех перечисленных случаев, где был отмечен этот аномальный тип выделения метиленовой снии, он с наибольшей силой и с наибольшим постоянством наблюдался у 10 лиц пятой группы, где явления разстройства функций выразились в более резкой форме. Из двух лиц этой группы (набл. №№ 47 и 48), где клиническое наблюдение было проведено вскрытием, этот тип значительно сильнее выразился у первого больного (набл. № 47), у которого степень нарушения как функционального, так и анатомического состояния почек была значительно выше, чем у второго. Напомним также, что у первого больного, находившегося под нашим наблюдением в течение нескольких месяцев, при повторных исследованиях, произведенных в различных периодах наблюдения и при различных состояниях больного, продолжительность выделения была тем больше и интенсивность общего maximum'a тем меньше, чем тяжелее было общее состояние больного и чем сильнее были выражены явления разстройства функций почек. Отметим наконец, что интересующий нас тип выделения сии наблюдался только у больных с явлениями ясно выраженного раз-

стройства функции почек и что мы не наблюдали его ни у 6 лиц первой группы, с нормальными отношениями функций почек, ни у 15 больных восьмой группы (6 вскрытий), с явлениями незначительного расстройства функции почек или без таковых вовсе.

Следующий аномальный тип выделения метиленовой сини, наблюдавшийся нами у целого ряда больных, представляет более сложную комбинацию отклонений от нормального типа. В состав этого типа входят как постоянные элементы: *поздний и очень слабый по интенсивности максимум* (общий и для отдельных форм), *значительно увеличенная продолжительность выделения* (100—120—132 ч.) и *значительное увеличение продолжительности* (устойчивости) *общего maximum'a*, сообщающее своеобразный вид общей кривой выделения (см. стр. 271) и как частый, но не всегда постоянный элемент—*позднее начало выделения*. Этот тип выделения мы наблюдали только у больных с резко выраженными (клинически и анатомически) явлениями почечной атрофии, развившейся или вследствие хронического интерстициального процесса в почках, или при амилоидном перерождении их. Тип этот отмечен нами в 7-ми случаях шестой группы (набл. №№ 49—55) и в 3-х случаях седьмой группы (набл. №№ 63, 64 и 65), причем во всех случаях атрофическое состояние почек было подтверждено вскрытием и микроскопическим исследованием. Напомним, что у всех перечисленных больных наблюдались явления функциональной недостаточности почек, в целом ряде случаев протекавших в маскированной форме, в виде так называемого скрытого нефрита.

Укажем, например, на наши наблюдения №№ 49, 50, 51, 55, 63, 64 и особенно на наблюдение № 52, где только путем самого тщательного изучения прошлого больных и анализа всей суммы наблюдавшихся у них патологических явлений можно было прийти к заключению о высокой степени расстройства у них функции почек и безнадежном состоянии. Отметим также, что в ряде случаев мы наблюдали указанный выше тип выделения метиленовой сини задолго до смертельного исхода (почти за 1 месяц в случаях № 51, за 1½ месяца в случаях № 64, за 3 месяца в случаях № 52 и за 18 месяцев в случаях № 55) и нередко в таких случаях, где соответствующий режим и терапия оказывали еще суще-

ственную помощь больным. Напомним также, что в случаях № 80, где комбинация патологических явлений заболевания нарушила разительное сходство с таковою же у только-что рассмотренных больных, выделение метиленовой сини совершалось по нормальному типу, и при вскрытии почки оказались наиболее хорошо сохранившимися органами.

Принимая во внимание то постоянство, с которым наблюдался этот тип выделения метиленовой сини во всех случаях, где при вскрытии были обнаружены значительные атрофические изменения в почках, а также и то обстоятельство, что мы не наблюдали его в целом ряде других, случаев, нередко противоречивых вскрытием, можно прийти к заключению, что он действительно может служить довольно верным показателем глубокого нарушения анатомического состояния почек.

Из более редких аномалий выделения метиленовой сини укажем на отмеченное в 2-х случаях (набл. №№ 69 и 79) умеренное увеличение только одной продолжительности выделения при нормальных отношениях остальных элементов кривой, причем в одном из этих случаев (набл. № 79) при вскрытии почки оказались почти неизменными.

В качестве еще более редкой аномалии укажем на наблюдавшееся нами только у одного больного (набл. 74) очень неполное выделение метиленовой сини, причем на вскрытии были обнаружены незначительный интерстициальный и умеренный дегенеративный процесс в почках.

Укажем также, что неправильную (полициклическую) кривую общего выделения мы наблюдали только в 1 случае (набл. № 70), у больного с явлениями переходящего расстройства функции почек, и что не наблюдали ее в 4-х случаях противоречивого вскрытием цирроза печени.

