

6/6.1
17-27

Серия докторских диссертаций, допущенных къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ
1912—1913 учебномъ году.

7 - ноя 2012

№ 7. 33

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медичн. Інст.
№ 5845
Шифр

**КЛИНИЧЕСКІЯ НАБЛЮДЕНІЯ НАДЪ СООТНОШЕНІЕМЪ
МЕЖДУ СТАЗОМЪ И ВЕНОЗНЫМЪ ДАВЛЕНІЕМЪ.**

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Б. К. Персіянинова.

Изъ диагностической клиники внутрѣшнихъ болезней академика М. В.
Яновскаго.

Цензорами диссертации по порученію Конференціи были: академикъ
М. В. Яновскій, профессоры А. П. Фавицкій и приватъ-доцентъ
Д. О. Крыловъ.

3682
1344

ПРОВЕРЕНО

Библиотека Физ.
Харк. Г-го Инст. Медиц.
Мат. кн. № 1623
Шифр. кн. 71124
Шифр. кн. 24

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№ 3682 1-го Харьк. Мед. Института

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія И. В. Леонтьева, Басковъ пер., д. № 4.
1912.

Перепечатано
1966 г.

3682

1900
Переучет-60

7 - НОЯ 1912

Докторскую диссертацию врача *В. К. Персильникова* под заглавием «Клиническа наблюдѣнія надъ соотношеніемъ между стазомъ и венознымъ давленіемъ» печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ военно-медицинскую академію 500 экземпляровъ самой диссертации и 300 экземпляровъ краткаго резюме ея (выводовъ), при чемъ 175 экземпляровъ диссертации и выводы должны быть доставлены въ канцелярію академіи, а остальные 325 экз. диссертации—въ библіотеку академіи.

С.-Петербургъ, 2 Октября 1912 года.

Ученый секретарь, профессоръ *М. Ильичъ*.

Многочисленными работами вышедшими въ послѣдніе 10 лѣтъ изъ клиники проф. *М. В. Яновскаго* (проф. *Яновскій*, *Сасапарель*, *Цыпляевъ*, *Колосовъ*, *Држевецкій*, *Алексѣевъ*, *Ивановъ*, *Крыловъ*, *Гранстремъ*, *Варыпаевъ*, *Игнатовскій*, *Божовскій*, *Дьяковъ*, *Туркія*, *Соколовскій*, *Пунинъ*) доказывается, что въ передвиженіи крови играетъ роль не только сердце, но и периферическая сосудистая система, которая на всемъ своемъ пути, начиная отъ крупныхъ артеріальныхъ стволовъ и кончая капиллярами, принимаетъ участіе въ этомъ процессѣ. Изъ всѣхъ перечисленныхъ авторовъ большинство обращало вниманіе исключительно на артеріальную систему и только нѣкоторые (*Божовскій*, *Цыпляевъ*) производили измѣренія кровяного давленія въ венахъ при обычныхъ условіяхъ клиническаго наблюденія венознаго тока; эти авторы, измѣрившіе венозное давленіе, получили неопредѣленные результаты, а потому и не придавали ему большого значенія.

Вообще до сихъ поръ изученіе кровяного давленія въ венахъ значительно отстало по сравненію съ артеріями.

Если мы заглянемъ въ любой учебникъ по физиологій, даже изъ наиболѣе пространныхъ, то увидимъ, что въ то время, какъ артеріямъ посвящаются цѣлыя главы, венамъ удѣляются лишь немногія страницы. Изъ физиологій извѣстно, что нормально давленіе въ венахъ невысоко и очень измѣнчиво; въ крупныхъ венахъ оно

равно $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$ части давления в соответствующей артерии; так в v. brachialis доходит до +4,1 mm. Hg, а в v. sigularis до +11,4 mm. Hg. По способу Яновского Цыпляева давление в венах равно 2—8 mm. ртутн, как доказано многими клиническими наблюдениями. В венах ближайших к сердцу давление может стать даже отрицательным, т. е. кровь в эти вены присасывается. Что касается скорости кровяного тока в венах, она увеличивается по направлению от капилляров к сердцу в силу постепенного сужения венозного конуса (Гедонъ).

Что вены не пассивны трубки, но играют большую роль в регулировании кровообращения, это можно заключить а priori, зная их анатомическое устройство: строение вен представляет в существенных чертах аналогю с артериями: онъ состоит также из 3 оболочек: внутренней — tunica intima, средней — tunica media, и наружной tunica adventitia. Внутренняя оболочка, intima, состоит из эндотелиального слоя и эластических элементов и лежит на средней оболочкѣ, media. Последняя состоит из продольно расположенных волокнистых пучков, болѣе крѣпких и менѣе хрупких, чѣм в артериях, и из кольцевидных волокон, снабженных относительно малым количеством гладких мышечных нитей (развитых значительно слабѣе, чѣм в артериях). Наружная оболочка — adventitia — состоит из рыхлой клетчатой ткани. В общемъ, стѣнка вены обыкновенно втрое или вчетверо тоньше стѣнки артерий соответственнаго калибра. Съ увеличеніем просвѣта и утолщеніем стѣнокъ, в артериях утолщается средняя оболочка, в венах наружная.

Стѣнки мельчайших венъ состоятъ лишь из внутреннего эндотелиального покрова со слоемъ Мауегга и простой наружной оболочки. Иногда, впрочемъ, структура мелких венъ соответствуетъ структурѣ артерійальных стѣнокъ; в венах, однако, упругая перепонка

подъ эпителиемъ и мышечныхъ круговыхъ элементовъ меньше. В венахъ среднего и большаго калибра гладкія мышечныя волокна заложены въ видѣ продольныхъ пучковъ во внутреннихъ слояхъ наружной оболочкѣ.

Анатомическою особенностью венъ являются такъ называемыя венозныя заслонки (valvulae venarum). Внутренняя оболочка образуетъ полулунныя складки на подобіе valvulae semilunares сердца. Заслонки эти, обыкновенно по двѣ, расположены или на продолженіи сосуда или же въ мѣстахъ впаденія одной вены въ другую. Направление заслонокъ таково, что позволяютъ крови двигаться только по направлению къ сердцу. Главнымъ образомъ заслонками снабжены вены такихъ частей, на долю которыхъ выпадаетъ наибольшая активная подвижность, слѣд. преимущественно вены конечностей.

Вены представляются болѣе широкими, нежели артеріи, благодаря чему и емкость венозной системы значительно больше. Равнымъ образомъ вены превышаютъ артеріи и въ численномъ отношеніи въ виду того, что артеріи конечностей и туловища сопровождаются каждая двумя венами. Независимо отъ этого на поверхности тѣла раскинута самостоятельная сеть венозныхъ сосудовъ, а кромѣ того во всѣхъ областяхъ, гдѣ вены не слѣдуютъ ходу артерій, первая многочисленнѣе послѣднихъ (Sappey-анатомія).

Смотря по положенію вены различаются трехъ родовъ: поверхностныя или подкожныя v. v. Superficiales. s. subcutaneae; глубокія — v. v. profundae s. comites arteriarum и внутренностныя v. v. viscerales. Поверхностныя вены не имѣютъ отношенія къ артеріямъ и заложены въ видѣ болѣе или менѣе густой сѣти въ толщѣ кожи въ жировой ея клетчаткѣ.

Отличаясь значительною измѣчивостію въ своемъ началѣ и ходѣ, поверхностныя вены довольно постоянны относительно мѣста впаденія ихъ въ глубокія вены. Под-

кожные вены анастомозируют не только съ глубокими, но даже внутренними и способствуют такимъ образомъ восстановленію окольнаго кровообращенія при затрудненіи оттока крови изъ венъ, расположенныхъ въ глубинѣ.

Физическая растяжимость венъ больше, а сила сократительности меньше, чѣмъ въ артеріяхъ. При дѣйствіи вѣнннхъ раздраженій, правда, наступаетъ сокращеніе венознаго канала; опытами Tidemann'a* и Braus'a* и мног. друг. доказано, что холодъ, механическое раздраженіе и гальванической токъ производятъ суженіевенъ; такое же дѣйствіе вызываютъ извѣстные химическіе агенты, напримѣръ скипидаръ (Hastings*), сѣрная кислота (Meix*), спиртъ, ѣдкое кали и т. п. Но вызванныя этими способами сокращенія происходятъ медленнѣе, чѣмъ при раздраженіи артерій, и никогда не достигаютъ такой сильной степени, какъ въ послѣднихъ.

Венозная система болѣе или менѣе развита также у беспозвоночныхъ, не говоря уже о низшихъ позвоночныхъ, гдѣ она приближается по своему развитію къ строенію таковой у зародыша человѣка. Такъ у многихъ изъ беспозвоночныхъ мы находимъ особая пульсирующія расширенія—венозные сердца, служащія для передвиженія венозной крови, таковы венозные сердца головоногихъ (cephalopoda) лежачія передъ ихъ жабрами.

У рукокрылыхъ вены принимаютъ активное участіе въ передвиженіи крови (В. Л. Яновскій).

Извѣстны единичные случаи изъ наблюденій надъ людьми, въ которыхъ можно было доказать сокращенія венъ, принимающія участіе въ передвиженіи крови (Schleisinger). Въ пользу этого говорятъ также новѣйшія работы D. Gerhardt'a и Matthes'a доказывающія, что вѣтъ основаній предполагать, чтобы сердце своимъ присасываніемъ помогало крупнымъ венамъ опорожнять кровь, въ нихъ заключающуюся; слѣдовательно весьма вѣроятно, что

даже крупныя вены исполняютъ эту функцію при извѣстномъ активномъ участіи своей мышечной оболочки.

Проф. М. В. Яновскій, изучая всесторонне роль периферическихъ сосудовъ въ кровообращеніи, воспользовался для этой цѣли въ послѣднее время застойными сосудистыми явленіями, именно вызывался застой сдавленіемъ венъ плеча манжеткой аппарата Riva-Rocci.

Желая выяснитъ участіе венозной системы въ процессѣ кровообращенія, профессоръ поручилъ мнѣ заняться выясненіемъ вопроса, какимъ образомъ реагируетъ кровяное давленіе въ венахъ подъ вліяніемъ застойныхъ явленій, произведенныхъ при различныхъ условіяхъ.

Для этой цѣли мною было произведено исключительно въ клиникѣ проф. Яновскаго 123 наблюденія надъ 56 больными и здоровыми, при чемъ было устроено всего 696 ставовъ на 32 различныхъ цифрахъ, начиная съ 5 мм. ртути въ манометрѣ и кончая 240 мм.

Кровяное давленіе въ плечевой артеріи измѣрялось по принятому въ клиникѣ звуковому методу доктора Короткова, принципъ котораго неоднократно и обстоятельно описывался авторами работъ, вышедшихъ изъ клиники за послѣдніе годы, а потому на описаніи его я не останавливаюсь.

Профессоръ Яновскій явленія, отмѣченныя докторомъ Коротковымъ, объясняетъ слѣдующимъ образомъ. Когда воздухъ изъ прибора выпускается, то наступаетъ моментъ, когда давленіе въ рукавѣ будетъ равно или чуть ниже, нежели въ центральномъ отрѣзкѣ артерій; тогда кровяная волна на высотѣ систолы сердца преодолеваетъ препятствіе, представляемое давленіемъ рукава и растянетъ спавшуюся периферическую часть сосуда. Переходъ его съ вѣнокъ изъ расслабленнаго въ напряженное состояніе

дает тонъ. На манометръ отмѣчается то давление, при которомъ этотъ тонъ появляется и это давление проф. Яновскій называетъ статическимъ систолическимъ.

Тоны слышатся до тѣхъ поръ, пока давление въ рукавъ не понизится настолько, что сосудъ можетъ быть открытъ какъ во время систолы, такъ и во время диастолы. Но благодаря существующему давлению въ рукавъ, сосудъ будетъ суженъ и токъ крови, протекая чрезъ суженную часть сосуда, будетъ давать компрессионный шумъ. Появление фазы шумовъ тоже отмѣчается въ манометръ и соответствуетъ статическому диастолическому давлению. Шумъ смѣняетъ 2-й тонъ.

Во время этой фазы давление въ рукавъ настолько ничтожно, что просвѣтъ артерій подъ рукавомъ остается суженъ только во время диастолы сердца, во время же его систолы сосудъ растягивается совершенно и это растяжение сосуда и даетъ тонъ. Этотъ второй тонъ называется динамическимъ и появление его тоже отмѣчается на манометръ. Появление второго тона соответствуетъ систолическому динамическому давлению, его исчезновение диастолическому динамическому. Отъ этого обычнаго типа Коротковскихъ явленій часто бываютъ отклонения.

Давление крови въ пальцевыхъ артеріяхъ опредѣляется танометромъ Гертнера обычно на указательномъ пальцѣ лѣвой руки.

Что касается измѣренія кровяного давления въ венахъ, то мы до сихъ поръ не располагаемъ достаточно точными способами.

Предложено до сихъ поръ пять методовъ: Frey'a, Gaertner'a, Цицляева-Яновскаго, Recklinghausen'a и Moritz'a. По методу Frey'a сдавливаютъ вену при помощи пелота, нажимаемаго пружиной, давление которой отвѣчаетъ известному количеству граммовъ и наблюдаютъ при какомъ давлении кровь, выжатая изъ вены до ближайшей

заслонки, возвращается въ нее. Приборъ Frey'a во многихъ отношеніяхъ неудобенъ: прежде всего много времени уходитъ на сборку и установку прибора; его можно употреблять только въ горизонтальномъ положеніи руки и приходится дѣлать исчисления, переводить граммы на миллиметры ртути.

Методъ Gaertner'a основанъ на исчисленіи высоты, до которой нужно поднять руку субъекта, чтобы вызвать спадение вены, т. е. чтобы она опорожнилась отъ крови. Въ сидячемъ положеніи это должно имѣть мѣсто на высотѣ прокрѣпленія хряща 5 ребра (В. Л. Яновскій).

Исследование съ приборомъ Цицляева ведется такъ: сжимаютъ резиновымъ пелотомъ опорожненную передъ тѣмъ вену и по водяному манометру отсчитываютъ дѣленіе, при которомъ кровь возвращается въ вену. Цифры, получаемыя въ миллиметрахъ воды на той же скалѣ, переведены на миллиметры ртути. Пелотъ, которымъ сжимаютъ вену, состоитъ изъ 3 секторовъ, сдѣланныхъ изъ плотной, неуступчивой резины, а четвертый секторъ, который кладется на вену и передаетъ ей давление, довольно тонкій и эластичный.

В. Л. Яновскій провѣрилъ названные методы и пришелъ къ заключенію, что дѣлать точные и опредѣленные выводы изъ цифръ, получаемыхъ для давления крови въ венахъ по этимъ способамъ невозможно—во первыхъ потому, что у дѣлаго ряда субъектовъ не было возможности найти годныхъ для исследования венъ, во — вторыхъ, онъ убѣдился, что при склерозѣ венъ производить исследование нельзя, т. к. пелотъ Frey'a постоянно соскальзываетъ съ вены, а при пользованіи методомъ Гертнера трудно опредѣлить конечный моментъ исследования, т. к. у такихъ субъектовъ вена не спадается вполне; въ третьихъ, онъ получалъ разницу въ 5—14 gm, при исследованіи приборомъ Frey'a двухъ венъ на одной и той же высотѣ; въ другихъ же случаяхъ для

вень предплечья, напр. получались цифры болѣе высокія, чѣмъ для вены соответственной кисти. При изслѣдованіи по методу Цыпляева разница между отдѣльными опредѣленіями на одной и той же венѣ достигла 1—4 мм. ртутн.

Способъ Реклингаузена состоитъ въ томъ, что на мѣстѣ, гдѣ хорошо видна наполненная вена, накладывается на кожу плоское резиновое кольцо. Последнее состоитъ изъ кругообразно вырѣзанныхъ тонкихъ резиновыхъ пластинокъ, которыя кругомъ по краямъ склеены одна съ другой. Поверхъ резинового кольца кладется стеклянная пластинка и удерживается параллельно кожной поверхности на возможно меньшемъ разстояніи отъ нея. Въ кольцо проходитъ сбоку резиновая трубка, посредствомъ которой внутренность кольца находится въ соединеніи съ насосомъ и манометромъ. Съ помощью насоса нагнетается воздухъ въ кольцо, и такъ какъ оно вдавлено между кожей съ одной стороны, и стеклянной пластинкой съ другой, то давленіе въ кольцѣ быстро повышается, кожа и непосредственно подъ нею лежащая вена сдавливаются и при томъ съ такой силой, высота которой можетъ быть прочитана на манометрѣ. Способъ оказывается несостоятельнымъ въ томъ случаѣ, если въ области просвѣта вены имѣть глубокую вѣтку, чего нельзя проконтролировать. Наконецъ, 5-й способъ измѣренія венознаго давленія предложенный Moritz'омъ и v. Taborna въ принципѣ таковъ: если связать вену съ трубкой манометра, наполненной физиологическимъ растворомъ, то при соответственно высокомъ уровнѣ жидкости, последняя будетъ до тѣхъ поръ спадать, пока столбикъ жидкости въ манометрѣ не станетъ равнымъ давленію въ венѣ. Если соединить манометръ съ веною посредствомъ провадевской канюли, то произойдетъ то же самое сообщеніе, только слѣдуетъ прибавить къ венозному давленію то сопротивленіе, которое оказываетъ (узость) просвѣтъ ка-

ньюли, величину котораго легко опредѣлить. Изслѣдованіе дѣлалось на vena mediana. Очевидно этотъ способъ опредѣленія венознаго давленія годенъ вполнѣ для экспериментальныхъ наблюденій, въ клиникѣ не примѣнимъ изъ за чисто гуманныхъ соображеній.

Такъ какъ при своихъ наблюденіяхъ я измѣрялъ кровяное давленіе въ венахъ не при обычныхъ условіяхъ клиническаго наблюденія, а при застойныхъ явленіяхъ въ сосудахъ и имѣлъ дѣло съ высокими давленіемъ въ венахъ намного превышавшимъ нормальное, поэтому мнѣ не пришлось воспользоваться ни однимъ изъ описанныхъ методовъ.

Давленіе въ венахъ я измѣрялъ баллономъ сфигмоманометра Потэна, присоединеннымъ къ обыкновенному двухколѣвному ртутному манометру.

Наблюденія свои производилъ слѣд. образомъ: старался по возможности дѣлать ихъ до обѣда изслѣдуемаго больного, чтобы пищевареніе не затемняло картину, отражаясь на кровяномъ давленіи. Всѣ наблюденія произведены исключительно на лѣвой рукѣ въ одной и той же комнатѣ, удаленной отъ палаты больныхъ, приблизительно при одинаковой т° воздуха (около 18—20° R.). Передъ наблюденіемъ считывался пульсъ и дыханіе. Затѣмъ измѣрялось тонометромъ Гертнера кровяное давленіе въ пальцевыхъ артеріяхъ и тотчасъ же въ плечевой по способу Короткова, при чемъ обычно измѣрялось 2—3 раза во избѣжаніе ошибки. Послѣ этого приступалъ къ измѣренію венознаго давленія подъ вліяніемъ застоя, слѣдуя точно указанію проф. Яновскаго. Застой вызывался сдавленіемъ плеча манжеткой аппарата Riva-Rocci накладываемой совершенно такъ, какъ для измѣренія кровяного давленія по Короткову. Давленіе въ манжеткѣ въ разныхъ случаяхъ устанавливалось на разной высотѣ, конечно меньшей, нежели давленіе статическое систолическое. При этомъ вены къ периферіи отъ ман-

жетки набухают, и давление в них повышается. Оно легко может быть измерено: выбирается на предплечье или кисти поверхностная вена без боковых ветвей на протяжении около 3—4 поперечных пальцев с хорошо держащим клапаном. Клапан, впрочем, не необходимо, так как может быть замкнут сжатием вены пальцем. На расстоянии 3—4 сантиметра к периферии от клапана вена сжимается баллоном сфигмоманометра Потана. По направлению к центру, начиная от баллона, кровь из вены выжимается за клапан давлением пальца. Тогда участок вены между баллоном и клапаном спадает, потому что проникновение туда крови с центра мешает клапану, а с периферии баллон. При понижении давления на последний наступает момент, когда венозное давление равно давлению сфигмоманометра. При этом кровь из периферии проникает в спавшийся участок вены, и он моментально набухает. Давление в приборе, соответствующее этому моменту, определяет высоту венозного давления.

Так как моя работа совершенно новая в этой области и я не имел предшественников указанимъ которых могъ бы слѣдовать, поэтому въ началѣ наблюдений у меня не было опредѣленнаго плана, я шелъ такъ сказать оцупью, почему приходилось постоянно варьировать свои опыты. Въ первое время я придерживался ставовъ безъ перерывовъ, т. е. не дѣлалъ отдыха между каждымъ отдѣльнымъ ставомъ, а поднималъ или опускалъ ртуть въ манометрѣ, смотря по типу става, послѣдовательно и постепенно. Въ началѣ работы я установилъ 2 типа ставовъ: восходящій и нисходящій, т. е. при восходящемъ напр. ставилъ на 25 мм. ртутн. затѣмъ поднималъ на 50 мм., послѣ на 75 и т. д.; при нисходящемъ—въ обратномъ порядкѣ.

Въ одно наблюдение обычно производились оба типа ставовъ: начиналъ съ восходящаго, затѣмъ дѣлалъ пе-

рерывъ минутъ на 5 до конца реактивныхъ явленій *) и кончалъ наблюдение нисходящимъ ставомъ—или же наоборотъ: начиналъ нисходящимъ и кончалъ восходящимъ. Этимъ я имѣлъ въ виду выяснитъ, какимъ образомъ венозное давление реагировало на одинаковыя цифры застоя, но когда этотъ застой шелъ въ обратномъ порядкѣ наприимѣръ въ одномъ случаѣ я застой начиналъ съ 25 мм. и съ каждымъ новымъ ставомъ поднимался постепенно до 100 мм. въ другомъ обратный порядокъ: начиналъ со 100 мм. и опускался до 25 мм. Послѣ наблюдения опускалъ ртуть въ манометрѣ до 0 и сейчасъ же дѣлалъ измерение кровяного давления по Короткову и Гертнеру, что называю послѣдовательнымъ периодомъ. Продолжительность каждаго става была неодинакова; (въ среднемъ приблизительно 5 мин., если ставы дѣлались продолжительнѣе — такіе указаны въ таблицахъ) держалъ ставъ на одной цифрѣ до тѣхъ поръ, пока венозное давление доходило до максимальной высоты, послѣ чего обычно начинало падать; maximum венознаго давления я бралъ за показатель при данномъ ставѣ. Продѣлавъ такимъ образомъ надъ довольно большимъ количествомъ большихъ ставовъ на многихъ цифрахъ безъ перерывовъ, я началъ производить наблюдения съ перерывами между ставами, (что указано въ таблицахъ) дѣлая между каждымъ отдѣльнымъ застоемъ отдыхъ по 3—5 м. пока не кончались реактивныя явленія—такъ какъ онѣ рѣзко нарушали венозное давление—и опуская ртуть въ манометрѣ до нуля, и затѣмъ для слѣдующаго става поднимая до нужной мнѣ цифры; при этого рода наблюденияхъ я производилъ какъ и прежде, сразу застой на многихъ цифрахъ. При постановкѣ наблюдений при указанныхъ условіяхъ я наблюдалъ, что при повторныхъ

*) Если прекратить на нѣсколько секундъ застой, то вышето него разнится реактивная артеріальная гипотензія издѣстие расширения междкхъ артерій (проф. Яновскій).

стазахъ съ перерывами венозное давление было сразу послѣ отдыха нѣсколько выше, но за то, по мѣрѣ длительности застоя, оно обычно не поднималось, какъ бывало при стазахъ безъ перерывовъ, а скорѣе даже дѣлалось ниже, такъ что въ концѣ-концовъ цифры венозного давления какъ въ первомъ, такъ и второмъ случаяхъ были приблизительно равныя (объ этомъ у меня упоминается при разборѣ наблюдений каждой группы больныхъ).

Затѣмъ меня заинтересовалъ вопросъ, какъ венозное давление будетъ реагировать на продолжительные во времени стазы на одной какой нибудь цифрѣ, для чего я произвелъ рядъ наблюдений, при чемъ въ каждомъ устраивалъ одинъ или два застоя, но очень продолжительныхъ по $\frac{1}{2}$ часа и болѣе каждый; при этихъ условияхъ неоднократно приходилось прерывать наблюдение изъ за боли, которую испытываемый чувствовалъ въ рукѣ отъ продолжительнаго застоя. Все выше сказанное относится къ наблюдениямъ, когда я производилъ застой на сравнительно большихъ цифрахъ, не менѣе 25 мм. ртутн., но у меня совершенно не было наблюдений съ очень низкими цифрами стаза, необходимо было выяснить, какимъ образомъ венозное давление реагируетъ при незначительныхъ застояхъ, для чего я также произвелъ рядъ наблюдений на очень низкихъ цифрахъ стаза отъ 5 мм. ртутн., при чемъ перерывовъ между каждымъ отдѣльнымъ застоємъ не дѣлалъ; типы стазовъ были какъ и въ началѣ работы, восходящія и нисходящія. Застои на незначительныхъ цифрахъ дали мнѣ интересныя данныя, о чемъ говорю при разборѣ отдѣльныхъ группъ больныхъ.

Меня могутъ упрекнуть въ томъ, что у меня сравнительно много исследованныхъ больныхъ, но мало наблюдений съ каждымъ, особенно съ нефритиками; на это могу сказать слѣд.: мои наблюдения съ застойными яв-

деніями у многихъ больныхъ вызвали весьма неприятныя ощущенія, такъ что неоднократно приходилось въ срединѣ прерывать наблюдение, которое для меня, конечно, пропадало; вообще застои, особенно продолжительные, вещь далеко не безразличная для большинства больныхъ, поэтому приходилось дѣлать свои наблюдения съ больными по большей части въ періодъ улучшения ихъ общаго состоянія, а такъ какъ нефритики попадали къ намъ въ клинику въ большинствѣ случаевъ очень тяжелые, то съ ними не было возможности производить много наблюдений, а довольствоваться однимъ, двумя. Кромѣ того хотѣлось использовать для моихъ наблюдений, сравнительно новыхъ, какъ можно больше больныхъ, чтобы выяснить какимъ образомъ венозное давление реагируетъ на застойныя явленія при различныхъ заболѣваніяхъ.

Наблюдения надъ здоровыми.

Для своихъ наблюдений надъ здоровыми субъектами я воспользовался тремя нижними чинами, укушенными собаками, присланными въ клинику изъ частей для наблюдений и прививокъ. Одинъ изъ исследованныхъ былъ выздоровѣвшій послѣ *angina follicularis* въ легкой степени; наконецъ, остальные 5—хроническіе ревматіки безъ объективныхъ измѣненій въ суставахъ въ большинствѣ случаевъ люди крѣпкаго тѣлосложения съ вполне здоровыми внутренними органами.

М — въ Федоръ Rabies, 22 лѣтъ, нижній чинъ. 27 сентября 1911 г. былъ укушенъ неизвѣстной собакой въ указательный палецъ правой руки. 22 Октября выписался послѣ прививокъ. За время пребыванія въ клиникѣ чувствовалъ себя вполне здоровымъ. Объективно все въ порядкѣ (См. табл. № 1).

Было произведено 3 наблюдения въ 3 дня — всѣ ста-

зы непрерывные. Венозное давление на 2-й день (8)х.) было почти вдвое ниже на соответственных стазах чѣмъ въ 1-й день (2)х.) При восходящемъ стазѣ 4х) оно было близко къ цифрамъ 1-го дня. Отношения венозного давления къ Короткову *mx.*, *min* и Гертнеру последовательны, т. е. идутъ равномерно повышаясь. Эта последовательность находится въ связи съ измѣненіемъ давления въ венахъ, которое происходитъ въ зависимости отъ высоты стаза.

Р—къ Афанасій. Rabies. Запасный рядовой 26 лѣтъ, поступилъ въ клинику 3 октября 1911 г. 2)х) былъ укушенъ неизвестной собакой въ лѣвое бедро; здѣсь видны три покрытыя струями ранки. Въ институтѣ экспериментальной медицины получалъ прививки; 24 октября выписался. (См. табл. № 2).

— Было произведено 4 наблюдения въ 2 дня—всѣ стазы непрерывные. Венозное давление держалось на средних цифрахъ, все время было ниже стаза, только при обоихъ стазахъ (нисходящихъ) при 30 превысило цифру стаза. Отношение венозного давления къ Короткову *mx.*, *min* и Гертнеру последовательно.

III—кій Василій Rabies. 21 года—нижній чинъ, 2 января 1912 г. былъ укушенъ въ правое предплечье подозрительной на бѣшенство собакой. 17 января выписался послѣ прививокъ. За время пребыванія въ клиникѣ чувствовалъ себя вполне здоровымъ. Объективно—все въ порядкѣ. (См. табл. № 3).

Было произведено 2 наблюдения въ 2 дня—всѣ стазы непрерывные. Венозное давление очень высокое—на всѣхъ стазахъ, какъ на низкихъ, такъ и на высокихъ превысило цифру стаза. Отношения венозного давления къ Короткову *mx.*, *min* и Гертнеру последовательны.

Б—овъ Петръ. Rheumatismus chron.

Городовой 32 лѣтъ, поступилъ въ клинику 13 января 1912 г. съ жалобой на боли въ костяхъ голени, пре-

имущественно въ голенно-стопныхъ суставахъ, а также пястно-фаланговыхъ, которые по временамъ припухаютъ. Боли эти держатся постоянно, иногда обостряются. Считаетъ себя большимъ около 3 лѣтъ. Водку пьетъ умеренно. *Lues'* отрицаетъ. Тѣлослоложение крѣпкое; питание хорошее. Ростъ высокій. Со стороны легкихъ и сердца ничего ненормального. Печень удается прощупать при глубокихъ вдохахъ. Животъ немного вздутъ, мягкій. Стулъ нормальный. Суставы и костная система видимыхъ измѣненій не представляютъ, кромѣ незначительнаго припуханія 4 и 5 пястно-фаланговыхъ сочлененій правой стопы и болѣзненности ихъ при движенияхъ. Стопы синюшны послѣ обмороженія ихъ пальцевъ. Бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ, *г* нормальная.

Вскорѣ припухлость суставовъ исчезла, боли уменьшились, *г* все время была нормальная. (См. табл. № 4).

Было произведено 2 наблюдения въ 2 дня — всѣ стазы непрерывные. Венозное давление очень высокое. На малыхъ стазахъ до 50 включительно, венозное давление превысило цифру стаза. Отношение вен. давл. къ Короткову *mx.*, *min* и Гертнеру последовательно.

Го—кій Семенъ Rheumatismus chr. Городовой 35 лѣтъ, поступилъ въ клинику 19 октября 1911 г. съ жалобой на боли въ плечевыхъ, лѣвыхъ коленномъ и голенно-стопномъ суставахъ. Считаетъ себя большимъ около 15 лѣтъ. Въ анамнезѣ другихъ заболеванийъ, кромѣ ревматизма нѣтъ. Алкоголизмъ и *lues'* отрицаетъ. Тѣлослоложение и питание хорошия. Въ легкихъ въ верхушкахъ слышатся свистящіе хрипы. Въ сердцѣ—норма; пульсъ 78, хорошаго наполненія. Пищеварительные органы въ порядкѣ. Въ суставахъ—выше отмѣченныхъ, кромѣ нѣкоторой болѣзненности при движенияхъ—объективныхъ измѣненій не имѣется. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Выписался 15 ноября въ хорошемъ состояніи. (См. табл. № 5).

Было произведено 4 наблюдения въ 2 дня — всѣ

стазы непрерывные. Венозное давление вообще высокое — выше при восходящих стазах. Изъ произведенных въсѣхъ 20 стазовъ въ 7 превысило цифру стаза (при стазахъ въ 50 и 25). Отношение венозн. давления къ Короткову мм., мин. и Гертнеру не последовательно и очень близки другъ къ другу по цифрамъ.

Д — въ Осиѣ Rheumatismus. chr. Крестьянинъ, разсильный 34 лѣтъ, поступилъ въ клинику 23 ноября 1911 г. съ жалобой на боль въ колѣнныхъ суставахъ. Боленъ около 6 лѣтъ. Lues' отрицаетъ, уретритъ также. Тѣлосложение и питаніе среднее. Слизистыя оболочки блѣдны. Со стороны легкихъ и сердца отклоненій отъ нормы не отмѣчается. Колѣнные суставы увеличены дѣсколко въ объемъ и болѣзненны при движенияхъ, которыя ограничены. Мышцы икроножныя атрофированы. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Пищеварительные органы въ нормѣ. Къ 20 декабря припухлость колѣн. суставовъ исчезла и болѣзненность и движения въ нихъ улучшились. Ходить свободно. (См. табл. № 6).

Было произведено 2 наблюденія въ 2 дня — всего 4 стаза по 15 мин. непрерывные. Венозное давление высокое. 1 разъ при стазѣ 40 превысило цифру стаза. Отношение венознаго давления къ Короткову мм., мин. и Гертнеру последовательно.

Ка — въ Иванѣ. Rheumatismus. chr. Городовой 46 лѣтъ поступилъ въ клинику 2 ноября 1911 г. съ жалобой на боль въ колѣнныхъ и голенно-стопныхъ суставахъ; считаетъ себя большимъ ревматизмомъ давно. Въ анамнезѣ кромѣ ревматизма хроническаго ничего особеннаго. Умѣренный алкоголизмъ Lues' отрицаетъ. Тѣлосложение и питаніе хорошее. Со стороны легкихъ и сердца — все въ порядкѣ, кромѣ глухихъ сердечныхъ тоновъ. Органы пищеваренія нормальны. Болѣзненность въ обоихъ колѣнныхъ и голенно-стопныхъ суставахъ безъ объективныхъ измѣненій. Боль не рѣзкая. Боль въ поясницѣ

при разгибаніи. Колѣнные рефлексы повышены. Въ мочѣ — норма, ρ нормальная. Пульсъ 56, дых. 18.

Выписался 22 ноября въ хорошемъ состояніи. (См. табл. № 7).

Было произведено 8 наблюденій въ 4 дня — всѣ стазы непрерывные. Венозное давление очень высокое во всѣхъ случаяхъ: при всѣхъ стазахъ при 30, 50 и 60 превысило цифру стаза; 1 разъ при стазѣ 90—110 ρ . Отношение венознаго давления къ Короткову мм., мин. и Гертнеру последовательно.

С — овъ Яковъ. Rheumatismus chr. Крестьянинъ, черно-рабочій 30 лѣтъ поступилъ въ клинику 11 октября 1911 г. съ жалобой на болѣзненность въ правомъ голенно-стопномъ суставѣ и плечевомъ суставѣ той-же стороны. Боленъ съ августа с. г. Въ анамнезѣ уретритъ; lues отрицаетъ. Тѣлосложение и питаніе мало удовлетворительны. Въ легкихъ — задушеніе звука сзади въ обоихъ верхушкахъ, гдѣ выслушивается жестковатое дыханіе. Въ сердцѣ — норма; пульсъ 84 хорошаго наполненія. Пищеварительные органы въ порядкѣ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Окружность праваго голенно-стопаго сустава на 1 $\frac{1}{2}$ сантиметра больше здороваго. Движенія въ немъ болѣзненны и ограничены. Правый плечевой суставъ тоже немного увеличенъ и движенія затруднены. Выписался изъ клиники 1 ноября, съ значительнымъ улучшеніемъ въ голенно-стопномъ суставѣ и почти безъ переизмѣнъ въ плечевомъ. (См. табл. № 8).

Было произведено 4 наблюденія въ 2 дня — всѣ стазы непрерывные. Венозное давление было на среднихъ цифрахъ, и только 2 раза при стазѣ 25 превысило цифру стаза. Отношение венознаго давления къ Короткову мм., мин. и Гертнеру вполне последовательно.

Да — овъ Иванъ. Angina follicularis. Городовой 33 лѣтъ, поступилъ въ клинику 25 октября 1911 г. съ жалобой на боль въ горлѣ при глотаніи, лихорадку и общую

ПРЕВІРНО
1936



слабость. Считает себя больным 3 дня. Питание удовлетворительное. При осмотрѣ глотки краснота и налеты съ лѣвой стороны. Со стороны легких и сердца—норма. Печень выходит на 1^{1/2} пальца из-за края реберъ. Селезенка прощупывается. Т^р при поступлении 38,0. 31 октября большой выписался выздоровѣвшимъ. (См. табл. № 9).

Было произведено 4 наблюдѣнія въ 2 дня—въ стазахъ съ перерывомъ 2—5 мин. между стазами. Каждый стазъ 7—10 мин. Венозное давленіе довольно высокое; при стазахъ (2 раза) 25 и при 50 (1 разъ) превысило цифру стаза; отношение венозного давленія къ Короткову шх. min. и Гертнеру послѣдовательно.

Итогъ наблюдѣній надъ здоровыми.

Всего было произведено 144 стаза на 19 цифрахъ, при чемъ болѣе всего на 50—21 стазъ; на 100—19 стазовъ, на 75—17 стазовъ, на 90 и 25 по 12 стазовъ, на 120—11 стазовъ, на 30—10 стазовъ; на остальныхъ цифрахъ менѣе 10.

На стазахъ менѣе 25 венозное давленіе во всѣхъ случаяхъ было больше цифръ стаза. При стазахъ 25, 30 и 40 венозное давленіе въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ выше цифры стаза. Со стаза 50 начинаетъ брать перевѣсъ обратное явленіе: венозное давленіе дѣлается менѣе цифры стаза; такъ на стазѣ 50 изъ 21 случая въ 12 было ниже; затѣмъ начиная со стаза 60 и выше (последній стазъ на 190) изъ 87 стазовъ только 10 разъ венозное давленіе превысило цифру стаза, именно: на стазѣ 60—4 раза, на 75—1 разъ; на 90—4 раза; на 100—1 разъ. Итакъ со стаза 100 венозное давленіе постоянно было ниже цифры стаза.

Суммируя наблюдѣнія надъ здоровыми можно сдѣлать заключеніе, что у здоровыхъ при малыхъ стазахъ до 25 венозное давленіе всегда было выше цифры стаза; на среднихъ стазахъ (отъ 25 до 50) венозное давле-

ніе въ большинствѣ случаевъ выше стаза; на стазахъ выше 50 венозное давленіе въ большинствѣ случаевъ менѣе цифры стаза и со стаза 100 (1 случай выше) венозное давленіе всегда было ниже цифры стаза.

Разсматривая цифры венозного давленія подъ вліяніемъ стаза у здоровыхъ мы наблюдаемъ, что оно вообще высокое. Изъ 9 человекъ 3-хъ—среднее. Всѣ наблюдѣнія, кромѣ одного Да—кова (табл. 9) были произведены безъ перерывовъ между отдѣльными стазами. У Д—кова всѣ стазы были съ перерывомъ между каждымъ отдѣльнымъ, при чемъ въ цифрахъ венозного давленія ничего особеннаго не отмѣчалось. Отношеніе венозного давленія къ Короткову шх. min. и Гертнеру было въ 8 случаяхъ послѣдовательно и только у одного Го—кого (таб. № 5) оно было не совсѣмъ послѣдовательно.