Основываясь на изложенном фактическом материале, считаем возможным сделать следующие заключения.

1) Пользуясь определенным выделением метиленовой сини мочой, как методом исследования функции почек, необходимо соблюдать следующие условия:

а) пользоваться *одной и той же маркой* этой краски, предварительно установив норму выделения ее у лиц с нормальными отношениями функций почек;

б) определение: начала выделения, интенсивности общего maximum'a ($M + Chr$), степени устойчивости его, продолжитель-

ности и общей кривой выделения дает наиболее полное представление о всем ходе выделения метиленовой сини, причем

с) определение каждого момента выделения для неизменной сини и для хромогена отдалено не существенно.

2) При исследовании выделения метиленовой сини у 80 лиц с различным состоянием функции почек наблюдалось:

а) у лиц с *нормальной функцией почек* выделение метиленовой сини (Grübler'a) характеризуется следующими моментами: начало выделения наступает в течение первого полу-часа, maximum через 2—3 ч., продолжительность выделения $\approx 54—60$ ч., кривая выделения—правильная циклическая, интенсивность общего maximum'a $\approx IV—III$;

б) у больных с явлениями расстройства функции почек вследствие *нарушения общего кровообращения* („застойная почка“) выделение метиленовой сини совершалось или по типу выделения ее у вполне здоровых людей, или с небольшими отклонениями, чаще всего выразившимися преобладанием выделения хромогена, при слабом выделении неизменной сини.

с) у больных с клиническими явлениями *острого паренхиматозного нефрита*, при умеренно-выраженных явлениях расстройства функции почек и при легком течении заболевания, выделение метиленовой сини совершалось по нормальному типу или с незначительными отклонениями в вид преобладания выделения хромогена; при более тяжелых явлениях расстройства функции почек наблюдалось небольшое уменьшение интенсивности общего maximum'a и небольшое увеличение продолжительности выделения метиленовой сини;

д) у больных с явлениями *острого геморрагического нефрита*, развивающегося первично, выделение метиленовой сини совершалось по типу, близкому к норме или с незначительным увеличением продолжительности выделения; у больных с явлениями *острого геморрагического нефрита*, присоединившегося к хроническому процессу, наблюдалось умеренное увеличение продолжительности выделения;

е) у больных с явлениями хронического страдания почек типа *хронического паренхиматозного нефрита* наблюдалось уменьшение интенсивности общего maximum'a и увеличение продолжительности выделения метиленовой сини, причем у большинства обь аномалии были выражены тем сильнее, чем тяжелее было течение заболевания;

г) у больных с явлениями глубокого расстройства функций почек и с найденными на вскрытии значительными *атрофическими* изменениями в почках, развившимися вследствие *хронического интерстициального нефрита*, наблюдалось: позднее начало выделения (после первого часа), поздний maximum (после 3-го часа), значительное уменьшение интенсивности общего maximum'a (I—следы) и значительное увеличение продолжительности выделения (100—120—132 ч.); при том же процессе с небольшой степенью нарушения функции почек наблюдалось небольшое увеличение продолжительности выделения и небольшое уменьшение интенсивности общего maximum'a;

з) у больных с явлениями хронического расстройства функции почек, протекавшего при наличии распространенного *амилоидного процесса* в органах, наблюдалось увеличение продолжительности выделения и уменьшение интенсивности общего maximum'a метиленовой сини тем рѣзче, чем сильнее была степень функциональной недостаточности почек и тем выше была степень атрофических изменений в почках. Сам по себе амилоидный процесс не обнаруживал определенного соотношения с выделением метиленовой сини;

и) у больных с наличием *различного рода патологических явлений*, сопутствовавшихся, однако, лишь незначительными расстройствами функции почек или протекавшими вовсе без таковых, выделение метиленовой сини совершалось или по нормальному типу, или с незначительными отклонениями, не зависшими ни от тяжести общего состояния, ни от разницы в состоянии почек.

3) Среди различных комбинаций аномального выделения метиленовой сини комбинация позднего и слабого общего maximum'a выделения, значительного увеличения продолжительности выделения и значительной стойкости (продолжительности) общего maximum'a представляется наиболее ярким показателем глубокого нарушения анатомического, гесп. атрофического состояния почек (ограничение выделительной поверхности).

4) Этими положениями определяется *диагностическое и прогностическое значение метода*.

Нам остается теперь сделать попытку осветить вопрос, в каком смысле выделительная метиленовой сини может служить показателем анатомической или функциональной достаточности почек. Для уяснения себя этих теоретически и практически важных отношений, постараемся предварительно установить основные понятия вопроса об анатомической и функциональной почечной достаточности.