На основаніи всего изложеннаго можно заключить, что у здоровыхъ подъ вліяніемъ стаза венозное давленіе даетъ вообще большія цифры, иначе говоря вены быстро реагируютъ на такое слабое пренятствіе для кровообращенія, какое представляетъ стазъ на небольшой цифрѣ, когда венозное давленіе во много разъ превышаетъ цифру стаза; также въ единичныхъ случаяхъ и при высокихъ стазахъ, какъ то 60, 90 и даже 100—превышаютъ стазъ.

Въ послѣдовательномъ періодѣ (послѣ стаза) общее кровяное давленіе дадо слѣд. измѣненія (всего 19 наблюдѣній надъ 9 больными):

Статистическое систолическое давленіе повысилось	6 разъ=31,6 %
»	» давленіе понизилось
»	7 разъ=37,0 %
»	» осталось безъ перемѣны
	6 разъ=61,6 %

Динамическое диастолическое давление повысилось 12 раз=63,1%
 понизилось 4 раза=22,2%
 осталось без переменъ 3 раза=15,7%
 Гертнеръ повысился 11 разъ=58,0%
 понизился 6 разъ=31,6%
 остался безъ переменъ 2 раза=11,0%

Наблюдения надъ сердечными.

Бу—овъ Евгений Stenosis ostii ven. sin. et insuf. valv. bicuspid. Крестьянинъ, 33 лѣтъ поступилъ въ клинику 7 октября 1911 года съ жалобой на одышку, и иногда сердцебиенія. Считаетъ себя больнымъ 18 лѣтъ. Въ анамнезѣ острый суставный ревматизмъ. Со стороны легкихъ измѣненій нѣтъ. Сердце увеличено лѣво на 1½ пальца отъ лѣвой сосковой линии, сверху съ 3 ребра, вправо—чуть вправо отъ лѣвой стеральной дуги. Толчекъ между 6—7 ребр. на 1½ пальца отъ лѣвой сосковой. Печень прощупывается на 3 пальца изъ подъ реберъ. Селезенка не увеличена. На верхушкѣ сердца выслушивается систолическій и диастолическій шумъ; на art. pulm. акцентъ на 2 тоны. Выписался 31 октября въ нѣсколько лучшемъ состояннн. (См. табл. № 10).

Было произведено въ 2 дня 4 наблюдениа, каждый день по 1 нисходящему и восходящему стазу; стазы непрерывные. Венозное давление дало очень низкия цифры во всѣхъ случаяхъ не дойдя ни разу до цифры стаза. Отношенне венознаго давления къ Короткову *mx. min.*, и Гертнеру представляло полную послѣдовательность.

Ку—въ, Матвѣй, Stenosis ostii ven. sin. et insuf. valv. bicus. Крестьянинъ 24 лѣтъ, поступилъ въ клинику 16 сентября 1911 г. съ жалобой на боль въ груди; кашель и лихорадку. Заболѣлъ около 4 недѣль т. н. Границы сердца: верхняя съ 3 ребра, лѣвая по сосковой линн, правая чуть вправо отъ лѣваго края грудины. На верхушкѣ сердца пресистолической и систолической шумы, особенно въ лежачемъ положеннн. На правой верхушкѣ и подъ ключицей небольшое заглушенне перкуторнаго звука. Печень и селезенка не прощупываются. Больной выписался изъ клиники 11 ноября въ состояннн значительно лучшемъ, хотя въ сердцѣ явлення остались безъ переменъ. (См. табл. № 11).

Было произведено 8 наблюдений въ 4 дня, по 2 въ день. Первые 4 наблюдениа 16-го и 17-хъ стазы непрерывные. Венозное давление дало довольно высокия цифры, при чемъ во всѣхъ 4 случаяхъ при стазѣ 25 превысило цифру стаза, а также при восходящемъ стазѣ 16-хъ при 50 дало 100%. Последння 4 наблюдениа 10-го и 11-хъ были произведены также стазы непрерывные; венозное давление дало цифры большия чѣмъ при первыхъ наблюдениахъ, а при стазѣ 50 во всѣхъ случаяхъ достигло цифры стаза, а въ одномъ превысило ее. Отношенне венознаго давления по Короткову *mx. min.* и Гертнеру было послѣдовательно.

Ме—инъ Михаилъ, Stenosis ostii venosi sinistrae et insuf. valv. bicuspr. Крестьянинъ, по професснн стражникъ на жел.—дор. 33 лѣтъ, поступилъ въ клинику 9 сентября 1911 г. съ жалобой на одышку, кашель съ выдѣленнмъ мокроты, сердцебиенне, плохой сонъ и общую слабость. Считаетъ себя больнымъ около 3 лѣтъ. Алкоголизмъ и жезъ отрицаетъ. Со стороны наследственности ничего особеннаго. Роста средняго, плохого питання. Кожа и слизистая оболочки окрашены слабо. Мускулатура драб-

лая. Легкія: Границы нормальныя. Въ обоихъ легкихъ разсыянные сухіе хрипы и всюду жесткое дыханіе. Въ лѣвомъ легкомъ сзади внизу ниже угла лопатки приглушенный перкурторный звукъ, средне и мелко пузрычатые хрипы. Сердце: съ 4 ребра сверху, справа по правой стернальной, слева по лѣвой мамиллярной; толчекъ въ 6 межреберномъ промежуткѣ разлитой; при выслушиваніи у верхушки сердца пресистолическій шумъ, акцентъ на 2 тонѣ легочной артеріи. Печень выходитъ на 2 пальца изъ подъ края ложныхъ реберъ, болѣзненна при опущиваніи. Селезенка прощупывается. Желудочно-кишечный трактъ измѣненій не представляетъ. Моча бѣлка и сахара не содержитъ. Пульсъ 102 въ мин. дых. 28. За время пребыванія больного въ клиникѣ по 14 октября состояніе его улучшилось; въ легкихъ хрипы уменьшились, кашель и одышка также уменьшились, со стороны сердца и печени безъ перемѣнъ. (См. табл. № 12).

Было произведено въ 2 дня 4 наблюденія, всѣ стазы непрерывныя. Венозное давленіе держалось на среднихъ цифрахъ, даже низкихъ, за исключеніемъ 1-го наблюденія 10 х, когда при стазѣ 25 дошло до 120 %. Отношеніе венознаго давленія къ Короткову мм., min. и Гертнеру не послѣдовательно.

Аб — овъ Алексѣй. Insuff. valv. bicuspidalis. Endocarditis. Nephritis. Крестьянинъ 28 лѣтъ, поступилъ въ клинику 9 декабря 1911 г. съ жалобой на сердцебиеніе, одышку и отеки лица и рукъ. Отеки появились послѣ лихорадочнаго заболѣванія бывшаго съ больнымъ 1/2 года т. н. Въ остальномъ анамнезъ — ничего особеннаго. Границы сердца увеличены вправо до medianъ, лѣво на палецъ кнаружи отъ соска. Толчекъ въ 6-мъ межреберьи. Акцентъ на 2-мъ тонѣ аорты. Въ легкихъ жесткое дыханіе. Печень прощупывается. Въ мочѣ бѣлокъ, кровь, лейкоциты, зернистые и галлиновые цилиндры и почечный эпителий. Пульсъ 84, дых. 24. 12 хн бѣлка 3 1/2 %;

крови въ мочѣ нѣтъ. Поступилъ съ давленіемъ по Короткову: 240—230—200—170. Гертнеръ 175. Къ 20 хн. Отеки значительно уменьшились; бѣлокъ былъ въ 1,5%. Явленія со стороны сердца оставались безъ перемѣны. (См. табл. № 13).

Было произведено 2 наблюденія въ 2 дня — всего 4 стазы каждый по 15 мин. на цифрахъ 140 и 100, венозное давленіе было высокое, но не достигло цифры стаза.

Ли — въ Егоръ Insuff. et stenosis valv. bicuspid. Крестьянинъ; поступилъ въ клинику 27 января 1912 г. съ жалобой на кашель, боль въ груди въ области подреберій и одышку. Въ анамнезѣ острый суставной ревматизмъ. Легкія: перкурторный звукъ ясный, дыханіе въ обоихъ легкихъ чистое, иногда подъ правой лопаткой крепитирующіе хрипы. Сердце: Толчекъ разлитой, прощупывается по сосковой на 6-мъ ребрѣ, ощущается сердечное дрожаніе; у верхушки сердца выслушиваются рѣзкій систолическій и менѣе отчетливый диастолическій шумы; оба шума отчетливы въ лежачемъ положеніи. Печень и селезенка перкурторно не увеличены. Отековъ нѣтъ. Въ остальномъ норма. Выпущался изъ клиники 8 февраля безъ видимыхъ измѣненій въ состояніи. (См. табл. № 14).

Было произведено 2 наблюденія въ 2 дня. Первое наблюденіе 7 стазовъ отъ 115 до 5, стазы непрерывныя, второе — только 2 стазы тоже непрерывныя. Венозное давленіе было очень высокое, при чемъ только 3 раза при стазѣ 100 (2 раза) и 115 (1 разъ) не достигло цифры стаза — въ остальныхъ намного превысило ее. Отношеніе вен. давл. къ Короткову мм., min. и Гертнеру послѣдовательно.

Ам — въ Петръ. Insuff. v. bicuspid. Stenosis ostii ven. sin. Крестьянинъ 41 года поступилъ въ клинику 24 февраля 1912 г. съ жалобой на одышку и сильный кашель съ мокротой. Въ анамнезѣ: 20 л. т. н. острый суставной

ревматизмъ съ рецидивами. 2 года назадъ аппендицитъ. Алкоголизмъ. Lues'я отрицаетъ. Тѣлосложение и питаніе умѣренное; покровы блѣдноваты. Легкія: Перкуторный звукъ нормаленъ. При выслушиваніи въ нижнихъ доляхъ крепитирующіе хрипы; попадаютъ всюду сухіе хрипы. Сердце: Верхняя граница съ 4 ребра, правая между лѣвой стернальной и медиана, лѣвая на $1\frac{1}{2}$ пальца кнаружи отъ сосковой. Толчокъ въ 6 межреберья. На верхушкѣ систолическій шумъ и пресистолическій. Не рѣзкое пресистолич. дрожаніе. Печень: верхняя граница по сосковой линіи съ 6 ребра, нижняя доходитъ почти до пупка. Селезенка прощупывается. Отековъ нѣтъ. Со стороны кишѣчника—стулъ 2 раза жидкій. Пульсъ 44, дых. 22. Въ мочѣ бѣлка $1\frac{1}{2}\%$.

Выписанъ 18 марта. За время пребыванія въ клиникѣ особеннаго улучшенія, кромѣ уменьшенія печени, не наблюдалось. Нѣсколько урегулировалась дѣятельность сердца. (См. табл. № 15).

Одно наблюденіе въ одинъ день—всего 3 стаза непрерывные. Венозное давленіе не достигло цифры стаза.

Го—въ Артемій. Stenosis ost. venosi sin. Emphys. pulm. Крестьянинъ 42 лѣтъ, поступилъ въ клинику 26 октября 1911 года съ жалобой на сильный кашель съ обильной мокротой, боль въ лѣвомъ боку, ознобы, ночные поты, одышку, сердцебиеніе, запоры, смѣняющіеся поносами. Считаетъ себя больнымъ около 15 лѣтъ, при поступленіи въ клинику названныя болѣзненные явленія обострились. Со стороны наследственности ничего особеннаго. Въ анамнезѣ алкоголизмъ и острый суставной ревматизмъ; 2 года т. н. было кровохарканье, которое повторилось и въ этомъ году. Ростъ средний, тѣлосложение и питаніе умѣренное. Легкія: границы на одно ребро ниже нормы, подвижность ихъ ограничена. Всюду выслушиваются сухіе хрипы, а ниже угла лѣвой лопатки шумъ тренія плавры. Въ мокротѣ т. б. с. не найдено. Сердце: сверху

съ верхняго края 3 ребра, справа по лѣвой грудной линіи, слѣва на одинъ палецъ лѣво отъ лѣвой мамиллярной. У верхушки выслушивается диастолическій, вѣрнѣе пресистолическій шумъ; по временамъ исчезаетъ. Пульсъ слабого наполненія съ перебоями. Печень прощупывается на 3 пальца ниже края ложныхъ реберъ по мамил. линіи. Животъ слегка вздутъ. Болѣзненность по ходу colonis. Частые позывы на низъ 5—7 разъ съ болью въ области anus'a. Въ мочѣ заметное количество индикана и уратовъ, бѣлка и сахара нѣтъ. (См. табл. № 16).

Было произведено 6 наблюденій въ 4 дня. Первые 4 наблюденія 7-го и 8-го стаза непрерывные. Венозное давленіе довольно высокое вообще, при стазѣ 25 достигло во всѣхъ случаяхъ цифры выше стаза, въ одномъ случаѣ при стазѣ 50 равнялось стазу. Отношенія вен. давл. къ Кор. шх., шп. и Гертнеру не послѣдовательны. 2 послѣднія наблюденія было произведено по 2 стаза тоже непрерывные по 15 мин. каждый; венозное давленіе тоже высокое при стазѣ 50 превысило цифру стаза.

Пап—въ Иванъ. Stenosis ostii venosi sin. Colitis renalis. Крестьянинъ, плотникъ, 43 лѣтъ, поступилъ въ клинику 29 ноября 1911 года съ жалобой на одышку во время работы и ходьбы, сердцебиеніе, кашель. Считаетъ себя больнымъ около 3 лѣтъ. Въ анамнезѣ нѣтъ ни lues'a, ни инфекцій, ни алкоголизма. Роста средняго, питаніе удовлетворительное, тѣлосложение правильное. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны и цианотичны. Легкія: границы на одно ребро ниже нормы, подвижность ихъ крайъ ограничена. Дыханіе въ легкихъ жесткое; въ нижнихъ доляхъ сухіе хрипы, неопредѣленное дыханіе, продолженный выдохъ. Сердце: при ощущеніи пресистолическое дрожаніе. Границы: сверху съ верхняго края 3 ребра, справа по правой парастернальной, слѣва по лѣвой сосковой. При рентгеноскопії найдено увеличеніе лѣваго предсердія, сидящаго на лѣвомъ же-

лудочекъ въ видѣ шапки. При выслушиваніи ясный предсистолическій шумъ параноаго характера. Пульсъ съ перебоями, неровный, слабого наполненія, причѣмъ число сердечныхъ сокращеній не совпадаетъ съ числомъ пульсовыхъ волнъ. Печень выходитъ изъ подъ края ложныхъ реберъ пальца на 2, край ея тупой и чувствителенъ при ощупываніи. Въ остальномъ норма. Отекъ у лодыжекъ. Въ мочѣ незначительные слѣды бѣлка; въ осадкѣ отдѣльные зернистые цилиндры, почечный эпителий и мѣстами отдѣльные эритроциты. Во время пребыванія больного въ клиникѣ былъ припадокъ почечной колики съ 11 по 17 декабря, боль въ области правой почки, иррадіровавшая въ правый пахъ, яйцо, ногу и въ лѣвую почку—сопровождавшаяся рвотой. Въ это время количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ мочѣ увеличилось. Въ клиникѣ сердечные припадки у больного стали рѣже и слабѣе; въ легкихъ прослушивалось повсюду чистое везикулярное дыханіе. (См. табл. № 17).

Было произведено 2 наблюденія въ 2 дня всего 4 стаза на разныхъ цифрахъ стаза непрерывные. Въ 1-мъ наблюдениіи ходъ венознаго давления показанъ подробно. Венозное давленіе было довольно высокое, хоть не достигло цифры стаза. Отношеніе венознаго давленія къ Короткову mm. , mix и Гертнеру послѣдовательно.

Ж—овъ Петръ. *Jussuf, valv. semilun. aortae*. Крестьянинъ 20 лѣтъ поступилъ въ клинику 29 сентября 1911 г. съ жалобой на сердцебиеніе, одышку; считаетъ себя больнымъ съ октября прошл. года. 6 лѣтъ т. н. перенесъ острый суставной ревматизмъ перешедшій въ хроническую форму съ періодическимъ обостреніемъ; припухаютъ коленные и голеностопные суставы; другія болѣзни не помнитъ. Тѣлосложеніе и питаніе слабы, ростъ средній. Сердце: границы сверху съ 4 ребра, справа по лѣвой стернальной; слѣва по лѣвой сосковой, разлитой толчекъ въ 5 межреберномъ промежуткѣ, на

верхушкѣ прослушивается, особенно въ лежачемъ положеніи, систолическій шумъ, a у *tricuspidalis*—диастолическій; послѣдній слышенъ и на аортѣ. Пульсъ напряженъ, характера *seleg*. Въ легкихъ норма. Печень и селезенка плотноваты. Въ мочѣ ничего ненормальнаго. Коленные и голеностопные суставы болѣзненны при активныхъ и пассивныхъ движеніяхъ и утолщены въ области внутреннихъ лодыжекъ. Во все время пребыванія больного въ клиникѣ до 21 октября уменьшилась болѣзненность въ суставахъ и въ незначительной степени одышка и сердцебиеніе. (См. табл. № 18).

Въ 2 дня было произведено 4 наблюденія: каждый день по одному нисходящему и восходящему стазу, причѣмъ 1-й день былъ сначала стаза нисходящій, а потомъ восходящій; 2-й день наоборотъ. Стазы непрерывные. Венозное давленіе дадо не высокія цифры, причѣмъ только при стазѣ въ 25 превысило въ 3-хъ случаяхъ цифру стаза и одинъ разъ при стазѣ 50—104⁹/₁₀₀. Отношенія венознаго давленія къ Короткову mm. и minim и Гертнеру во всѣхъ случаяхъ были строго послѣдовательны.

Т—инъ, Василій, *Myocarditis*. Крестьянинъ 29 лѣтъ. писарь поступилъ въ клинику 2 февраля 1912 г. съ жалобой на боль въ правомъ подреберьи, одышку, слабость. Болѣнь $\frac{1}{2}$ года. Въ анамнезѣ корь; *hes*ъ и алкоголизмъ отрицаетъ. Наслѣдственности плохой нѣтъ. Блѣдность слизистыхъ оболочекъ; питаніе очень плохое. Отековъ нигдѣ нѣтъ. Легкія: Границы нормальны. Нѣсколько притупленный звукъ на правой ключицѣ и подъ ней и слыди подъ лопаткой. При выслушиваніи жесткое дыханіе на верхушкахъ, хриповъ нѣтъ. Сердце: Верхняя граница съ 4 ребра, правая выходитъ на 1 попер. палець за правый край грудины, лѣвая—за мамин. линію на 2 пальца. Тоны глухи, второй на аортѣ акцентуированъ. Печень увеличена, плотна и болѣзненна. Селезенка прощупывается. Въ нижней части живота имѣется

скопление жидкости, имеется флюктуация. Со стороны желудка и кишечника норма.

Выписался 16 февраля. За две недели пребывания в клиникѣ состояніе улучшилось; границы сердца уменьшились, печень почти пришла къ нормѣ. (См. таблицу № 19).

Было произведено 2 наблюдёнія въ 2 дня. Стазы непрерывные. Венозное давленіе стояло на очень высокихъ цифрахъ, при чемъ только при стазѣ 100 не дошло до цифры стаза, во всѣхъ же другихъ превышало его. ³/₄ и стазъ на всѣхъ цифрахъ продолжался безъ перерыва 1 часть, при чемъ Гертнеръ очень низкій — 10; точасъ же во время послѣдняго стаза — 0. Отношеніе венознаго давленія къ Гертнеру въ % очень высоко, благодаря низкому Гертнеру; отношеніе къ Короткову mx. , min. и Gertneru вполне послѣдовательно.

Фи—въ Николай. Endocarditis. Rheumatismus artic. ac. Крестьянинъ 37 лѣтъ, поступилъ въ клинику 9 декабря 1911 г. съ жалобой на боль во всѣхъ суставахъ нижнихъ конечностей и отчасти верхнихъ, одышку и сердцебиеніе. Первый разъ перенесъ острый ревматизмъ 15 лѣтъ т. н. 1 ¹/₂ мѣс. т. н. во 2-й разъ припухли сначала кистевой суставъ правой руки, затѣмъ постепенно суставы верхнихъ и нижнихъ конечностей. Высокаго роста, хорошаго питанія и тѣлосложенія. Резко припухъ и болѣзненъ лѣвый лучезапястный суставъ. Въ меньшей степени припуханіе и болѣзненность обоихъ плечевыхъ и коленныхъ суставовъ. Больной не можетъ вставать съ постели, двигать конечностями. Въ легкихъ — норма. Границы сердца справа по правой парастернальной, слѣва на одинъ палецъ лѣво отъ лѣвой сосковой. На груди и 2-омъ межреберномъ промежуткѣ справа громкій диастолическій и у верхушки слабый систолическій шумы. Печень, селезенка, кишечникъ безъ видимыхъ измѣненій. Въ мочѣ ничего ненормальнаго. (См. табл. № 20).

Было произведено 2 наблюдёнія въ 2 дня — всего 5 стазовъ непрерывные, при чемъ 1-е наблюдёніе (стазъ) продолж. 45 мин. и второе ¹/₂ часа. Венозное давленіе не высокое, только во 2-мъ наблюд. при стазѣ 40—150°. Отношеніе венознаго давленія къ Короткову mx. , min. и Гертнеру вполне послѣдовательно.

Ро—кій, Иванъ. Endocarditis. Крестьянинъ 20 лѣтъ, поступилъ въ клинику 15 ноября 1911 г. съ жалобой на одышку, особенно при ходьбѣ, сердцебиеніе. Считаеъ себя больнымъ 3 года. Годъ т. н. болѣзнь обострилась: появились боли и опухоль въ коленныхъ и голеностопныхъ суставахъ, а также усилились одышка и сердцебиеніе; появились отеки на нижнихъ конечностяхъ и въ то же время показались на голенихъ темно-красная пятна величиной до 20 коп. монеты исчезавшія (при давленіи) и вновь появлявшіяся. Съ подобными симптомами онъ поступилъ въ клинику. Другихъ болѣзней и инфекцій не переносилъ. Ростъ выше средняго. Питаніе и тѣлосложеніе плохія; на правой сторонѣ груди горбъ. Кожа и слизистыя оболочки блѣды. Въ легкихъ — норма. Сердце: граница верхняя съ 4 ребра, правая по лѣвой стернальной, лѣвая по лѣвой сосковой; сердечный толчокъ въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ; у верхушки диастолическій шумъ; во второмъ и третьемъ межреберьяхъ видна пульсація аорты; тоны на крупныхъ артеріяхъ Pulsus celer. Печень прощупывается и болѣзненна. Въ мочѣ бѣлокъ въ количествѣ отъ 1,5 до 2% съ большимъ или меньшимъ содержаніемъ крови; индиканъ. Въ осадкѣ большое количество красныхъ кровяныхъ шариковъ, клѣтокъ почечной ткани; зернистые цилиндры. Эритроциты 2,5 мил., бѣлыя 6000; Hb (по Fleisch'ю) 60%. Въ клиникѣ у больного на обѣихъ голенихъ въ нижней трети и на тыльной поверхности стопъ появились кровоизлиянія отъ точечной до величины серебр. пятачка. При бактериологическомъ изслѣдованіи крови въ куль-

туръ на агарѣ найдены *staphylococcus aureus*. (См. табл. № 21).

Было произведено 3 наблюдения въ 2 дня. Стазы на разныхъ цифрахъ оба дня непрерывные. Венозное давление дало высокія цифры, причѣмъ въ 3 случаяхъ при стаѣ 50 (2 раза) и при 40 достигло цифры стаза. Отношенія къ Короткову *mm.*, *min.* и Гертнеру послѣдовательны.

Е—въ Семень. Arteriosclerosis. Крестьянинъ 72 лѣтъ, поступилъ въ клинику 1 ноября 1911 г. съ жалобой на одышку, сердцебіеніе, боль въ области сердца, отдающую въ лѣвую руку, кашель, запоры, бессонницу. Считаетъ себя больнымъ 8 мѣсяцевъ. Въ анамнезѣ алкоголизмъ. Роста высокаго, ослабленнаго питанія; кожа землисто-желтоватаго цвѣта, дряблая. Мышцы атрофированы. Артеріи височныя, плечевыя, лучевыя извилисты, тверды. Легкія: Границы на одно ребро ниже нормы. Въ нижнихъ доляхъ прослушиваются сухіе хрипы. Сердце: Граница сверху съ верхняго края 4-го ребра, справа доходитъ до средней, слѣва на 2 пальца внаружи отъ лѣвой сосковой. У верхушки сердца выслушивается систическій шумъ. Пульсъ неправильный, аритмичный, слабого наполненія. Печень выходитъ изъ-подъ края реберъ на 1½ пальца, чувствительна при давленіи. Животъ вадуть. Имѣется отекъ обѣихъ ступней и нижней ⅓ голени. Въ мочѣ слѣды бѣлка. (См. табл. № 22).

Было произведено 4 наблюдения въ 2 дня.

Всѣ наблюдения стазы непрерывные; венозное давление дало очень высокія цифры; при всѣхъ 12 стазахъ—въ 8 случаяхъ оно достигло и превысило цифры стаза, даже при 110=100%. Нужно отмѣтить, что въ послѣдовательномъ періодѣ 21 хвизуки Короткова вовсе отсутствовали. Отношеніе венознаго давления къ Короткову *mm.*, *min.* и Гертнеру вполнѣ послѣдовательно, а цифры высокія.

Лп—мъ Яковъ. Arteriosclerosis. Pneumonia catarr. Отставной Севастопольскій солдатъ 78 лѣтъ, поступилъ въ

клинику 29 XI—1911 г. съ жалобой на сильную одышку, чувство стѣсненія въ груди, особенно при движеніяхъ, кашель съ мокротой, боли съ правой стороны груди, запоры и общую слабость—всѣ эти явленія особенно усилились за послѣдній годъ. Роста высокаго съ плохимъ питаніемъ, жировой подкожной слой отсутствуетъ; замѣтная атрофія мышцъ. Языкъ сильно обложенъ. Артеріи видимыя на глазъ рѣзко извилисты, тверды на ощупь. Легкія: границы справа и слѣва опущены на 2 пальца ниже нормы. Края ихъ неподвижны. Экскурсія грудной клѣтки очень ограничена. Въ нижней долѣ обѣихъ легкихъ притупленіе члена позвоночника; здѣсь выслушиваются свистящіе и мелко-пузырчатые хрипы. Кашель рѣзкій съ выдѣленіемъ значительнаго количества мокроты сѣровато-желтоватаго цвѣта иногда съ примѣсью крови. Сердце: верхняя и правая граница сердца прикрыты легкими; лѣвая выходитъ на 1 палецъ за лѣвую сосковую. Тоны сердца глуховаты. Пульсъ частый съ перебоями черезъ каждые 6—10 ударовъ. Небольшой отекъ ногъ на стопахъ и у лодыжекъ. Все время бессонница. Область печени чувствительна при надавливаніи. Явленія катарральной пневмоніи и отеки чрезъ мѣсяць пребыванія въ клиникѣ исчезли. (См. табл. № 23).

Было произведено 2 наблюдения въ 2 дня—всего 4 стаза на разныхъ цифрахъ непрерывные продолжительностью отъ 5 до 12 мин. Венозное давление было довольно высокое, однако цифры стаза не достигло, т. е. стазы были на большихъ цифрахъ. Отношеніе венознаго давления къ Короткову *mm.*, *min.* и Гертнеру послѣдовательно.

И—въ Михайлъ. Arteriosclerosis. Крестьянинъ, 52 лѣтъ, по ступилъ въ клинику 14 января 1912 г. съ жалобой на одышку, сердцебіеніе, боли въ верхней правой части живота, появляющіяся главн. обр. при ходьбѣ. Боленъ 2 года. Laesъ и другія инфекціи отрицаетъ. Кожные

пекровы и видимы слизистыя оболочки блѣдны; бѣлки глазъ желтушни. Лучевыя артеріи сильно извилисты. Легкія: границы нормальны; при выслушиваніи всюду везикулярное дыханіе съ нѣскольکو жесткой 2-й фазой и выдохомъ на верхушкахъ, особенно правой. Сердце: границы нормальны; при выслушиваніи шумовъ нѣтъ, тоны довольно чисты; временами перебои. Печень увеличена, выстѣпаетъ на 4 пальца изъ за реберъ, болѣзненна. Селезенка не прощупывается. Со стороны желудка послѣ ѣды чувство тяжести и изжога. Запоры. Пульсъ 112, дых. 20. Бѣлка въ мочѣ не было. Въ калѣ ничего особеннаго. Большой выписалось 30 января. За 2 недѣли пребыванія въ клиникѣ наблюдалось нѣкоторое улучшение; дѣятельность сердца стала спокойнѣе, печень уменьшилась, боли въ животѣ стали также меньше. (См. табл. № 24).

Было произведено 2 наблюденія въ 2 дня, стазы непрерывныя. Венозное давленіе оба дня очень высокое, при чемъ при малыхъ стазахъ (отъ 5 до 50) значительно превышало цифру стаза, а при стазѣ 5 (21%) достигло 640 %. Отношенія венознаго давленія къ Короткову mm , mm , и Гергнеру послѣдовательны.

В—въ Иванъ. Arteriosclerosis. Крестьянинъ, 52 лѣтъ поступилъ въ клинику 23 ноября 1911 г., съ жалобой на боли въ груди, сердцебиеніе, запоры и плохой сонъ. Считаетъ себя больнымъ около 2 лѣтъ. Въ анамнезѣ ничего особеннаго, кромѣ умѣреннаго алкоголизма. Имъ съ отрицаеьт. Артеріи видимыя на глазъ сильно извилисты и тверды. Легкія: границы нормальны, при выслушиваніи слышатся сухіе хрипы подъ лопатками. Сердце. Границы: сверху съ верхняго края 4 ребра, справа по лѣвой стернальной, слѣва на 2 пальца заходитъ за лѣвую сосковую. При выслушиваніи тоны глухи, шумовъ нѣтъ, временами перебои. Печень увеличена на 3 пальца и выходитъ изъ подъ края реберъ. Селезенка не прощупывается.

Брюшные органы въ нормѣ. Пульсъ 84, дых. 22. (См. табл. № 25).

Было произведено 2 наблюденія въ 2 дня—всего 4 стаза на 100 и 70, при чемъ 1-й день стазъ продолжительностью 35 мин., а 2-й день—37 мин. Стазы непрерывныя. Венозное давленіе было высокое, въ 3 случаяхъ приблизилось къ цифрѣ стаза, и въ одномъ превзошло его.

Шу—овъ Павелъ. Stenosis ostii ven. sin. et insuff. v. bicuspid. Дворянинъ 30 лѣтъ, поступилъ въ клинику 7 октября 1911 г. съ жалобой на кашель, колотье въ бокахъ, одышку, общую слабость; считаетъ себя больнымъ около 3 лѣтъ. Съ августа с. г. все названныя болѣзненные явленія ухудшились. 18-ти лѣтъ перенесъ скарлатину, а годъ тому назадъ воспаление легкихъ. Отецъ больного умеръ отъ туберкулеза легкихъ. Тѣлосложеніе слабое, плохое питаніе, надъ и подъ-ключичныя ямки въ запавшемъ состоянн, грудь плоская. Въ лѣвомъ легкомъ слышатся притупленіе перкуторнаго звука; въ верхушкахъ выслушиваются сухіе хрипы. Сердце: предсердечное драженіе, сердечный толчекъ въ 7 межреберномъ промежуткѣ. Границы: сверху съ верхняго края 3 ребра, справа по срединной линіи, слѣва на 2 пальца выходитъ за лѣвую сосковую. У верхушки сердца предсердечной, а при лѣжанн систолической шумъ. Пульсъ слабого наполненія съ перебоями, трудно сосчитывается. Печень увеличена, прощупывается и болѣзненна. Въ калѣ найдены яйца Botrioccephalus latus (удалены). Въ мочѣ ничего ненормальнаго не было найдено за все время пребыванія больного въ клиникѣ. За время пребыванія больного въ клиникѣ болѣзненные явленія мало улучшились. (См. табл. № 26).

Было произведено 8 наблюденій въ 4 дня, по 2 табл. въ день, при чемъ 2 дня во время разстройтва компенсаціи и 2 дня въ періодъ компенсаціи. Въ первомъ

случаѣ стазы непрерывные, во второмъ съ перерывами между каждымъ отдѣльнымъ стазомъ по 3—4 мин. Первые 2 дня венозное давленіе стояло на среднихъ цифрахъ, только въ 1-мъ наблюденіи при стазѣ 100 было очень низко = 12^o/_o; въ послѣдніе 2 дня венозное давленіе дало нѣсколько большихъ цифры. Ни разу вен. дав. не достигло цифръ стаза. При всѣхъ 4 нисходящихъ стазахъ дало очень близкія цифры при соответственныхъ цифрахъ стаза. Отношеніе вен. давл. къ Короткову *mx.*, *min.* и Гертнеру было послѣдовательно.

Ф—въ Павель. *Jnsuf. v. v. bicuspidalis*. Крестьянинъ 38 лѣтъ, поступилъ въ клинику 4 октября съ жалобами на сильную одышку, кашель, опухоль живота, отечность кожи туловища и отекъ ногъ. Считаетъ себя больнымъ 10 лѣтъ. Въ анамнезѣ: острый суставной ревматизмъ, перенесенный 5 лѣтъ т. н. Легкія: нижній край опущенъ на одно ребро ниже нормы. Ниже угла лѣвой лопатки на 3 пальца притупленіе, гдѣ прослушиваются мелко-пузырчатые хрипы; въ остальныхъ отдѣлахъ легкихъ—сухіе. Сердце: верхняя граница на 3-мъ ребрѣ, правая—по правому краю грудины; лѣвая на 1¹/₂ пальца кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи. Рѣзкій систолическій шумъ у верхушки сердца. Акцентъ на 2-мъ тонѣ *art. pulmon.*, *Pulsus bigeminus*. Печень по сосковой линіи выступаетъ на 3 пальца изъ подъ края реберъ. Окружность живота увеличена; въ полости его определяется жидкость. Въ мочѣ слѣды бѣлка и уробилина. Въ клиникѣ у больного развился острый ревматизмъ коленного и голеностопнаго суставовъ и фокусъ катаральной пневмоніи въ лѣвой нижней доль. Выписался ³/_х съ улучшеніемъ общаго состоянія. (См. табл. № 27).

Было произведено 6 наблюдений въ 4 дня. Первые 4 наблюдения 7 и ⁸/_х стазы произведены съ перерывами. Венозное давленіе достигло очень большихъ цифръ, при чемъ при стазѣ 25 во всѣхъ случаяхъ превысило

цифру стаза, а также при стазѣ 50 въ одномъ случаѣ достигло цифры стаза. Отношеніе венознаго давленія къ Короткову *mx.*, *min.*, и Гертнеру не вполне послѣдовательно, т. к. при стазѣ 75 во всѣхъ случаяхъ выше. Послѣднія 2 наблюдения 1 и ²/_х при довольно продолжительныхъ стазахъ безъ перерывовъ—венозное давленіе въ 2-хъ случаяхъ изъ 4-хъ превысило цифру стаза.

Бо—евъ Михаилъ. *sten. ost. ven. sin.* Крестьянинъ 11 лѣтъ, поступилъ въ клинику 26 сентября 1911 г. съ жалобой на одышку и сердцебіеніе. Считаетъ себя больнымъ 6 лѣтъ. Временами отекали ноги. Лечился нѣсколько разъ въ больницахъ въ Петербургѣ. Другихъ болѣзней не было. Отекъ умеръ отъ туберкулеза. Ростъ небольшой; тѣлосложеніе и питаніе вполне удовлетворительны. Въ легкихъ—норма. Сердце: Разлитой сердечный толчокъ. Предсистолическое дрожаніе. Границы сверху съ 4-го ребра, справа доходитъ до медианы, слева—по лѣвой сосковой. У верхушки сердца прослушивается предсистолическій шумъ. Акцентъ на 2-мъ тонѣ *art. pulmon.* Печень и другіе органы брюшной полости въ предѣлахъ нормы. (См. табл. № 25).

Было произведено 4 наблюдения въ 2 дня. Всѣ наблюдения съ перерывомъ между каждымъ отдѣльнымъ стазомъ. Цифры венознаго давленія очень разнятся при соответственныхъ стазахъ; венозное давленіе довольно высокое вообще, при стазѣ 25 (восходящемъ) больше чѣмъ вдвое превысило цифру стаза (=224^o/_o). Отношеніе венознаго давленія къ Короткову *mx.*, *min.* и Гертнеру строго послѣдовательно.

Мо—въ Николай. *Jnsuf. v. v. aortae et. v. bicuspid.* Крестьянинъ 18 лѣтъ, поступилъ въ клинику 18 октября 1911 г. съ жалобой на боли въ области сердца, сердцебіеніе и одышку. Болѣть съ мая с. г. 8 лѣтъ тому назадъ перенесъ суставной ревматизмъ. Роста средняго, слабаго питанія и тѣлосложенія. Слизистыя

оболочки блѣдны. Легкія: Надъ правой верхушкой при-
тупленіе звука и прослушивается жесткій выдохъ; въ
нижнихъ доляхъ изрѣдка сухіе хрипы. Сердце: Сердеч-
ная область замѣтно выпячивается; сердечный толчокъ
разлитой въ 6-мъ межреберьяхъ и на 2 пальца кнаружи
отъ лѣваго соска. Верхняя граница съ верхняго края
3-го ребра, правая доходитъ до срединной грудной, лѣвая
выходитъ на 2 пальца за лѣвую сосокую. Въ
лежачемъ положеніи слышны систолическій шумъ; на
аортѣ и у нижняго края грудины слышенъ рѣзкій диа-
столическій шумъ, акцентъ на 2-мъ тонѣ легочной артеріи.
Ясно выраженный капиллярный пульсъ Pulsus celer. Печень
прощупывается. Въ мочѣ — норма. (См. табл. № 29).

Было произведено 8 наблюдений въ 4 дня. 2 на-
блюдения ²¹/х. были съ перерывами между каждымъ от-
дѣльнымъ ставомъ по 3 мин. каждый; при сравненіи съ
первыми двумя наблюденьями ¹⁹/х. произведенными безъ
перерывовъ видно, что разница между соответственными
цифрами стаза очень небольшая и только при ставѣ въ
25 равна 32%. Последнія 4 наблюденья 15-го и ¹⁶/х! были
произведены безъ перерывовъ, цифры венознаго давле-
нія при нисходящихъ стазахъ очень близки. Венозное
давленіе во всѣхъ наблюденьяхъ стояло на довольно вы-
сокихъ цифрахъ, при чемъ во всѣхъ случаяхъ при ставѣ
25 превысило цифру стаза, а также при ставѣ 60 во
всѣхъ случаяхъ было равно или выше стаза. Отноше-
ніе венознаго давленія къ Короткову шх., min. и Герт-
неру вполне последовательно.