Функция почек, как и всякая другая функция организма, имеет свой объект, подвергающийся значительным физиологическим и патологическим колебаниям. При уменьшении выделительной поверхности функции почек удерживается в достаточном объеме или повышенной деятельностью ее секреторного аппарата (резервными, запасными силами органа), или компенсаторным взаимодействием других органов (выделительная деятельность кожи, слизистых оболочек, сердца и т. д.). Таким образом анатомическая недостаточность почки не совпадает с функциональной. Печка может пострадать анатомически, сохраняя свою физиологическую достаточность. Только при переходе из известного предела сужения выделительной поверхности, почка дѣлается абсолютно недостаточной, т.-е. анатомическая недостаточность безусловно сопровождается функциональной. В противном случае мы имѣем дѣло со скрытым страданіем почек, долгое время вовсе не обнаруживающимся или обнаруживающимся только временно. Особенно легко скрывается ограничение функций почек при наступлении так называемой *vita minima* (уменьшение питания и упадок других жизненных функций).

Наглядным образом таких состояний может, напр., служить случай больной Д.-ой, дважды наблюдавшейся въ клиникѣ. Въ первое наблюдение, при явлениях атрофического гастрита и подозрѣній на рак желудка, при чем общее питание и равновѣсие сохранялись удовлетворительно, преобладали явления, указывавшія на атрофическую почку; во второе наблюдение, через 8 месяцев, при резко развившейся раковой опухолі *сигмае minoris* и *partis pylorici* и *кахекии*, эти явления почти совершенно отпали на задній планъ. вскрытіе обнаружало тифическія, атрофическія сморщенные почки. Очевидно атрофированная почка являлась болѣе достаточной въ періодъ голоданія и упадка, чѣмъ въ періодъ сохраненія известнаго общаго равновѣсія. См. также наше наблюдение № 53.

Обратно, анатомически достаточная почка может явиться недостаточной функционально, напр. въ известныхъ токсическихъ состояніяхъ, когда она оказывается безсильной для освобожденія организма отъ патологическихъ продуктовъ.

Вопросъ о функциональной недостаточности почки является,

такимъ образомъ, тѣсно связаннымъ съ вопросомъ о состояніи ряда другихъ функций организма и о достаточности различныхъ компенсаторныхъ приборовъ; поэтому онъ отличается, съ клинической точки зрѣнія, чрезвычайною сложностью и выясняется главнымъ образомъ путемъ тщательнаго выясненія возможно точно установленныхъ клиническихъ данныхъ. Является, поэтому, въ высшей степени важнымъ составить себѣ представленіе объ анатомической достаточности почекъ.

При оцѣнкѣ анатомической достаточности почекъ мы можемъ судить:

А. По продуктамъ, задерживающимся въ циркуляціи (resp. не подвергшимся почечной переработкѣ и выведенію):

1. *Клиническія явленія аутоинтоксикаціи.* Явленія общія, по преимуществу со стороны нервной системы. Оцѣнивая ихъ, нѣ трудно отличить отъ токсическихъ явленій при расстройствѣ другихъ функций, а также необходимо принять въ расчетъ индивидуальную восприимчивость нервной системы. Известно, какое сходство симптомовъ наблюдается при аутоинтоксикаціяхъ различнаго происхожденія (уремическая, диабетическая, раковая кома и т. п.). Доказательствомъ того, какъ легко могутъ имитировать недостаточность почекъ токсическія состоянія совершенно иного происхожденія, можетъ, по нашему мнѣнію, служить нашъ въ высшей степени поучительный случай № 80. См. также наблюд. № 56.

2. *Определение криоскопичности и токсичности крови* также обнаруживаетъ, по нашему мнѣнію, слабые стороны. Этимъ путемъ мы можемъ пытаться судить о присутствіи въ кровообращеніи патологическихъ продуктовъ, а не о происхожденіи послѣднихъ (припомнимъ, что и анатомически достаточная почка можетъ не компенсировать расстройство функций другихъ органовъ).

Б. По почечному секрету.

1. *Составная часть мочи; качественный и количественный анализъ.* Этотъ путь создаетъ чрезвычайныя затрудненія. Чтобы придти къ сколько-нибудь надежнымъ выводамъ, необходимо знать количественныя отношенія не только выделенія тѣхъ или иныхъ веществъ, но и ихъ образованія и задержки; необходимо принять во вниманіе выделеніе ихъ, кромѣ почки, другими путями. Только полное изслѣдованіе объема можетъ дать солидные выводы.