Ул — въ Михаилъ. Endocarditis. Septicaemia Colitis.
Крестьянинъ, 29 лѣтъ, поступилъ въ клинику 22 сен-
тября 1911 года съ жалобой на слабость, одышку, боли
въ правомъ подреберьяхъ. Считаетъ себя больнымъ около
года; значительно похудѣлъ. Ростъ средній, питаніе пло-
хое. Въ анамнезѣ алкоголизмъ. Легкія: края ихъ немного
приподняты. Дыханіе мѣстами жесткое. Сердце. Границы

нормальны. Систолическій шумъ, выслушиваемый лучше
всего на груди. Печень увеличена, выступаетъ на
4 1/2 пальца изъ подъ края реберъ, плотна и болѣзненна.
Селезенка также увеличена и болѣзненна. Пульсъ 98,
дыханіе 24. Отековъ нѣтъ. Въ мочѣ бѣлокъ (слѣды),
желчные пигменты и уробилинъ. Почечныхъ элементовъ
и цилиндровъ въ осадкѣ нѣтъ. Легкое желтушное окра-
шиваніе покрововъ. Въ нижней части живота флюктуа-
ція. Исслѣдованіе крови: эритроцитовъ 2 1/2 милл., бѣ-
лыхъ шариковъ 11.000. Гемоглобина 15%. 2 октября
появился поносъ, который временами проходилъ, затѣмъ
снова обострялся. Въ калѣ ничего особеннаго найдено
не было. Въ концѣ пребыванія въ клиникѣ появились
отеки на ногахъ. Выписался 8 ноября безъ видимаго
улучшенія состоянія. (См. табл. № 30).

Было произведено 4 наблюденья въ 2 дня. Всѣ 4 на-
блюденья произведены съ перерывами между каждымъ
отдѣльнымъ ставомъ, при чемъ каждый ставъ продол-
жался не менѣе 5 мин., а перерывъ 2—3 мин. Какъ въ
восходящихъ, такъ и нисходящихъ стазахъ * цифры веноз-
наго давленія очень близки другъ къ другу при со-
ответственныхъ стазахъ; только при ставѣ 25 онѣ раз-
нятся почти на половину. Венозное давленіе дало во-
обще довольно высокія цифры, хотя до цифры стаза под-
нялось 1 разъ при ставѣ 25. Отношенія венознаго да-
вленія къ Короткову max., min., и Гертнеру последова-
тельны, кромѣ стаза при 100.

Итогъ наблюдений надъ сердечными больными.

Всего было произведено 297 ставовъ на 25 цифрахъ,
причемъ болѣе всего на ставѣ 50—53 раза; на 100—
50 разъ; на 25 и 75 по 39 разъ; на 110—17 разъ; на
120—13 разъ; на 125—11 разъ; на 60—10 разъ и на
остальныхъ менѣе 10 разъ.

У сердечных больных еще рельефнее выступают явления, наблюдаемая у здоровых. Здесь на низких стазях до 25, также, как и у здоровых — венозное давление было постоянно выше цифр стаза. На стазь 25 из 39 случаев 15 раз венозное давление было уже ниже стаза. На стазь 50 преобладающим явлением наблюдается, что как и у здоровых, величина венозного давления меньше цифр стаза (из 53 случаев—32 раза меньше) и до стаза 75 попадают цифры венозного давления больше стаза. При стазь 75 из 39 случаев венозное давление ни разу не достигло цифр стаза. Далее при высших стазях, венозное давление в видь рѣдкаго исключения достигает цифр стаза: всего 6 раз на разных стазях до 110 включительно из 130 случаев.

При рассмотрѣніи таблицъ у сердечных больных обращаетъ вниманіе то обстоятельство, что изъ 21 больного у 15 венозное давление было довольно высокимъ, причѣмъ у 6 изъ 15—очень высокимъ (изъ нихъ 2 падаютъ на артерioskлеротиковъ изъ 4-хъ больныхъ съ артерioskлерозомъ) у 4 больныхъ было среднимъ и только у 2-хъ (табл. №№ 10 и 12) было низкимъ.

Въ большинствѣ наблюдѣній стаза производились безъ перерывовъ между каждымъ отдѣльнымъ и только въ 5 (см. табл. №№ 26—30) наблюдѣніяхъ—съ перерывами, причѣмъ въ этихъ послѣднихъ наблюдѣніяхъ не отмѣчалось чего-либо особеннаго по сравненію со стазами безъ перерывовъ.

Отношеніе венознаго давления къ Короткову max., min. и Гертнеру въ 18 изъ 21 больныхъ оказалось вполне послѣдовательнымъ и только у трехъ послѣдовательность нарушалась.

На основаніи произведенныхъ многихъ стазовъ на различныхъ цифрахъ у больныхъ съ различными пороками клапановъ и др. болѣзнями сердца (и сосудовъ) можно заключить, что венозное давление, какъ и у здо-

ровыхъ вообще довольно высокое, что также, при незначительныхъ стазях венозное давление даетъ очень большія цифры; что выше стаза 75 венозное давление почти не доходило до цифр стаза и, что стазы, произведенные съ перерывами, или безъ нихъ на цифр венознаго давления не отражаются замѣтно.

Въ послѣдовательномъ періодѣ (послѣ стаза) общее кровяное давление дало слѣд. измѣненія (51 наблюдѣніе надъ 21 больнымъ).

Статическое систолическое да- вление повысилось	25 разъ=49%
Статическое систолическое да- вление понизилось	15 » =29,4%
Статическое систолическое да- вление осталось безъ перемѣнъ	9 » =17,6%
Динамическое диастолическое да- вление повысилось	32 » =62,7%
Динамическое диастолическое да- вление понизилось	10 » =19,6%
Динамическое диастолическое да- вление осталось безъ перемѣнъ	7 » =13,7%
Звуки Короткова отсутствовали	2 » =3,9%
Гертнеръ повысился	32 » =62,7%
» понизился	10 » =19,6%
» осталось безъ пере- мѣнъ	9 » =17,6%

Наблюдѣнія надъ нефритиками.

Ко—съ Александръ. Myocarditis, nephritis. Крестьянинъ, 39 лѣтъ, торговецъ въ пивной лавкѣ. Поступилъ въ клинику 30 сентября съ жалобой на одышку, особенно по ночамъ, сердцебиеніе во время быстрой ходьбы и вхожденія на дѣстницу, тяжесть въ области желудка и запоры. Считаетъ себя больнымъ 2½ года. Въ анамнезѣ алко-голизмъ. Luesъ отрицаетъ; инфекцій не было. Ростъ выше

средняго, правильнаго тѣлосложенія. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Кожа съ синюшнымъ оттѣнкомъ. Видимыя артеріи извилисты, плотны. Легкія: въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ ослабленное дыханіе, свистаніе и субкрепитирующіе хрипы. По почамъ Cheyne-Stokes'овское дыханіе. Сердце: сверху съ нижняго края 3 ребра; справа по правой грудиной линіи, слѣва граница на 1½ пальца выходитъ за лѣвую сосковую линію. Тоны сердца чисты, но глуховаты; ритмъ галопа. Пульсъ слабого наполненія, аритмиченъ; временами bigeminus et trigeminus. Печень по сосковой линіи выходитъ на 4 пальца ниже реберной дуги, край ея тупой и болѣзненный при ощупываніи. Селезенка не прощупывается. Животъ вадуть, въ нижнемъ отдѣлѣ его полости опредѣляется небольшое количество жидкости. Въ мочѣ слѣды бѣлка; въ осадкѣ немного почечнаго эпителия и зернистыхъ цилиндровъ. Суточное количество 800. Удѣльный вѣсъ 1027. (См. табл. № 31).

Было произведено 8 наблюдений въ 4 дня. Всѣ стазы непрерывныя. Венозное давленіе довольно низкое, только 2 раза при стазѣ 25 и 50 (по разу), поднялось до цифры стаза. Отношеніе венознаго давленія къ Короткову mm , min и Гертнеру вполне последовательно.

АФ—изъ Василій. Nephritis diffusa. Крестьянинъ, по профессіи надсмотрщикъ за рабочими, 39 лѣтъ, поступилъ въ клинику 21 октября 1911 г. съ жалобой на отекъ лица и ногъ, головныя боли по временамъ. Заболѣлъ 2 мѣсяца т. н. въ анамнезѣ—ничего особеннаго. Сердце: границы 4 ребро сверху; сосковая и правая грудиная линія. Акцентъ на 2-мъ тонѣ аорты. Легкія: Границы нормальны; слезы попадаютъ влажные хрипы въ умеренномъ количествѣ. Печень и селезенка не прощупываются. Отекъ нижнихъ конечностей и кистей рукъ; лицо одутловато. Въ мочѣ бѣлокъ 9‰ и кровь. Въ осадкѣ масса зернистыхъ цилиндровъ, перерожденнаго

эпителия и лейкоцитовъ. Эритроциты въ небольшомъ количествѣ. Суточное количество 1200 к. с. Уд. в. 1010. Бѣлокъ въ мочѣ держался все время въ большомъ количествѣ. Состояніе больного съ Hx ухудшилось и больнаго Hx умеръ въ припадкѣ уремии. Epicrisis. Nephritis chr. diffusa. Pneumonia catarrh. sin. chr. Oedema pulmonum. (См. табл. № 32).

Было произведено 4 наблюдения въ 2 дня. Кровяное давленіе высокое. Стазы непрерывныя. Венозное давленіе держалось на среднихъ цифрахъ и ни разу не дошло до цифры стаза. Отношеніе венознаго давленія къ Короткову mm , min и Гертнеру вполне последовательно.

П—инт. Дмитрій. Nephritis parenchym. Tuberculosis pulmonum. Крестьянинъ 32 лѣтъ, поступилъ въ клинику 25 октября 1911 г. съ жалобой на одышку, сухой кашель и отеки. Считаетъ себя больнымъ около 2 лѣтъ. Отеки появились съ мая с. г. Работаетъ въ типографіи. Въ анамнезѣ алкоголизмъ. Отекъ лица, ногъ до коленъ; спина и животъ на 2 пальца ниже пупка также отечны.

Въ легкихъ мелкіе влажные хрипы. На лѣвой верхушкѣ крепитация. Справа подъ лопаткой притупленіе и повышено голосовое дрожаніе. Въ мокротѣ палочки t. b. c. Границы сердца въ предѣлахъ нормы. Акцентъ на pulmonalis. Печень на 3 пальца выходитъ изъ подъ края реберъ. Селезенка не прощупывается. Въ мочѣ бѣлокъ 8‰; въ осадкѣ зернистые, восковидные цилиндры, почечной эпителии и кровь. Пульсъ 80; дых. 24, g° нормальная. Суточное количество мочи 900, уд. вѣсъ 1015. До Hx состояніе больного улучшилось: отеки все исчезли, печень уменьшилась. Въ легкихъ хриповъ значительно меньше; одышка также меньше. Бѣлка въ мочѣ то уменьшалось до 3‰ (Hx) то увеличивалось до 14‰. Въ осадкѣ цилиндры исчезли, остальное по прежнему. (См. табл. № 33).

Было произведено 5 наблюдений в 3 дня — все стазы непрерывные. Венозное давление очень низко, вообще, ни при одной цифре стаза не дошло до него. Отношение венозного давления к Короткову mm , min . и Гертнеру последовательно.

И — в Александръ. Nephritis interstitialis. Медицинский чиновник 44 л. поступил в клинику 6 декабря 1911 г. Считает себя больным 2-й год; в октябре 1910 года появились значительные отеки на обеих ногах до колен, державшиеся 2½ мѣс. Давно перенес крупозное воспаление легких. Злоупотребляет алкоголемъ. Жалоба на головные боли, отсутствие аппетита, бессонницу, запоры, слабость. Рост средний при посредственном питании. Лицо одутловатое, на ступнях при давлении остается небольшая ямка. В легких в верхних долях сухие хрипы. Поперечник сердца увеличен вправо до срединной линии. В моче небольшое количество бѣлка и клеток почечного эпителия. Суточно количество мочи 400; уд. вѣс 1015; печень чувствительна к давлению, выходит изъ подъ края реберъ на одинъ палецъ. Дрожание в руках. За время пребывания больного в клиникѣ одутловатость лица уменьшилась, количество бѣлка то же уменьшилось до едва замѣтныхъ слѣдовъ; форменные элементы мочи остались безъ изменения. Размѣры сердечной тупости вошли в норму. Печень уменьшилась. Т. оставалась субфебрильной, сухие хрипы в верхних долях легких держались; у верхушки сердца послѣ быстрой ходьбы до появления одышки выслушивается шумъ съ первымъ тономъ (См. табл. № 34).

Было произведено 2 наблюдения в 2 дня; всего 4 стаза непрерывные. Последовательный ход венозного давл. указанъ в таблицѣ. Венозное давление только при стазѣ 50 превысило цифру стаза. Отношение венозного давления к Короткову mm , min . и Гертнеру вводитъ последовательно.

Ан — в Иванъ. Nephritis. Крестьянинъ 35 лѣтъ, поступил в клинику 4 октября 1911 г. съ жалобой на одышку, головные боли и упадокъ силъ. В анамнезѣ алкоголизмъ; инфекцій не переносилъ. Болеетъ около года. Роста средняго, правильнаго тѣлосложения и умереннаго питания, кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты. Лицо одутловатое; на ногахъ небольшие отеки доходящія до коленъ. Легкія: границы нормальны; выслушиваются кое-гдѣ сухіе хрипы. Сердце: Границы сердца верхняя съ 4 ребра, правая заходитъ немного вправо за лѣвую стернальную, лѣвая на 1 палецъ за лѣвую сосковую. Тоны сердца чисты. Акцентъ на 2 тонѣ аорты. Височныя и лучевыя артеріи извисты, уплотнены. Пульсъ напряженъ. Печень выходит на 2 пальца изъ за края ложныхъ реберъ. В моче бѣлка 1,5‰, в осадкѣ ея зернистые, эпителиальные цилиндры, в небольшомъ количествѣ лейкоциты и эпителиальныя почечныя клѣтки. Суточное количество 2100, уд. вѣс 1006. Упадокъ зрѣнія. При офтальмоскопированіи neuro retinitis albuminurica. Во время пребывания в клиникѣ съ 4 по 16 окт. количество бѣлка и отеки не уменьшились, по временамъ даже усиливались; головная боль была упорная, къ ней присоединилась рвота и вскорѣ безсознательное состояніе (coma uremicum), в какомъ состояніи больной скончался. На вскрытіи: Nephritis chron. Hypertrophia cordis sin. Cysta pontis Varoliae. (См. табл. № 35).

Было произведено одно наблюдение. Стазы непрерывные. Венозное давление при высокихъ стазахъ дало очень небольшія цифры. Самый большой % далъ стазъ при 50. Отношение венозного давления к Короткову mm , min . и Гертнеру не последовательно. Интересное явление: венозное давление было одинаково = 36, какъ при самомъ высокомъ стазѣ в 250 такъ и при самомъ низкомъ в 50.

К — вѣ Василій. Nephritis parenchimatosa Arteriosclerosis.

Большой крестьянин, дворник 50 лѣтъ, поступилъ въ клинику 10 января 1912 г. съ жалобой на одышку, головную боль и слабость. Считаетъ себя тяжело заболѣвшимъ около 2 мѣсяцевъ. Въ анамнезѣ никакихъ заболѣваній не указываетъ. Алкоголизма нѣтъ. Т. нормальная. Пульсъ 90, дыхъ 30. Легкія: Въ правомъ и лѣвомъ легкомъ всюду выслушиваются разсѣянные сухіе хрипы. Выпотъ въ лѣвой плеврѣ по передней аксиллярной линіи съ 6 ребра, сзади на 3 пальца ниже угла лопатки. Сердце: верхняя и правая границы въ нормѣ, лѣвая граница не простукивается т. к. въ лѣвой плеврѣ экссудатъ. На аортѣ выслушивается систолическій шумъ; у верхушки то же систолическій шумъ длиннѣе и сильнѣе аортальнаго. Отечность ногъ. Бѣлка по Эсбаху 1^{1/2}‰. Въ осадкѣ мочи большое количество эритроцитовъ и лимфоцитовъ, зернистые цилиндры, клѣтки почечнаго эпителия (много). Количество мочи 1300; уд. вѣсъ 1018. За время пребыванія въ клиникѣ до смерти—7 февраля с. г. состояніе больного ухудшилось: количество бѣлка увеличилось дойдя «п» до 2^{1/2}‰, отеки ногъ то же увеличились.

Epicrisis: Pericarditis adhaesiva chronica. Endocarditis. Infarctus renis. Nephritis parenchymatosa. (См. табл. № 36).

Было произведено одно наблюдение. Кровяное давление низкое. 7 ставокъ отъ 5 до 100 непрерывные. Венозное давление очень высокое только при ставѣ 100 не дошло до цифры стаза (=96%). Отношеніе венознаго давления къ Короткову *mm.*, *min.* и Гертнеру вполнѣ послѣдовательно.

За—кій Станиславъ. Nephritis interstitialis. Мѣщанинъ 48 лѣтъ, поступилъ въ клинику 18 ноября 1911 г. съ жалобой на одышку, боль въ области печени, головныя боли, бессонницу и общую слабость. Въ анамнезѣ алкоголизмъ. Ни *lues'a*, ни другихъ инфекцій не было (отри-

цаеть). Тѣлосложеніе слабое, питаніе плохое; ростъ средний. Височныя, плечевыя и лучевыя артеріи твердоваты на ощупь и извилисты. Склеры слегка желтоваты. Языкъ обложенъ. Легкія: границы опущены на 1 палецъ ниже нормы. Въ нижней доль лѣваго легкаго сзади незначительное притупленіе. Въ обоихъ легкіяхъ выслушиваются сухіе хрипы, а ниже угла лопатки слѣва и въ мышечной области слышны крепитирующие хрипы, а мѣстами попадаются и мелкопузырчатые. Сердце: граница верхняя съ 4-го ребра, правая на лѣвой стеральной линіи, лѣвая на 2 пальца наружи отъ лѣвой сосковой. Тоны сердца чисты. Акцентъ на 2-мъ тонѣ аорты. Пульсъ частый, неравномѣрный, аритмичный. Печень выходитъ и прощупывается ниже края ложныхъ реберъ на 4 пальца. При ощупываніи болѣзненна. Селезенка не прощупывается. По временамъ наблюдается Cheyn-Stokes'овское дыханіе. Упадокъ зрѣнія. При офтальмоскопированіи найдено *retinitis albiminurica*. Небольшой отекъ у обоихъ мышцековъ. Въ мочѣ бѣлка 4‰. Въ осадкѣ много зернистыхъ и эпителиальныхъ цилиндровъ, почечныя клѣтки, лейкоциты и кристаллы мочевой кислоты. Количество мочи 700, уд. в. 1016. Въ клиникѣ наблюдались уремическіе припадки: рѣзко выраженное cheyn—Stokes'овское дыханіе, позывы на рвоту, подавленное состояніе, державшіеся 4 дня. Кашель и хрипы въ легкіяхъ въ теченіе двухъ недѣль исчезли. Бѣлокъ держался отъ 4 до 0,5‰. Субъективныя ощущенія то проходили, то снова появлялись. Отеки исчезли. (См. табл. № 37).

Было произведено 2 наблюдения въ 2 дня. Чхп 3 стаза непрерывные; Чхп 2 стаза съ перерывомъ. Кровяное давление высокое. Венозное давление среднее; только при ставѣ 50 достигло цифры стаза, въ остальныхъ случаяхъ было ниже. Отношеніе венознаго давления къ Короткову *mm.*, *min.* и Гертнеру послѣдовательно.