Необходимо еще замѣтить, что моментъ образованія продук-

товъ, при ихъ непрерывной циркуляціи, совершенно ускользаютъ отъ наблюденія.

б) *Токсичность мочи*, представляющая въ сущности очень неточную реакцію, состоящую въ наблюденіи грубого вліянія, какое конечные продукты сложныхъ комбинацій одного вида организма оказываютъ на другой.

2. *Изученіе выделенія веществъ, чуждыхъ организму.* Преимущество этого способа заключается въ точномъ знаніи момента введенія вещества въ циркуляцію и въ относительной простотѣ опредѣленія его въ мочѣ. При количественномъ опредѣленіи введеннаго вещества въ мочѣ способъ уподобился бы крайне упрощенной формѣ изслѣдованія объема. При этомъ слѣдуетъ, конечно, принять въ соображеніе возможность измѣненія вводимого вещества въ организмъ, а также теоретическое возраженіе Lérine'a о различной проходимости почекъ для различныхъ веществъ.

Теперь, прилагая только-что приведенныя соображенія къ изученной нами выдѣляемости метиленовой сини, мы можемъ сдѣлать слѣдующую *оцѣнку метода*, опредѣляющую его положеніе среди другихъ способовъ изученія функціи почекъ.

Изучавшійся нами методъ соединится съ точнымъ знаніемъ момента введенія вещества въ циркуляцію. Извѣстныя колебанія содержанія лимфы въ тканѣ не имѣютъ, какъ мы видѣли, существеннаго значенія. Метиленовая синь, кровообращаясь въ теченіе ряда часовъ въ кровѣ и тканяхъ, выдѣляется почками изъ организма. Наши изслѣдованія не дали указаній относительно выдѣленія ея другими органами; въ тканяхъ организма она, вѣроятно, подвергается измѣненіямъ и не возможно, что, кромѣ хромогена, переходитъ въ другіе, ускользающіе отъ наблюденія продукты (ср. набл. № 74). Тѣмъ болѣе необходимо поэтому, для полученія сравнимыхъ результатовъ, пользоваться одною формою вещества, какъ мы и поступали по отношенію къ сини Grüber'a.

Второе необходимое требованіе — тщательное клиническое знакомство съ характеромъ выдѣляемости вещества. Для установки извѣстной законности или типичности явленія. Этому требованію мы и старались, по мѣрѣ силъ, удовлетворить въ настоящей работѣ.

Считаясь съ выводами этой работы, мы приходимъ къ заключенію:

1) *Существуетъ опредѣленный нормальный типъ выдѣляемости метиленовой сини и отклоненія.*

2) *При ограниченіи выдѣлительной поверхности почекъ* (чистая атрофія) наблюдаются понятное замедленіе проходимости и слабая концентрація сини. Оказывается даѣе, что характеръ реакціи не совпадаетъ съ наличностью токсическихъ явленій; напомнимъ случай 64, гдѣ аутоинтоксикація колебалась въ очевидной зависимости отъ присоединенія кишечныхъ токсиновъ, а ограниченіе выдѣлительной поверхности почекъ оставалось тѣмъ же. Поэтому реакція въ этихъ условіяхъ пріобрѣтаетъ характеръ дѣйствительнаго показателя анатомической недостаточности.

3) *При воспалительныхъ процессахъ почки* (группа III, IV и V) сравнительно малыя отклоненія отъ нормы свидѣтельствуя о достаточной проходимости, которая можетъ быть обусловлена или тѣмъ, что большой железистый аппаратъ допускаетъ нормальное прохожденіе сини, или тѣмъ, что если и есть задержка, то она компенсируется или повышеннымъ кровообращеніемъ въ почкѣ, или здоровымъ участкамъ въ послѣдней.

Однако, въ послѣднемъ случаѣ явились бы условія ограниченія выдѣлительной поверхности. Естественно, поэтому, представить двѣ другія возможности, но тогда появляется какъ бы извѣстное противорѣчіе съ клинической тяжестью процесса. Для разрѣшенія вопроса можно было бы обратиться къ цитированной гипотезѣ Lérine'a о различныхъ коэффициентахъ проходимости почекъ для различныхъ веществъ, или прійти къ неизбежному заключенію, что тяжесть токсическихъ явленій лежитъ не въ одномъ пораженіи почекъ, но, и больше всего, въ той болѣзнетворной причинѣ, которая и для почки является ядомъ.

4) *При расстройствахъ кровообращенія въ почечной ткани* (пассивная гиперемія) отклоненія выдѣляемости метиленовой сини отъ нормы оказываются незначительными, такъ что приходится согласиться съ выводомъ, что затрудненія кровообращенія, въ извѣстныхъ предѣлахъ, не сопровождаются грубымъ нарушеніемъ проходимости почекъ.

Такимъ образомъ, по нашему мнѣнію, методъ изученія выдѣляемости метиленовой сини занимаетъ точное и законное положеніе діагностическаго метода для показанія анатомической достаточности почки или ея „проходимости“. Только необходимо оговориться, что „проходимость“ почки не есть понятіе равнозна-

чушее съ ея здоровьемъ, а тѣмъ болѣе съ отсутствіемъ въ организмѣ задержки патологическихъ продуктовъ. Патологія богата примѣрами такой задержки безъ всякой зависимости отъ анатомической недостаточности почекъ.

Заканчивая свой трудъ, я счастливъ выразить сердечную признательность глубокоуважаемому профессору Михаилу Матвѣевичу Волкову за предложенную тему, за постоянныя участіе и помощь при выполненіи мною работы, а также за теплыя отношенія и за неоцѣнимое руководство моими занятіями въ клиникѣ и въ больницахъ, начиная съ первыхъ дней моей врачебной дѣятельности.

Приношу свою искреннюю благодарность глубокоуважаемому прозектору С.-Петербургской городской Александровской больницы Евгенію Августовичу Пастору за руководство и прозектору С.-Петербургской городской больницы Св. Маріи Магдалины Георгію Степановичу Кулеша за помощь при обработкѣ патолого-анатомической части работы.

Главнаго врача С.-Петербургской городской больницы Св. Маріи Магдалины глубокоуважаемаго Николая Ивановича Черныева благодарю за добрыя отношенія.

Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю признательность глубокоуважаемымъ Маріи Карловнѣ Эрнротъ и Александру Ивановичу Мерцу за офтальмокопическія изслѣдованія моихъ больныхъ.

Сердечное спасибо всемъ товарищамъ по клиникѣ и больницамъ за добрыя отношенія при совѣстной работѣ.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Achard et Castaigne. Diagnostic de la perméabilité rénale. Soc. méd. des Hôp. 30 avril 1897.
- 2) Они же. Sur l'application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale. Soc. méd. des Hôp. 17 juin et 30 juillet 1897.
- 3) Они же. Décoloration du bleu de méthylène par les éléments vivants. Soc. Biol. 18 décembre 1897.
- 4) Они же. La perméabilité rénale et la composition des urines dans la congestion d'origine cardiaque et dans le mal de Bright. Soc. méd. Hôp. 14 janvier 1898.
- 5) Они же. Sur l'élimination du bleu de méthylène. Soc. biol. 23 avril 1898.
- 6) Они же. L'élimination prolongée du bleu de méthylène dans l'imperméabilité rénale. Soc. méd. des Hôp. 24 fevr. 1899.
- 7) Achard et Clerc. La durée et les taux d'élimination du bleu de méthylène. Soc. méd. des Hôp. 2 fevr. 1900.
- 8) Achard et Delamare. Glycosurie phloridzique et exploration des fonctions rénales. Soc. méd. 28 janvier 1899 et Soc. méd. des Hôp. 7 avril 1899.
- 9) Они же. L'exploration clinique des fonctions rénales par la glycosurie phloridzique. Soc. méd. des Hôp. avril 13, 1899.
- 10) Achard et Weil. Imperméabilité rénale et hyperglycémie dans le diabète. Soc. méd. des Hôp. janvier 1898.
- 11) Albarran et Bernard. La perméabilité rénale étudiée par le procédé du bleu de méthylène dans les affections chirurgicales des reins.
- 12) Althen. Emploi du bleu de méthylène dans les affections tuberculeuses. Nouv. Rem. 1892.
- 13) Richard d'Aulnay. Bleu de méthylène comme traitement dans différentes maladies infectieuses. Bull. gén. de thérapeutique. 1893.
- 14) Assfalg K. Die Verwendung des Methylenblau zur Prüfung der Nierenfunktionen. Zeitschr. f. klin. Med. XLIV, 226.
- 15) Baduel. Riforma med. X 182, 1894.

16) J. Baylac et J. Pérès. Note sur le diagnostic de la perméabilité rénale par l'emploi du bleu de méthylène. Soc. méd. des Hôp. de Paris, séance du 24 juillet 1897.

17) Bar, Menu et Mercier. De la perméabilité rénale au bleu de méthylène à la fin de la grossesse normale, dans l'albuminurie gravidique et dans l'éclampsie. Séance Soc. d'obstétrique de Paris 9 mars 1898. La Presse méd. 19 mars 1898.

18) Bard. De l'excès de perméabilité rénale dans les néphrites épithéliales. Gaz. heb. 1897 27 mai.