К—евъ Иванъ. Nephritis. Крестьянинъ 45 лѣтъ, по-

ступилъ въ клинику 17 февраля 1912 г. съ жалобой на головную боль, слабость и опуханіе ногъ. Въ анамнезѣ никакихъ заболѣваній. Кожа и слизистыя оболочки малокровны. Въ легкихъ норма. Границы сердца нормальны. Тоны на большихъ сосудахъ очень глухи, особенно на риллопаліс; на верхушкѣ они болѣе ясны. Печень по парастерн. линіи съ 6 ребра, по средней аксиллярной съ 8 ребра. Печень на 2 пальца выходитъ изъ за края реберъ; не болѣзненна. Селезенка не прощупывается. Стулъ правильный. Въ мочѣ бѣлка 1% по Эсбаху; есть кровь (бензидиновая проба), въ осадкѣ зернистые и гиалиновые цилиндры, эритроциты, лейкоциты и почечныя клѣтки. Количество мочи 1300, уд. в. 1014. Пульсъ 56, дых. 16. За время пребыванія больного въ теченіе недѣли по 24 февраля особенныхъ перемѣнъ не произошло. Количество бѣлка уменьшилось до 0,5% (См. табл. № 38).

Было произведено одно наблюденіе. Кровяное давленіе среднее. Венозное давленіе довольно высокое. 6 стазовъ отъ 120 до 10 съ перерывомъ между каждымъ отдѣльнымъ по 2—3 минуты. Венозное давленіе не достигло цифры стаза только при 120 и 100, въ остальныхъ превысило. Отношеніе вен. давленія къ Короткову $\text{mm.}, \text{min.}$ и Гертнеру послѣдовательно.

Итогъ наблюденій надъ нефритиками.

Всего было произведено 93 стаза на 20 цифрахъ (изъ нихъ 5 по одному стазу) при чемъ на 50—19 стазовъ; на 100—16 стазовъ; на 75—9 стазовъ, на 25 и 150 по 7 стазовъ и на остальн. цифр. менѣе 7 стазовъ.

У нефритиковъ, также какъ у здоровыхъ и сердечныхъ больныхъ, на малыхъ стазахъ до 25 венозное давленіе постоянно стояло выше цифръ стаза и уже со

стаза 25 въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ венозное давленіе бывало ниже цифръ стаза; такъ при стазахъ 50 изъ 19 случаевъ только въ 4-хъ венозное давленіе было выше стаза; при 75 изъ 9 случаевъ только въ одномъ выше и уже со стаза 80 ни разу изъ произведенныхъ 51 стазовъ венозное давленіе не дошло до цифры стаза (самый высокій стазаъ былъ на 240).

Изъ таблицъ видна разница въ высотѣ венознаго давленія по сравненію со здоровыми и сердечными больными, гдѣ преобладаетъ высокое венозное давленіе и низкое давленіе теряется среди большинства высокога и средняго; у нефритиковъ же наоборотъ: изъ 8 больныхъ у 3 было высокое венозное давленіе (у К—ева даже очень высокое см. табл. № 36), у 2-хъ среднее и у 3-хъ низкое. Изъ произведенныхъ наблюденій у большинства стазаъ были непрерывные и только въ 2-хъ наблюденіяхъ (см. табл. № 37 и 38) дѣлался перерывъ между стазами, причемъ во второмъ случаѣ не отмѣчается ничего особеннаго по сравненію съ наблюденіями безъ перерывовъ.

Отношеніе венознаго давленія къ Короткову $\text{mm.}, \text{min.}$ и Гертнеру во всѣхъ случаяхъ, кромѣ одного (см. табл. № 35) исполнѣ послѣдовательно.

На основаніи рассмотрѣнныхъ наблюденій надъ нефритиками можно заключить, что у нихъ венозное давленіе при различныхъ цифрахъ стаза въ общемъ не высокое въ противоположность здоровымъ и сердечнымъ больнымъ; что при незначительныхъ стазахъ до 25 венозное давленіе во много разъ превышаетъ цифры стаза; затѣмъ, что начиная со стаза 25 въ громадномъ большинствѣ случаевъ венозное давленіе не достигаетъ цифръ стаза (что расходитсѣ съ наблюденіями надъ здоровыми и сердечными) и, наконецъ, стазаъ съ перерывами или безъ нихъ на венозное давленіе не имѣютъ большого значенія въ смыслѣ различія другъ отъ друга.

Въ послѣдовательномъ періодѣ (послѣ стазаовъ) общее

кровенное давление дало слѣд. измѣненія (16 наблюденій надъ 8 больными):

Статическое систолическое давлѣ- ніе повысилось	2 раза = 12,5%
Статическое систолическое давлѣ- ніе понизилось	9 разъ = 56,3%
Статическое систолическое давлѣ- ніе осталось безъ перемѣны	5 » = 31,2%
Динамическое диастолическое давлѣ- ніе повысилось	8 » = 50%
Динамическое диастолическое давлѣ- ніе понизилось	8 » = 50%
Гертнеръ повысился	7 » = 43,7%
» понизился	8 » = 50%
» осталось безъ перемѣны	1 » = 6,3%

Наблюденія надъ больными съ разстройствомъ дыхательнаго аппарата.

А—ла Иванъ, Pneumonia chronica. Коробочный мастеръ, 18 лѣтъ, поступилъ въ клинику 10 января 1912 г. съ жалобой на боль въ правомъ боку, кашель, сильное исхуданіе, а также боль въ правой подвздошной области. Считаетъ себя больнымъ 3 мѣсяца. Отецъ умеръ отъ туберкулеза. Въ анамнезѣ никакихъ заболѣваній. Роста небольшого, тѣлосложеніе слабое, питаніе плохое. Куриная грудъ. Т° 38,2° вечер., утр. 37,1°. Пульсъ 84, дых. 22. Легкія: Перкуторный звукъ въ правомъ легкомъ рѣзко притупленъ надъ ключицей и лопаткой. Надъ ключицей выслушивается выдохъ; на уровнѣ верхняго угла лопатки тоже выдохъ болѣе рѣзкій и съ ясно бронхіальнымъ характеромъ. Бронхіальное дыханіе выслушивается также сразу ниже выдоха. Въ нижней половинѣ грудной кѣтки справа выслушивается шероховатое и неопредѣленное дыханіе. Въ лѣвомъ легкомъ

ничего особеннаго не замѣчается. Со стороны сердца— норма. Органы пищеварительнаго тракта также нормальны. Appetitъ и сонъ удовлетворительные. По ночамъ потѣеть. Въ мокротѣ т. б. с.-бациллы. За время пребыванія въ клиникѣ въ теченіе около 2 мѣсяц. (выпущался 3 марта) больной все время лихорадиль, объективныя явленія въ легкихъ даже ухудшились, въ мокротѣ показывалась кровь. (См. табл. № 39).

Было произведено 2 наблюденія въ 2 дня. Стазы непрерывные и на малыхъ цифрахъ. Венозное давленіе высокое: только при стаѣ 80 немного не дошло до цифры стаза, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ превысило. Отношеніе венознаго давленія къ Короткову max., min., и къ Гертнеру не совсемъ послѣдовательно.

Ш—мъ Янъ, Pleuritis d. sicca. Студентъ Мед. Академіи 19 лѣтъ, поступилъ въ клинику 22 ноября 1911 г. съ жалобой на боль въ правомъ боку при вдохѣ, головную боль и общую слабость. Считаетъ себя больнымъ около 2 недѣль. Въ анамнезѣ въ дѣтствѣ плевритъ. Отецъ умеръ отъ легочной болѣзни. Роста средняго, умѣреннаго питанія; грудная кѣтка развита слабо. Въ легкихъ: границы нормальны и подвижны, правое сзади внизу мало подвижно. Перкуторный звукъ всюду нормальный. Подъ правой лопаткой выслушивается нерѣзкій шумъ тренія. Въ сердцѣ— норма. Селезенка прощупывается; другіе внутренніе органы нормальны. Т° 37,6°, пульсъ 70; дых. 18. 24 ноября больной выпущался для леченія на дому. (См. табл. № 40).

Было произведено одно наблюденіе— всего 2 непрерывные стаза по 15 мин. Венозное давленіе какъ при стаѣ 100, такъ и при 50 превысило цифру стаза. Отношеніе вен. давл. къ Короткову max., min. и Гертнеру послѣдовательно.

Е—въ Дмитрій, Pneumonia catarrhalis acuta. Крестьянинъ 40 лѣтъ, поступилъ въ клинику 9 декабря 1912 г.

съ жалобой на сильную одышку, кашель съ мокротой, головную боль и общую слабость. Считаетъ себя больнымъ 20 лѣтъ. Въ анамнезѣ: оспа, воспаление легкихъ, суставной ревматизмъ и желтуха. Со стороны наследственности—ничего особеннаго. Ростъ средний, питание удовлетворительное. Сердце: граница сверху съ 3 ребра, слева заходить на $\frac{1}{2}$ пальца за сосковую линию, правая по лѣвой стеральнойной. Тоны чисты. Легкія: Небольшое притупленіе правой верхушки. При выслушиваніи обильные сухіе хрипы повсюду, иногда и влажные хрипы. Печень на $2\frac{1}{2}$ пальца выходитъ изъ-подъ края ребра. Бациллъ въ мокротѣ не было. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Т° 37,2; пульсъ 90, дых. 20.

Выписался 18 января съ значительнымъ улучшеніемъ. (См. табл. № 41).

Было произведено 2 наблюденія въ 2 дня. Оба раза стазы на малыхъ цифрахъ непрерывные. Венозное давленіе очень высокое: во всѣхъ случаяхъ превысило цифру стаза.

Отношеніе венознаго давленія къ Короткову max., min. и Гертнеру послѣдовательно.

Ще—въ Александръ. Asthma bronchiale. Крестьянинъ 17 лѣтъ, поступилъ въ клинику 11 ноября 1911 года съ жалобой на припадки удушья, повторяющіяся въ теченіе 3 лѣтъ по 5—10 часовъ въ 2 недѣли одинъ разъ, а за послѣднее время каждую недѣлю; головныя боли, головокруженіе, носовыя кровотечения, наступающія во время удушья, сильный кашель съ труднымъ отдѣленіемъ густой мокроты. 5 разъ перенесъ воспаленіе легкихъ, болѣлъ корью, дифтерией. Стулъ черезъ 2—3 дня. Родители здоровы. Ростъ небольшой, питание умѣренное, тѣлосложеніе слабое; грудная кѣтка сдавлена съ боковъ въ нижней части. Сердце: границы нормальны, тоны чисты. Незначительный акцентъ на 2-мъ тонѣ art. pulmonal. Легкія: границы на одно ребро ниже нормы; по правой со-

сковой на 7, по средн. подмышечн. съ 9-го, а по задне-лопаточной на 12-мъ ребрѣ. При выслушиваніи въ нихъ масса сухихъ, свистящихъ и жужжащихъ хриповъ, причемъ выдохъ рѣзко продолженный. Со стороны другихъ органовъ норма. Въ мочѣ сахара и бѣлка нѣтъ. Исслѣдованіе мокроты на присутствіе т. б. с. и диплококки Fraenkel'я дало отрицательный результатъ. Исслѣдованіе крови: Эритроциты 3.400 тыс.; бѣлыхъ 18.000; Нв. 34%, причемъ нейтрофиловъ 54%, лимфоцитовъ больш. 8%, малыхъ 31%, переходныхъ 5%. (См. табл. № 42).

Было произведено 4 наблюденія въ 2 дня. Стазы непрерывные. Венозное давленіе высокое. При всѣхъ 4 стазахъ при 40 превысило цифру стаза; при стазѣ 70—1 разъ тоже было больше стаза.

Отношеніе къ Короткову max., min., и Гертнеру послѣдовательно.

Звукъ Короткова въ послѣдовательномъ періодѣ оба дня не было.

Д—кій Дмитрій. Pleurit. exudat. sin. Рядовой нижній чинъ поступилъ въ клинику 12 октября 1911 года съ жалобой на боль въ лѣвомъ боку, кашель и общее недомоганіе. Заболѣлъ около 2 недѣль т. п. Въ анамнезѣ никакихъ заболѣваній нѣтъ. Алкоголизма и lues'a не было. Т° 37,4°. Границы сердца нормальны. Тоны его чисты. Легкія: Въ лѣвомъ притупленіе сзади подъ лопаткой занимаетъ мѣсто 4 поперечныхъ пальца, выраженное не рѣзко. Голосовое дрожаніе на мѣстѣ притупленія ослаблено. Дыханіе выслушивается довольно слабое. Остальные органы нормальны. Къ 6/хч состояніе больного мало измѣнилось, т. продолжала быть повышенной до 37,5° по вечер., капля почти не было какъ и въ началѣ, мокроты также нѣтъ. Притупленіе въ лѣвомъ легкомъ осталось почти безъ перемѣн, дыханіе немного усилилось (См. табл. № 43).

Было произведено 4 наблюденія въ 2 дня, стазы непре-

равные. Венозное давление довольно высокое; при всѣхъ стазахъ при 25 превысило цифру стаза; а также 2 раза при 50 превысило; съ нимъ было еще 2 наблюдения черезъ 3 недѣли. 1-й день очень продолжительный стазъ 55 мин. 2-й день 2 стаза по 15 мин. Венозное давление было также высоко. Отношенія вен. дав. къ Короткову шх., min. и Гертнеру послѣдовательно во всѣхъ случаяхъ.

Ку—въ Николай. Pleuritis purulenta. Крестьянинъ 20 лѣтъ, поступилъ въ клинику 10 января 1912 года съ жаждой на кашель съ обильной мокротой, исхуданіе, и общую слабость. Въ июнѣ прошл. года получилъ рану ножомъ въ верхнюю часть груди, съ тѣхъ поръ и боленъ. Послѣ раненія было кровохарканье, вскорѣ прекратившееся, тогда же начался кашель съ гнойной мокротой, жаръ и ознобъ. Питаніе и тѣлосложеніе плохое. Лѣвое плечо ниже праваго: лѣвая половина грудной клѣтки запавшая; сверху ея красный рубецъ. Слѣва со второго межреберья притупленіе, сзади оно до позвоночника, внизу начинала съ средней $\frac{1}{2}$ лопатки. Голосовое дрожаніе понижено; слѣва выдохъ надъ ключицей. Дыхательные шумы ослаблены. Шума тренія нѣтъ, хриповъ то-же нѣтъ. Сердце оттѣшено вправо почти до правой стеральной линии. Тоны чисты. Печень и селезенка не прощупываются. (См. табл. № 44).

Было произведено 2 наблюдения въ 2 дня—стазы непрерывные. Венозное давление было очень высокое: только при двухъ стазахъ (оба при 100) не достигло цифры стаза; во всѣхъ другихъ—превысило. Отношенія венознаго давления къ Короткову шх., min. и Гертнеру послѣдовательны.

И—въ Алексѣй. Emphysema pulmon, pneumonia catarrhal. Крестьянинъ 18 лѣтъ, работаетъ надъ мѣдью 5 лѣтъ; за послѣднее время бросилъ ремесло по настоянію врачей. Въ дѣтствѣ золотуха, потомъ корь. Лѣтъ съ 15 каш-

ляетъ. Кашель усилился за послѣдній годъ, когда появилась и одышка. Грудь бочкообразная; граница легкихъ понижена на 1—2 ребра. Край ихъ малоподвиженъ. Мелко и средне гулвратные хрипы и крепитация. Сердце прикрыто; тоны глуховаты. Акцентъ на pulmonalis. Пульсъ 102, дѣл. 24, τ 37,6. Печень немного понижена; селезенка нормальна. (См. табл. № 45).

Было произведено 2 наблюдения въ 2 дня по 2 стаза каждый день продолжительностью 1-й разъ 42 мин., 2-й 1 часть. Стазы непрерывные. При стазѣ 40 оба раза венозное давление равнялось цифрѣ стаза, въ другихъ случаяхъ было довольно высоко. Отношенія венознаго давления къ Короткову шх., min. и Гертнеру—послѣдовательны.

Итогъ наблюденій надъ больными съ разстройствомъ дыхательнаго аппарата.

Всего было произведено у больныхъ названной категории 77 стазовъ на 15 цифрахъ, при чемъ на 100—10 стазовъ, на 40—9 стаз., на 50—8 стазовъ, на 10—7 стазовъ; на 25, 75 и 100 по 6 и на остальныхъ цифрахъ менше 6. У больныхъ этой категории наблюденій было сдѣлано сравнительно немного; только 6 больныхъ—15 наблюденій; изъ небольшого материала все же видно, что на малыхъ стазахъ до 25—венозное давление всегда превышало цифры стаза; далѣе до стаза 75 преобладающимъ явленіемъ было превышеніе венознаго давления надъ цифрами стаза и цифры менше стаза единичны; начиная же съ 75 наоборотъ: единичны случаи съ превышеніемъ венознаго давления надъ цифрой стаза; всего было 2 раза: при стазахъ 80 и 100—равны.

При разсмотрѣніи таблицъ видно, что у всѣхъ

больных рассматриваемой категории венозное давление под влиянием стазов было довольно высоким; средних, тем более низких цифр вовсе не было. Все наблюдения произведены без перерывов между каждым отдельным стазом.

Отношение венозного давления к Короткову mm , min . и Гертнеру во всех случаях, кроме одного (см. табл. № 39) последовательно. Из рассмотренных наблюдений можно заключить, что у больных с расстройствами дыхательного аппарата венозное давление при различных стазах вообще довольно высокое; что до стаза 25 во всех случаях, как у здоровых и больных других категорий, превышает цифру стаза и до стаза 75 венозное давление является преобладающим над цифрами стаза, а со стаза 75—наоборот.

В последовательном периоде (послѣ стазовъ) общее кровяное давление дало след. изменения (6 больных—15 наблюдений).

Статическое систолическое давление повысилось	7 разъ = 46,7%
Статическое систолическое давление понизилось	2 раза = 13,3%
Статическое систолическое давление осталось безъ перемѣн	3 » = 20,0%
Динамическое диастолическое давление повысилось	7 разъ = 46,7%
Динамическое диастолическое давление понизилось	3 раза = 20,0%
Динамическое диастолическое давление осталось безъ перемѣн	2 » = 13,3%
Звуки Короткова отсутствовали	3 » = 20,0%
Гертнеръ повысился	8 разъ = 53,3%
» понизился	5 » = 31,3%
» остался безъ перемѣн	2 раза = 13,3%

Наблюдения надъ больными различныхъ категорій.

Б.—изъ Яковъ. Neurasthenia. Студентъ Медич. Академіи 21 года поступилъ въ клинику 12 ноября 1911 г. съ жалобой на общую слабость и небольшую боль въ животѣ; заболѣлъ 3 дня тому назадъ, была рвота и поносъ. За послѣднюю зиму много нервничалъ, былъ плохой сонъ, тяжесть въ головѣ; за 2 мѣсяца было 4 обморока. Въ анамнезѣ и со стороны наследственности—все въ порядкѣ. Питаніе удовлетворительное. Языкъ обложенъ. На кожѣ туловища довольно рѣзкій дермографизмъ. Со стороны легкихъ, сердца и органовъ пищеваренія—ничего особеннаго не замѣчается. Т° нормальная. Пульсъ 60; дых. 18. Въ мочѣ и калѣ—норма. Желудочное содержимое тоже норма. 17 ноября выписался здоровымъ въ отношеніи желудка. (См. таблица № 46).

Было произведено 4 наблюдения въ 2 дня. Стазы непрерывные. Венозное давление высокое. При стазѣ 50 (2 раза) превысило цифру стаза.