19) Bard et Bonnet. Recherches et considérations cliniques sur les différences de perméabilité rénale dans les diverses espèces de néphrites. Arch. génér. de méd., 1898 n° 2, 3, 4.

20) Bazy. Diagnostic des lésions dites chirurgicales du rein. Rev. de gynécologie, 1898, n° 2.

21) De Beauvais. Comptes-rendus de l'Acad. de méd. 1858.

22) Bernard, L. Les fonctions du rein dans néphrites chroniques, 1900.

23) Bernthsen. Органическая химия. Изд. 2-е. СПб. 1896

24) Bourdette. De l'iodoforme et de l'iodoformisme. Thèse 1893.

25) Bourg. Essai sur le diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène. Thèse 1897.

26) Bruncau, L. Du passage des quelques médicaments dans les urines. Thèse 1880.

27) Bouchard. Leçons sur les urines faites à l'hôpital de la Charité, Цатур. по Lafay (ex. № 64).

28) Castaigne. Revue générale. Diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène. Gaz. des Hôp. 11 juin 1897. 617—626.

29) Charrin. Soc. de Biologie, séance 5 mars 1898.

30) Chauffard. La perméabilité rénale au cours des icères infectieux. Presse méd. 8 janvier 1898.

31) Chauffard et Castaigne. Valeur sémiologique de l'épreuve par le bleu méthylène chez les hépatiques. Soc. méd. des Hôp., 22 avril 1898.

32) Chauffard et Cavausse. Contrib. à l'étude de la perméabilité rénale chez les hépatiques. Presse méd. 12 mars 1898.

33) Chauvet. Du danger des médicaments actifs dans les cas des lésions rénales. Thèse 1877.

34) Chopin, m-lle. Elimination de l'acide salicylique suivant les divers états des reins. Thèse 1899.

35) Combemale. Recherches expérimentales et cliniques sur le bleu de méthylène. Bulletin général de thérapeutique, 1891, avril.

Ero же. Sur l'action méthémoglobinisante du bleu de méthylène. Soc. de biologie. 1891 mai.

36) Corlieu. Mémoires d'Académie de méd. de Paris. 1856.

37) Cornil. Mémoires sur les coïncidences du rhumatisme articulaire chronique (Gaz. méd., 1864 NN 36, 38, 39).

38) Czylharz und Donath. Wien. klin. Woch. № 24. 1899.

39) Debove. Nephrite latente chez un saturnique. Presse. Méd. 1901, mai 13.

40) Dériaud. Contrib. à l'étude de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène. Thèse, Paris, 1897.

41) Desprez. Nouv. rech. sur élimin. de l'iod. de potas. par les urines. Thèse 1884.

42) Dessy. Nephrite primitiva da staphyloc. pyogenes albus. Peф. Med. Obozr. 1896 r. № 3.

43) Dickinson. On the pathology and Treatment of Albuminuria. 1868.

44) Donnadieu. Bulletin méd. 1896. № 44.

45) Dyce Duckworth. Urine in healthy and diseased states of the Kidney (Saint-Bartholomews Hospital Reports. T. III, 1867).

46) Dufour. Note sur l'élimination du bleu de méthylène. Soc. Biol., 2 juillet 1898.

47) Dufour et Roques de Fursac. Note sur l'élimination polycyclique du bleu de méthylène par rapport à la masse des produits solubles de l'urine. Soc. Anatom., 6 mai 1898.

48) Engel. Experimentelle Untersuchungen über Bacteriurie bei Nephritiden. Deut. Archiv für klin. Med. Октябрь 1895.

49) Féré et Laubry. Société de biologie, Paris 1897.

50) Frenkel, H. Recherches sur la perméabilité rénale chez les personnes atteintes de cataracte sénile. Archives d'ophtalmologie, juillet 1898.

51) Fröhlich, A. Über d. Nachweis v. Traubenzucker im Harnmittels Methylenblau. Ctbl. f. inn. Med. 1898, 89.

52) Gaillard. Du bleu de méthylène et de ses propriétés analgésiques. Soc. méd. des hôp., 1891.

53) Garcia. Цатур. по Chauvet (ex. № 33).

54) Gibert. Recherches de l'état fonctionnel des reins au moyen des injections de bleu de méthylène.

55) Gillet, H. Albuminuries intermittentes des jeunes sujets et perméabilité rénale. Annales de la polyclinique de Paris. Mars 1898, № 3.

56) Goin. L'élimination du bleu méthylène dans l'urine des éclampsiques. Thèse 1898.

57) Le Goff. Sur quelques réactions chromatiques du sang. Thèse de Paris 1897.

58) Golay. Цатур. по Chauvet (ex. № 33).

59) Guenard. Perméabilité rénale des éclampsiques. Thèse 1898.

60) Guilbert. De la goutte et de la maladie gouteuse. Paris. 1820.

61) Guyon et Albarran. Annales des maladies des org. génito-urin., octobre 1897.

62) Hahn. Цатур. по Chauvet (ex. № 33).

63) Гейслер. Къ вопросу о выделении почкой йода. Дасс. 1888.

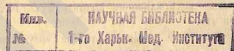
64) Lafay. Etude sur l'élimination urinaire de l'iod. Thèse 1897.

65) Landau. Unters. üb. d. Leitungsfähigkeit d. Nieren m. Hülfe d. Methylenblau Ztschr. f. kl. Med. XLVI, 210.

66) Landouzy et Bernard, L. La nephrite parenchym. chron. des tuberculeux. Presse Méd. 1901, mai 16.

- 67) Lemoine. Врачъ № 11, 1896 r. (Bulletin de l'academie de méd. 18/n).
- 68) Lemoine. Application du procédé de M. M. Achard et Castaigne dans 2 cas de néphrite à caractères cliniques différents. Gaz. heb. 1897, 565.
- 69) Lépine. Sur la perméabilité rénale. Lyon. Méd., 1898, № 8.
- 70) Linossier et Barjon. Influence de la réaction de l'urine sur l'élimination du bleu de méthylène. Soc. Biol., 10 mars 1898.
- 71) Macaigne. Nephrite coli-bacillaire d'origine sanguine. Arch. gén. 1896, 722.
- 72) Mascarelli, G. Contrib. à l'étude de la fonction du rein dans le diabète. Thèse 1898.
- 73) Merklen P. et Martin A. De la polyurie et de l'imperméabilité rénale chez les cardiaques arterioscléreux. Pres. méd., № 24, 1900.
- 74) Михайловъ, М. П. Das Methylenblau in therapeutischer Beziehung. St-Petersburg, med. Woch. 1899, № 23.
- 75) Muggia. Sulla diagnosi della permeabilità renale nei bambini. Gaz. Med. di Torino, Febr. 1898.
- 76) Müller, Deut. Arch. f. kl. Med. t. 63, стр. 130.
- 77) Нефедьевъ, Н. Н. Къ лечению возвратного тифа метиленовой синью. Больн. Газета. 1898.
- 78) Nicolaier. Centr. Bl. f. Bact. XVI, 15 n 16.
- 79) Nietzki. Chemie der organischen Farbstoffe. Berlin. 1889.
- 80) Noë I. La perméabilité rénale et son influence sur l'élimination salivaire. Soc. de biol., 9 février et 6 avril 1895.
- 81) Педенко, А. К. Случай острого геморрагического нефрита съ бактериурией вслѣдъ за зараженной рукой правой кисти. Больнич. Газета Ботк. 1897.
- 82) Pérès. Contr. à l'étude de la perméabilité rénale. Thèse 1897.
- 83) Potocki. Sur la perméabilité rénale chez les éclamptiques. Bull. Méd. № 10, 1898.
- 84) Rayer. Traité des mal. des reins, 1839—1843.
- 85) Rendu. Délire iodique. L'union méd. 1885, p. 909.
- 86) Roberts. Practical treatise on urinary and renal diseases. London. 1865.
- 87) Sicard et Mercier. Passage du bleu de méthylène à travers le placenta. Soc. de Biol. Séance du 12 juillet 1898. La sem. méd. 1898, № 3.
- 88) Spek. Цитир. по Chauvet (см. № 33).
- 89) Straus H. Die chronischen Nierenerkrankungen in ihrer Einwirkung auf die Blutflüssigkeit und deren Behandlung. 1901.
- 90) Straus. Цитир. по Chopin (см. № 34).
- 91) Tigerstedt. Lehrbuch d. Physiologie d. Menschen. 1902, 426.
- 92) Tood. Clinical lecture on certain diseases of urinary organs. London. 1857.
- 93) Troisier. Contrib. à l'étude de la fonction du rein dans le diabète. Thèse 1898.
- 94) Villefosse. Le bleu de méthylène. Thèse 1897.

- 95) Vincent. Recherches sur élimin. de l'iodure de potassium par les urines. Thèse 1883.
- 96) Voisin et Hauser. Remarque sur l'élimination rénale du bleu de méthylène. Gaz. heb., 27 mai, 1897.
- 97) Widal, F. Les fonctions rénales dans les états urémiques. Soc. d. Hôp. 1900, 114.
- 98) Wolff. Цитир. по Lafay (см. № 64).