Отношеніе венознаго давл. къ Короткову max. min и Гертнеру последовательно.

К.—въ Павелъ. Neurasthenia. Военный писарь 22 лѣтъ, поступилъ въ клинику 10 января 1912 года, съ жалобой на боли въ нижней части грудной кѣтки, періодическія головныя боли, то въ лобной, то въ затылочной области; по временамъ бывають отрывки и изжога. Сильная зябкость. Считаетъ себя больнымъ около года. Въ анамнезѣ злоупотребленіе алкоголемъ. Много курить. Мѣсяцъ тому назадъ лежалъ въ клиникѣ по поводу соннаго паралича. Ростъ средний, тѣлосложеніе и питаніе умеренное. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты. Языкъ немного обложенъ. Органы брюшной и грудной полости видимыхъ изменений не представляютъ. Чувствительность при опцупываніи области печени и желудка. Въ

мочѣ—норма; ¹⁰ нормальная. Синюшность кистей рук;—онѣ влажны и холодны. Рефлексы значительно повышены. Дермографизм выраженъ ясно. (См. табл. № 47).

Было произведено два наблюдения въ два дня. Стазы непрерывные. Венозное давление среднее; до цифры стаза не дошло. Отношеніе венознаго давления къ Короткову max., min. и Гертнеру послѣдовательно.

С—въ Николай. Scorbutus. Neurasthenia. Нестроевой нижній чинъ 23 лѣтъ, считаетъ себя больнымъ около 3 недѣль. Поступилъ въ клинику 1 сентября съ жалобой на ломоту въ ногахъ и кровоточивость десенъ. Въ анамнезѣ ничего особеннаго. Lues'ъ отрицаетъ. Дыханіе чистое. Тоны сердца чисты. Со стороны органовъ брюшной полости уклоненій отъ нормы нѣтъ. Край десенъ значительно припухъ, при легкомъ дотрогиваніи кровоточить. На голеняхъ и бедрахъ мелкіе кровоподтеки. (См. табл. № 48).

Было произведено 4 наблюдения въ 2 дня. Стазы непрерывные. Венозное давленіе держалось на среднихъ цифрахъ и только при нисходящемъ ставѣ 7/х дало низкія цифры. При ставѣ 25—3 раза превысило цифру стаза. Отношеніе венознаго давления къ Короткову max., min. и Гертнеру послѣдовательно.

Го—въ Иванъ. Influenza. Нижній чинъ 23 лѣтъ, поступилъ въ клинику 1 января 1912 г. съ жалобой на головную боль, знобъ и общую слабость. Заболѣлъ 3 дня т. н. Питаніе хорошее. Въ сердцѣ норма. Въ легкихъ нѣкоторое притупленіе справа по средней и задней аксиллярной линіи начиная съ 5 ребра; при выслушиваніи на мѣстѣ притупленія попадаютъ нѣсколько сухихъ хриповъ; въ остальныхъ мѣстахъ везикулярное дыханіе. Печень и селезенка не прощупываются. Т° 37,2. 7 января выписался здоровымъ. (См. табл. № 49).

Было произведено 2 наблюдения въ 2 дня. 1-ое

наблюденіе на низкихъ цифрахъ стаза дало очень высокое венозное давленіе. 2-ое съ перерывомъ, 2 стаза по 20 мин. на 120 и 50; венозное давленіе высокое. Отношеніе венозн. давл. къ Короткову max., min. и Гертнеру послѣдовательно.

К—въ Иванъ. Hepatitis. Вахтеръ продовольственнаго магазина 28 лѣтъ, поступилъ въ клинику 26 ноября 1911 г. съ жалобой на желтуху и боль подъ ложкой. Боленъ 2 недѣль. Наслѣдственность здоровая. Умеренный алкоголизмъ. Lues'ъ отрицаетъ; другихъ инфекцій не было. Сложеніе и питаніе хорошия. Вся кожа тѣла и склеры глазъ равномерно окрашены въ яркожелтый цвѣтъ. Слизистыя—блѣдноваты. Въ легкихъ и сердцѣ—норма. Дыханіе везикулярное; тоны сердца чисты. Печень прощупывается. Селезенка также прощупывается. Въ мочѣ: много желчныхъ пигментовъ и индиканъ. Каль глинистый, неокрашенный. Пульсъ 84, дых. 27. Къ 9/1 желтушное окрашивание держалось въ легкой степени на лицѣ и склерахъ. Въ мочѣ—норма. Печень и селезенка прощупываются. Выписался 17/1 въ состояніи какъ и 9/1. (См. табл. № 50).

Было произведено 4 наблюдения въ 4 дня. Первые 3 наблюдения на высокихъ цифрахъ стаза дали высокое венозное давленіе (стазы продолжительные). Послѣднее 9/1 на низкихъ цифрахъ стаза дало очень высокое венозное давленіе, которое во всѣхъ случаяхъ превысило цифру стаза. Отношеніе вен. давлен. къ Короткову max., min. и Гертнеру послѣдовательно.

Ко—въ Петръ. Cirrhosis hepatis hypertroph. Булочникъ 18 лѣтъ, поступилъ въ клинику 10 февраля 1912 года съ жалобой на желтуху. Считаетъ себя больнымъ 3 мѣсяца. Lues' и алкоголизмъ отрицаетъ; другихъ болѣзней не было. Наслѣдственность адорвая. Ростъ небольшой, питаніе удовлетворительное. Бѣлки глазъ рѣзко желтушны, кожа не желтушна. Въ легкихъ норма, кромѣ

выдоха на правой верхушкѣ. Сердце: верхняя граница съ 4 ребра, лѣвая выходитъ на 2 пальца за мамиллярн. линію, правая нѣсколько выходитъ за mediana вправо. Печень: передняя ея граница нормальна, по lin-axis, начинается съ 7 ребра. Прощупывается, плотна, болѣзненна. Селезенка также плотная и прощупывается. Въ мочѣ желчные пигменты и уробилинъ. Каль не вполне обезцвѣченъ. Т° нормал., пульсъ 72, дых. 16. Выписался 6 марта безъ видимаго улучшения состоянія. (См. табл. № 51).

Было произведено 2 наблюденія въ 2 дня. Стазы непрерывные. Венозное давленіе дало высокія цифры и только при стазѣ 100 (оба раза) не дошло до цифры стаза, во всѣхъ же другихъ превысило. Отношеніе венозного давленія къ Короткову и Гертнеру послѣдовательно.

Со—въ Матвѣй. Stenosis oesophagi. Почетный гражданинъ 56 лѣтъ, служить сторожемъ въ медицинскомъ департаментѣ, поступилъ въ клинику 14 января 1912 г. съ жалобой на невозможность жевать твердую пищу, общую слабость, сильное исхуданіе и боли въ животѣ. Считаетъ себя больнымъ около 2 лѣтъ. Питается бульономъ, яйцами и размятой булкой. Въ анамнезѣ ничего особеннаго. Умѣренный алкоголизмъ. Наслѣдственность здоровая. Ростъ средній, тѣлосложеніе правильное, питаніе очень ослаблено. Со стороны легкихъ и сердца—норма. Печень и селезенка не увеличены. Болѣзненность по всему животу. Т° норм. Пульсъ 88, дых. 20. Постоянные запоры. Въ мочѣ норма. Послѣ пробнаго завтрака зондъ могъ быть введенъ лишь на 43 см, отъ края зубовъ и въ желудокъ не попалъ. При осмотрѣ Рентгеномъ капа проходитъ свободно по пищеводу и падаетъ въ желудокъ. Выписался 29 января въ томъ же состояніи. (См. табл. № 52).

Было произведено 2 наблюденія въ 2 дня. Стазы непрерывные. Венозное давленіе въ первомъ наблюденіи

дало высокія цифры только при малыхъ стазахъ: отъ 5 до 40. 2-е наблюденіе дало среднія цифры венозного давленія и было соответственно выше на высокіхъ цифрахъ стаза. Отношеніе венозного давленія къ Короткову *mx.*, *min.* и Гертнеру послѣдовательно.

Ма—въ Петръ. Ulcus ventriculi. Крестьянинъ 62 лѣтъ, занимается торговлей на улицѣ. Поступилъ въ клинику 16 декабря 1911 г. съ жалобой на запоры, смѣняющіеся поносами, боль въ животѣ послѣ бды и одышку. Болеетъ около года. Въ анамнезѣ кромѣ алкоголизма (пилъ сильно 10 л.) ничего особеннаго. Ростъ высокій, сильное исхуданіе. Артерія radial и tempor. плотны, особенно radialis на которой прощупываются плотныя четки. Въ лѣвомъ заху плотныя лимфатическія железы. Сердце: верхняя граница съ 4 ребра, правая почти доходить до mediana, лѣвая нормальна. Толчекъ между 5 и 6 ребр. Тоны чисты, на 2-мъ тонѣ аорты акцентъ. Селезеночная тупость съ 8 ребра. Печень не прощупывается. Въ легкихъ—норма. Пульсъ 78, дых. 24. Исслѣд. желудочнаго сока послѣ пробнаго завтрака. Количество 120,0 общая кислотность 28, свободной Hcl и молочной нѣтъ. ^{29/xi} Границы желудка до раздуванія на 1 палецъ ниже пупка, послѣ раздуванія остались безъ измѣненія. За время пребыванія въ клиникѣ по ^{29/xi} перемѣнъ не было. (См. табл. № 53).

Было произведено одно наблюденіе, стазы непрерывные. Венозное давленіе при стазѣ 40 превысило цифру стаза. Отношеніе венозн. давл. къ Короткову *mx.* и Гертнеру послѣдовательно.

Та—въ Петръ. Lues cerebri. Крестьянинъ 32 лѣтъ, поступилъ въ клинику 25 октября 1911 г. съ жалобой на общую слабость, головную боль, боль въ спинѣ, рукахъ и ногахъ; отсутствіе памяти. Въ анамнезѣ лuesъ—7 лѣтъ т. н. Прошелъ нѣсколько разъ курсъ леченія. За послѣдній годъ съ больнымъ было 3 припадка, сопровождавшихся потерей сознанія, обморочнымъ состоя-

ниемъ и судорогами. Раньше былъ алкоголизмъ. Со стороны наследственности ничего особеннаго. Со стороны легкихъ и сердца все въ нормѣ. Плохой аппетитъ; частые запоры. Кольняныя рефлексы повышены. Тѣлосложение и питаніе хорошее. За время пребыванія больного въ клиникѣ по 6 ноября 1911 г. ничего особеннаго въ состояніи больного не произошло. (См. табл. № 54).

Было произведено 4 наблюденія въ 2 дня. Стазы непрерывныя. Венозное давленіе дало среднія цифры. При стазѣ въ 25 въ 3-хъ случаяхъ превысило цифру стаза. Отношеніе венознаго давленія къ Короткову *mm.*, *min.* и Гертнеру не вполне послѣдовательно.

Ц.—въ Александръ. Anaemia. Крестьянинъ 19 лѣтъ, портной поступилъ въ клинику 14 ноября 1911 г. съ жалобой на боль въ груди, подъ лопаткой, головокруженіе и одышку. Бываютъ отеки ногъ. Считаетъ себя больнымъ около года. Въ легкихъ ничего особеннаго. Сердце: граница сверху съ 3 ребра, справа лѣвая стернальная линія, слѣва мамиллярная; толчекъ въ 5-мъ межреберья чуть правѣ лѣвой сосковой. Систолическій шумъ у верхушки и на аортѣ. Шумъ волчка, тоны на большихъ артеріяхъ конечностей; двойной шумъ Дюротье. Печень увеличена на 2 пальца. Селезенка не прощупывается. Пульсъ 94, дых. 20. При изслѣдованіи мочи найденъ индиканъ. Изслѣдованіе крови: эритроциты 900.000, бѣлыхъ 4300. Гемоглобина 18%. Нейтрофилы 15%; лимфоциты большіе 18%, малые лимфоциты 59%; переходн. 7%, эозиноф. 2%. Ядерныхъ красныхъ тѣлецъ 1%. За время пребыванія въ клиникѣ по 2 хл с. г. перемѣнъ замѣтныхъ не произошло. (См. табл. № 55).

Было произведено одно наблюденіе съ перерывомъ между каждымъ стазомъ по 5 мин. Венозное давленіе среднее, далеко не достигло цифры стаза. Отношеніе ве-

нознаго давленія къ Короткову *mm.*, *min.* и Гертнеру послѣдовательно.

Мѣ—въ Андрей. Angina follic. Neurarthenia. Нижній чинъ, 23 лѣтъ, поступилъ въ клинику 6 декабря 1911 г. съ жалобой на головную боль, боль въ горлѣ, поносъ; болевъ недѣлю. Сложение и питаніе удовлетворительное. Перкуторный звукъ грудной кѣтки ясный, дыханіе въ обоихъ легкихъ чистое, везикулярное. Границы сердца заглупшенія въ предѣлахъ нормы, оба тона сердца чисты, ясны. Печень прощупывается, край ея мягкій, болѣзненъ при ощупываніи. Селезенка съ верхняго края 8-го ребра, тоже болѣзненна; жалуются на боль при ощупываніи въ нисходящей части ободочной кишки. Стулъ жидкій, нѣсколько разъ въ день. Въ зѣвѣ краснота и припуханіе миндалинъ съ фолликулами. Пульсъ 80, дых. 22. Къ 21 д. состояніе больного было вполне хорошее. Angina прошла, поносъ тоже прекратился, однако жалобы на головную боль и шумъ въ ушахъ. Слухъ повышенъ на оба уха; ° субфебрильная. Кисти рукъ часто цианотичны, холодны и влажны. Бѣлый дермографизмъ. Выписался 8 января. (См. табл. № 56).

Было произведено 3 наблюденія въ 3 дня. Наблюденія съ перерывомъ между отдѣльными стазами. Венозное давленіе высокое. При стазѣ 40 (2 раза) превысило, и при стазѣ 75 также превысило цифру стаза. Отношеніе венознаго давленія къ Короткову *mm.*, *min.* и Гертнеру послѣдовательно.

Итогъ наблюденій надъ больными различныхъ категорій.

Всего было произведено 95 стазовъ на 16 цифрахъ, при чемъ на 50—17 стазовъ, на 100—14 стазовъ, на 25 и 75 по 10 стазовъ, на 120—7 стазовъ и на другихъ цифрахъ менѣе 7.

У больныхъ названной группы на малыхъ стазахъ до 50 венозное давление было выше цифры стаза, (только 2 раза при стазѣ 25 было меньше стаза); начиная со стаза 50 преобладающимъ явленіемъ наблюдается, какъ у здоровыхъ и больныхъ другихъ категорій,—что венозное давление дѣлается меньше цифръ стаза; такъ при стазѣ 50 изъ 17 случаевъ только въ 6 венозное давление было больше цифръ стаза, затѣмъ при стазахъ 75 и 80 въ 3-хъ случаяхъ изъ 10 венозное давление было больше цифръ стаза, а въ 49 случаяхъ при стазахъ на большихъ цифрахъ венозное давление держалось ниже стаза.

Разсматривая таблицы видно, что у больныхъ наблюдаемой категоріи венозное давление подѣ влияніемъ различныхъ стазовъ было довольно высокое, именно изъ 11 больныхъ у 5—высокое, у 6—среднее и только при одномъ наблюденіи (табл. № 48) при нисходящемъ стазѣ дало низкія цифры.

У двухъ больныхъ (табл. № 55 и 56) стазы производились съ перерывами, а у остальныхъ 9 безъ нихъ, при чемъ при стазахъ съ перерывами, венозное давление не представляло какихъ либо особенностей по сравненію съ цифрами венознаго давления полученными при стазахъ безъ перерывовъ.

Отношеніе венознаго давления къ Короткову ихъ, мп. и Гертнеру во всѣхъ случаяхъ, кромѣ одного (табл. № 54) было вполне послѣдовательно.

Резюмируя все изложенное по поводу венознаго давления при стазахъ у больныхъ различныхъ категорій можно заключить, что у нихъ венозное давление вообще довольно высокое; что при малыхъ и среднихъ стазахъ до 50 оно постоянно превышало цифру стаза; начиная же со стаза 50 венозное давление за рѣдкими, можно сказать единичными, исключеніями было меньше цифръ стаза и наконецъ, что венозное давление при стазахъ

произведенныхъ съ перерывами или безъ нихъ мало отличалось другъ отъ друга.

Въ послѣдовательномъ періодѣ (послѣ стазовъ) общее кровяное давление дало слѣд. измѣненія (22 наблюденія надъ 12 больными).

Статическое систолическое давление повысилось	11 разъ=50%
Статическое систолическое давление понизилось	9 » =41%
Статическое систолическое давление осталось безъ перемѣнъ	2 » =9%
Динамическое диастолическое давление повысилось	11 » =50%
Динамическое диастолическое давление понизилось	8 » =36,3%
Динамическое диастолическое давление осталось безъ перемѣнъ	3 » =14%
Гертнеръ повысился	13 » =59%
» понизился	7 » =32%
» остался безъ перемѣнъ	2 » =9%

ТАБЛИЦЫ.

№ 1.

2/х. 11 г. Коротковъ 180—110—96—90; Гергнеръ 95; Пул. 84. Длх. 18.

При	статъ	Вен. х.	% вен. х.	% вен. х.	к. Кор.	к. Кор.
					к. Гергн. <td>мин. </td>	мин.
		120	20	17	24	15 22
>	>	90	18	20	21	14 20
>	>	60	16	27	19	12 18
>	>	30	12	40	14	9 13

Послѣд. періодъ. Коротковъ 138—114—92—88; Гергнеръ 95.

3/х. Коротковъ 164—146—130—128; Гергнеръ 95; Пул. 88; длх. 20.
4/х. > 146—120—106—98. > 80; > 80; > 18.

3/х. При	статъ	В. х.	% в. х.	4/х. При	статъ	В. х.	% в. х.
		120	46	38	30	16	53
		90	30	33	30	24	45
		60	28	47	30	26	29
		40	20	50	30	26	22

Послѣд. пер. 3/х. Коротковъ 160—140—130—122; Гергнеръ 100.
> 4/х. > 142—114—106—100; > 90.

№ 2.

5/х. 11 г. Коротковъ 180—114—106—96; Гергнеръ 95. П. 68. Д. 18.

При	статъ	Вен. х.	%	% в. д.	к. Кор.	к. Кор.	Вен. х.	%
					к. Гергн. <td>мин. <td></td> <td></td> </td>	мин. <td></td> <td></td>		
		120	50	42	55	39 52	30	14 47
		100	46	46	48	35 47	50	30 60
		75	44	59	46	34 45	75	36 48
		50	32	64	34	25 33	100	38 38
		30	30	100	32	23 31	120	42 35

6/х. Коротковъ 128—98—90—86; Гергнеръ 80; П. 68; Д. 20.

При	статъ	30	28	93	При	статъ	120	56	47
		50	40	80			100	60	60
		75	44	59			75	56	75
		100	52	62			50	42	54
		120	34	28			30	34	113

Послѣдательный періодъ.

5/х. Коротковъ. 146—126—120—118. Гергнеръ 67.
6/х. > 128—116—104—100. Гергнеръ 80.

№ 3.

9/12. Коротковъ 110—96—90—70; Гергнеръ 90. П. 60. Д. 18.

При	статъ	Вен. х.	%	% в. д.	к. Кор.	к. Кор.
					к. Гергн. <td>мин. </td>	мин.
		4	24	600	27	22 34
		10	46	463	31	22 66
		20	52	290	58	47 74
		40	60	150	67	55 86

Послѣд. пер. Коротк. 110 — — 76; Гергнеръ 88.