ПОЛОЖЕНИЯ.

1) Ботриопефальная анемия имѣетъ вѣроятно токенческое происхождение. Токсины вырабатываются или глистой, или развиваются въ кишечникѣ подъ влияніемъ вызываемыхъ глистой разстройствъ функций его.

2) Тщательное изученіе состоянія функций сосудодвигателей кожи у больныхъ съ явленіями рецидивирующаго поліартрита можетъ оказать серьезныя услуги для выработки терапій и мѣръ профилактики этого заболѣванія.

3) Систематическія горячія клизмы (33—35° по R.), принимаемыя въ факультетской терапевтической клиникѣ Женскаго Медицинскаго Института, оказываютъ иногда купирующее влияніе на явленія гематурий и альбуминурий.

4) При лѣченіи больныхъ съ явленіями микседемы, даже въ случаяхъ съ полной атрофіей щитовидной железы необходимо соблюдать большую осторожность въ дозировкѣ какъ фармацевтическихъ препаратовъ щитовидной железы, такъ особенно железъ in substantia.

5) Острый геморрагическій нефритъ наблюдался часто какъ инфекціонное заболѣваніе, развивающееся вслѣдствіе общей или мѣстной инфекціи различными патогенными микроорганизмами.

6) Примѣненіе дефибрированной телячьей крови въ комбинаціи съ мышьякомъ можетъ оказать существенную помощь хлоротичнымъ больнымъ съ явленіями туберкулеза легкихъ.

7) Бактеріологическое изслѣдованіе мочи оказываетъ важныя услуги для полнаго освѣщенія патологическихъ состояній (resp. терапій) не только мочеотдѣлительнаго аппарата, но и общаго.

8) *Cercomonas intestinalis* служитъ частой причиной упорныхъ кишечныхъ разстройствъ, и общее укрѣпляющее лѣченіе является единственнымъ рациональнымъ средствомъ терапій.

CURRICULUM VITAE.

Алексѣй Карповичъ Педенко, сынъ мѣщанина, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ Екатеринославской губерніи въ 1868 г. Среднее образованіе получилъ въ Херсонской гимназіи. Курсъ медицинскихъ наукъ прошелъ въ Императорскомъ Киевскомъ Университетѣ Св. Владимира и въ Императорскомъ Московскомъ Университетѣ, гдѣ окончилъ курсъ въ 1894 г. со степенью лѣкаря и званіемъ уѣзднаго врача. Съ 1894 г. по 1900 г. состоялъ сверхштатнымъ ординаторомъ С.-Петербургской городской больницы Св. Маріи Магдалины. Съ января 1900 г. заведывалъ терапевтическимъ отдѣленіемъ больницы при Общинѣ Св. Евгеніи въ С.-Петербургѣ, а съ сентября того же года состоитъ штатнымъ ассистентомъ факультетской терапевтической клиники Женскаго Медицинскаго Института.

Имѣетъ слѣдующія печатныя работы:

1) Къ казуистикѣ происхожденія внутрисердечныхъ шумовъ. Больничная Газета Боткина 1895 г.

2) Случай остраго геморрагическаго нефрита послѣ зараженіи раны ручной кисти. Больн. Газета 1896 г.

3) Случай стрептококковой септицеміи, лѣченный антистрептококковой сывороткой. Больн. Газета 1897 г.

4) Къ клиникѣ бактеріурій. Больн. Газета 1899 г.

5) Къ вопросу о выдѣленіи метиленовой сини какъ діагностической и прогностической реакціи при различныхъ формахъ нефрита. Предварительное сообщеніе. Больн. Газета 1899 г.

6) Случай микседемы. Больн. Газета 1900 г.

Настоящую работу подъ заглавіемъ: „Выделяемость метиленовой сини мочей, какъ методъ изслѣдованія функций почекъ“ представляетъ для соисканія степени доктора медицины.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Введение	1
Глава I. Обзор литературы метода	5
Глава II. О метиленовой сини по литературным данным и собственным наблюдениям	43
Глава III. Техника исследования и постановка наблюдений	60

Наблюдения и их анализ.

Группа I. Нормальные отношения функций почек	71
Группа II. „Застойная почка“	82
Группа III. „Острый паренхиматозный нефрит“	121
Группа IV. „Острый геморрагический нефрит“	147
Группа V. „Хронический паренхиматозный нефрит“	179
Группа VI. „Хронический интерстициальный (атрофический) нефрит“	213
Группа VII. „Амилоидная почка“	277
Группа VIII. Влияние кр. крови на отношения „функции почек при разнообразных патологических комбинациях“	314
Заключение	353