12/л. Коротковъ 112 — — 68; Гергнеръ 90. П. 60. Д. 18.

Статъ при 100 вознон. длхен. 60, 70, 74, 80, 84, 84, 84, 90, 94, 96, 96, 98, 100, 96, 96, 100, 102, 104, 104 (10 минутъ) = 104^{0/0}.

Статъ при 40 вознон. длхен. 52, 54, 52, 52, 50, 56, 50, 48, 44, 52, 52, 50 (10 мин.) = 130^{0/0}.

Послѣд. пер. Коротк. 114—92—84—70; Гергнеръ 100.

№ 4.

14/12 г. Коротковъ 160—126—122—102; Гергнеръ 110. П. 68. Д. 18.

При	статъ	В. х.	%	% в. д.	к. Кор.	к. Кор.
					к. Гергн. <td>мин. </td>	мин.
		145	90	62	82	56 88
		100	98	98	89	61 96
		50	64	128	58	40 63

Послѣд. періодъ Коротк. 152—130—124—120; Гергнеръ 120.

17/л. Коротк. 144 — — 90; Гергнеръ 100. П. 64. Д. 18.

При	статъ	5	44	880	44	30	49
		10	50	500	50	35	56
		15	52	347	52	36	58
		20	64	320	64	46	71
		40	68	170	68	47	76

Посл. пер. Коротк. 140 — — 90; Гергнеръ 110.

№ 5.

19/х 11 г. Коротковъ 160—140—114—90. Гергнеръ 95. П. 80. Д. 20.

При	статъ	В. х.	%	% в. д.	к. Кор.	к. Кор.	В. х.	%			
					к. Гергн. <td>мин.</td> <td></td> <td></td>	мин.					
		150	62	41	65	39 69	При	статъ	25	46	184
		100	68	65	70	43 76			50	56	112
		75	66	85	69	41 73			75	54	72
		30	92	104	55	33 58			100	64	64
		25	50	200	53	31 45			125	64	51
									150	70	47

22 х. Коротк. 144—124—108—100. Гертнерь 102. П. 68. Д. 18.

При ставъ	130	70	54	При ставъ	25	40	160
»	100	50	50	»	75	50	100
»	75	48	81	»	75	66	88
»	50	36	72	»	100	80	80
»	25	38	152	»	130	80	62

Послѣд. пер.

19 х. Коротковъ. 150 — — 100. Гертнерь 100.

22 х. Коротковъ 144—124—98—90. Гертнерь 90.

№ 6.

20/xi 11 г. Коротковъ 134—110—104—92. Гертнерь 130. П. 84. Д. 22.

Ставъ при 120 веноз. давлен. 56, 60, 64, 64, 70, 74, 68, 80, 78, 80, 80, 82, 84, 86, 84, 84, 84. (ставъ 15 мин.)=70%.

Ставъ при 90 веноз. давлен. 70, 80, 86, 92, 94, 98, 90, 92, 84, 80, 84, 76, 76, 70 (ставъ 12 мин.)=93%.

Послѣд. периодъ: Коротковъ 136 — — 80; Гертнерь 125.

27/xi 11 г. Коротковъ 124—110—104—94; Гертнерь 110; П. 88. Д. 22.

Ставъ при 40 веноз. давлен. 42, 52, 46, 56, 56, 52, 46, 44, 46, 50, 46, 46, 44, 44, 50, 46, 45, 44, 46, 48, 50, 50, 50 (ставъ 18 мин.)=129%.

Ставъ при 120 веноз. давлен. 40, 40, 50, 42, 44, 54, 64, 64, 70 (болье наблюденіе прекращено)=69%.

Послѣд. периодъ: Коротковъ 126 — — 86; Гертнерь 110.

№ 7.

4/xi 11 г. Коротковъ 154—150—144—136; Гертнерь 125. П. 64. Д. 20.

	В. д.			% к. в. д.		к. Кор. к. Кор.		В. д.		% к. Герт.
	150	90	60	72	58	66	30	36	120	
При ставъ	150	90	60	72	58	66	30	36	120	
»	125	80	64	64	52	59	»	60	64	107
»	90	76	84	60	49	56	»	90	60	67
»	60	60	100	48	39	44	»	125	90	72
»	30	36	120	29	23	26	»	160	84	56

5/xi Коротковъ 210—174—150—140; Гертнерь 130. П. 56. Д. 18.

При ставъ	190	70	37	При ставъ	30	40	133
»	160	96	60	»	60	60	100
»	125	80	64	»	90	78	87
»	80	70	78	»	125	88	70
»	60	60	100	»	160	84	52
»	30	36	120	»	190	58	31

17/xi Коротковъ 140—126—124—120; Гертнерь 110. П. 68. Д. 16.

При ставъ	130	110	85	При ставъ	50	70	140
»	90	50	111	»	60	90	100
»	50	70	140	»	130	110	85

18/xi 11. Коротковъ 130—100—84—80; Гертнерь 110. П. 76. Д. 18.

При ставъ	50	64	128	При ставъ	50	80	160
»	90	100	111	»	90	104	116
»	120	104	87	»	120	110	92

Послѣд. периоды 4 х. Коротковъ 160 — — 136; Гертнерь 130.

» 5 х. » 168 — — 150; » 125.

» 17 х. » 140 — — 130; » 120.

» 18/xi. » 136—110—100—100; » 105.

№ 8.

14/x. 11 г. Коротковъ 146—128—108—104; Гертнерь 60. П. 60. Д. 18.

	Вен. давлен.		% вен. давл.		к. Кор. к. Кор.		Вен. давлен.		% вен. давл.
	120	90	83	34	48	25	30		
При ставъ	130	50	38	83	34	48	25	30	120
»	110	62	56	103	42	60	»	»	50
»	75	40	53	67	27	38	»	»	75
»	50	42	84	70	28	40	»	»	100
»	25	28	113	47	19	30	»	»	130

15/x 11 г. Коротковъ 140—134—100—92; Гертнерь 80. П. 52. Д. 18.

При ставъ	25	30	80	При ставъ	130	36	28
»	50	28	56	»	110	40	40
»	75	40	53	»	75	20	56
»	100	42	42	»	50	30	40
»	130	52	40	»	25	20	80

Послѣд. пер. 14 х. Коротк. 140—130—130—110. Герт. 85.

15 х. » 136 — — 104. » 90.

№ 9.

30/x 11 г. Коротковъ 128—114—100—88. Гертнерь 90. П. 72. Д. 18.

	Вен. давлен.		% вен. давл.		к. Кор. к. Кор.		Вен. давлен.		% вен. давл.
	120	90	55 1/2	39 <th>57 1/2</th> <th>25 <th>30 </th></th>	57 1/2	25 <th>30 </th>	30		
При ставъ	120	76	63	84	59	86	25	30	120
»	100	50	55 1/2	39	57	»	»	»	50
»	75	50	67	55 1/2	39	57	»	»	75
»	50	48	96	53	37 1/2	»	»	»	100
»	25	24	96	37	19	27	»	»	120

31 х. Коротковъ 124—106—90—86; Гергнеръ 75. П. 72. Д. 18.

При ставъ	25	36	144	При ставъ	120	50	42
»	50	30	60	»	100	70	70
»	75	54	72	»	75	68	83
»	100	64	64	»	80	54	108
»	120	70	58	»	25	26	104

Послѣд. пер. 30 х. Коротковъ. 126—100—96—84. Гер. 95.
31 х. 124—108—96—86; « 60.

№ 10.

10 х 11 г. Коротковъ 164 — — 126; Гергнеръ 110. П. 78. Д. 22.

	Венск. дал.		% вен. дал.		% вен. дал.		к Кор. макс.		к Кор. мин.		Вен. дален.		% вен. дал.	
	При ставъ	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
При ставъ	150	28	19	25	17	22	»	»	25	18	76	»	»	»
»	125	20	16	18	12	16	»	»	50	12	24	»	»	»
»	100	20	20	18	12	16	»	»	75	12	16	»	»	»
»	75	16	21	14	10	13	»	»	100	12	12	»	»	»
»	50	16	32	14	10	13	»	»	125	16	13	»	»	»
»	28	10	40	9	6	8	»	»	150	12	8	»	»	»

11 х. Коротковъ 160—140—120—112; Гергнеръ 65. П. 72. Д. 20.

При ставъ	25	16	64	При ставъ	150	20	13
»	50	16	32	»	125	16	13
»	75	18	24	»	100	10	10
»	100	14	14	»	75	8	11
»	125	16	13	»	50	8	12
»	150	16	11	»	25	4	16

Послѣд. пер. 10 х. Коротковъ 164 — — 128.
Гергнеръ 100.
11 х. Коротковъ 162 — — 136.
Гергнеръ 90.

№ 11.

16 х 11 г. Коротковъ 130—120—110—84; Гергнеръ 83. П. 76. Д. 22.

	Венск. дал.		% вен. дал.		% вен. дал.		к Кор. макс.		к Кор. мин.		Вен. дален.		% вен. дал.	
	При ставъ	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
При ставъ	120	62	52	75	40	75	»	»	35	40	160	»	»	»
»	100	52	32	63	40	63	»	»	50	50	100	»	»	»
»	75	50	67	60	38	60	»	»	75	56	75	»	»	»
»	50	42	84	51	32	51	»	»	100	40	40	»	»	»
»	25	30	120	36	23	36	»	»	120	82	32	»	»	»

17 х. Коротковъ 124—106—92—86; Гергнеръ 95. П. 70. Д. 24.

При ставъ	25	30	120	При ставъ	120	48	40
»	50	26	52	»	100	50	50
»	75	90	40	»	75	46	61
»	100	38	38	»	50	44	88
»	120	36	30	»	25	34	136

10 х 11 г. Коротковъ 124—104—90—88; Гергнеръ 85. П. 76. Д. 22.

	Вен. дал.		% вен. д.		% вен. д.		Вен. дален.		% вен. дал.	
	При ставъ	»	»	»	»	»	»	»	»	»
При ставъ	115	80	70	При ставъ	50	50	100	»	»	»
»	90	84	93	»	90	66	73	»	»	»
»	50	76	152	»	115	86	75	»	»	»

11 х 11 г. Коротковъ 124—120—110—106; Гергнеръ 77. П. 72. Д. 22.

	Вен. дал.		% вен. д.		% вен. д.		Вен. дален.		% вен. дал.	
	При ставъ	»	»	»	»	»	»	»	»	»
При ставъ	50	100	50	При ставъ	115	100	87	»	»	»
»	90	80	89	»	90	84	93	»	»	»
»	115	82	71	»	50	50	100	»	»	»

Послѣд. періодъ 16 х Коротковъ 128—100—90—86; Гергнеръ 86.
17 х « 124—106—92—86 « 65
10 х « 124—120—110—106 « 77
11 х « 126 — — 104 « 83

№ 12.

10 х 11 г. Коротковъ 110 — — 90; Гергнеръ 83. П. 100. Д. 26.

	Венск. дал.		% вен. дал.		% вен. дал.		к Кор. макс.		к Кор. мин.		Венск. дал.		% вен. дал.	
	При ставъ	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
При ставъ	110	70	64	84	64	78	При ставъ	25	20	80	»	»	»	»
»	100	56	56	67	51	62	»	50	24	48	»	»	»	»
»	75	60	80	72	55	67	»	75	38	37	»	»	»	»
»	50	38	76	46	35	42	»	100	20	20	»	»	»	»
»	25	30	120	36	27	33	»	110	26	24	»	»	»	»

11 х. Коротковъ 120—110—90—88; Гергнеръ 80. П. 102. Д. 28.

	Вен. дал.		% в. д.		% в. д.		В. д. в. д.		% в. д.	
	При ставъ	»	»	»	»	»	»	»	»	»
При ставъ	25	20	20	При ставъ	110	18	16	»	»	»
»	50	10	90	»	90	20	22	»	»	»
»	75	16	21	»	75	16	21	»	»	»
»	90	10	11	»	50	12	24	»	»	»
»	110	18	16	»	25	10	40	»	»	»

Послѣд. пер. 10 х. Коротковъ 114 — — 88; Гергнеръ 65.
11 х. » 124 — — 90; « 93.

№ 13.

30/хл 11 г. Коргоковь 150-135-130-110; Гертнерь 115. П. 80. Д. 20.
 Стазь при 140 вен. давлен. 60, 65, 72, 75, 78, 86, 88, 90, 84, 86, 86, 94, 100, 96, 96, 94, 96, 90, 90, 92, 96, 96, 84, 84, 90, 66, 72, 74 (стазь 22 млн.)=64%.

Стазь при 100 вен. давлен. 90, 84, 84, 88, 84, 84, 86, 86, 88, 90, 94, 88 (8 м.)=88%.

Послѣд. пер. Коргоковь 146-130-126-120; Гертнерь 133.

22/хл. Коргоковь 150 -- -- 96; Гертнерь 110. П. 80. Д. 20.

Стазь при 100 вен. давл. 60, 62, 62, 66, 62, 60, 64, 76, 76, 80, 76, 76, 84, 88, 90, 88, 86, 90, 92, 90, 92, 90 (15 млн.)=90%.

Стазь при 140 вен. давл. 102, 106, 106, 100, 96, 96, 100, 90, 90, 96, 96, 90, 94, 96, 80, 84, 96, 96, 100, 96 (15 млн.)=69%.

Послѣд. пер. 160-152-146-140; Гертнерь 140.

№ 14.

30/л 12. Коргоковь 126-110-104-100; Гертнерь 85. П. 60. Д. 22.

	Вен. дав.	% в. д.	% вен. дав.	% кь Кор. макс.	кь Кор. min.
При стазь	115	84	73	99	67
- " -	100	92	92	108	73
- " -	70	80	114	94	63
- " -	40	52	130	61	41
- " -	30	34	170	40	37
- " -	10	20	200	24	16
- " -	5	14	280	16	11

31/л. Коргоковь 122-106-96-82; Гертнерь 45. П. 56. Д. 22.

	Вен. дав.	% в. д.	% в. д.
При стазь	100	86	86
- " -	20	48	240

Послѣд. періодъ 30 л. Коргоковь 118 -- -- 102; Гертнерь 85.
 " " " 31 л. " 120 -- -- 90; " 85.

№ 15.

25/л 12 г. Коргоковь 164-150-128-120; Гертнерь 105. П. 62. Д. 22.

	Вен. дав.	% в. д.	% вен. дав.	% кь Кор. макс.	кь Кор. min.
При стазь	155	70	45	67	43
- " -	120	90	75	86	55
- " -	100	84	84	80	51
- " -	80	76	95	72	47

Послѣд. пер. Коргоковь 130-120-102-80; Гертнерь 80.

№ 16.

7/хл 11 г. Коргоковь 154-140-120-112; Гертнерь 140. П. 76. Д. 25.

	Венон. дав.	% вен. дав.	% вен. дав.	% кь Коргок. макс.	% кь Коргок. min.	При стазь	Венон. дав.	% вен. дав.
При стазь	145	56	39	40	36	25	32	128
- " -	125	60	48	48	39	50	50	100
- " -	100	54	54	39	35	75	60	80
- " -	75	66	88	47	43	100	70	70
- " -	50	44	88	31	29	39	125	70
- " -	25	26	104	19	17	23	145	68

8/хл. Коргоковь 162 -- -- 70; Гертнерь 110. П. 72. Д. 20.

	Вен. дав.	% в. д.	При стазь	Вен. дав.	% в. д.
При стазь	25	40	160	150	54
- " -	50	44	88	125	74
- " -	75	56	75	100	66
- " -	100	56	56	50	52
- " -	125	38	45	25	40
- " -	150	68	39	25	104

24/хл. Коргоковь 142-110-106-94; Гертнерь 88. П. 86. Д. 22.

	вен. д.	% в. д.	При стазь	вен. д.	% в. д.
При стазь	110	70	64	64	64
- " -	90	56	112	112	64

25/хл. Коргоковь 132 -- -- 70; Гертнерь 105. П. 84. Д. 22.

	вен. д.	% в. д.	При стазь	вен. д.	% в. д.
При стазь <td>70</td> <td>62</td> <td>86</td> <td>86</td> <td>86</td>	70	62	86	86	86
- " -	110	100	91	91	91

Послѣд. пер. 7/хл. Коргоковь 160 -- -- 114; Гертнерь 145.
 " " " 8/хл. " 150 -- -- 120; " 115.
 " " " 24/хл. " 124 -- -- 82; " 92.
 " " " 25/хл. " 134-110-100-80; " 105.

№ 17.

1/хл 11 г. Коргоковь 126-96-92-90; Гертнерь 80. П. 88. Д. 28.

Стазь при 110 венон. давлен. 36, 88, 42, 44, 44, 56, 56, 54, 56, 62, 62, 66, 70, 74, 76, 76, 84, 84, 76, 80, 76, 80, 80, 80, 80 бока (17 млн.)=73%.

Стазь при 60 венон. давлен. 24, 24, 24, 22, 20, 26, 32, 40, 2, 44, 44, 44, 46, 50, 50, 44, 46, 54, 56, 56 (18 млн.)=93%.

2/хл. Коргоковь 136-110-108-94; Гертнерь 83. П. 92. Д. 30.

	В. д.	% в. д.	При стазь	В. д.	% в. д.
При стазь	80	62	77	80	62
- " -	125	80	64	80	64

Послѣд. пер. 1/хл. Корот. 126-116-100-98; Гертн. 90.
 " " " 2/хл. " 138-128-110-90; " 82.

№ 18.

8 х 11 г. Коротковъ 124 — 108; Гертнеръ 77. П. 92 Д. 26.

	Векон. дан.	% вен. дан.	% вен. дан. къ Гертнеру.	% къ Коротк. шах.	% къ Кор. мин.	При ставъ	Векон. дан.	% вен. дан.
При ставъ	130	70	54	91	65	25	20	86
-	100	64	64	33	59	50	44	88
-	75	60	80	78	48	35	75	72
-	50	52	104	68	42	48	100	46
-	25	34	136	44	27	31	130	44
-								37

9 х. Коротковъ 142—126—120—108; Гертнеръ 60. П. 88. Д. 24.

	Вен. дан.	% в. д.	При ставъ	Вен. дан.	% в. д.
При ставъ	25	36	144	130	46
-	50	38	76	100	50
-	75	40	53	75	40
-	100	46	46	50	46
-	130	50	38	25	34

Послѣд. пер. 8 х. Коротк. 148—132—118—108; Гертн. 95

9 х. 130 — 112; 90.

№ 19.

10 п 12 г. Коротковъ 104 — 60; Гертнеръ 10. П. 80. Д. 30.

	Вен. дан.	% в. д.	% вен. дан. къ Гертн.	% къ Кор. шах.	къ Кор. мин.
При ставъ	70	96	96	96	92
-	100	76	109	73	127
-	50	60	120	60	58
-	35	46	131	46	44
-	20	30	150	30	29
-	10	20	200	20	19
-	5	16	300	16	15

15 п. Коротковъ 100—92—64—64; Гертнеръ 30. П. 100. Д. 20.

	Вен. дан.	% в. д.	При ставъ	Вен. дан.	% в. д.
При ставъ	5	32	640	52	56
-	10	28	280	70	72
-	20	34	170	100	94
-	35	44	126	90	90

Ставъ на 8 цифрахъ продолжился 1 часъ.

Послѣд. пер. 10 п. Коротковъ 104 — 70; Гертнеръ 30.
15 п. 102 — 78; 20.

№ 20.

4 п 12 г. Коротковъ 156—124—100—84; Гертнеръ 110. П. 68. Д. 20.

	Вен. дан.	% в. д.	% вен. дан. къ Герт.	% къ Кор. шах.	къ Кор. мин.
При ставъ	125	70	56	64	45
-	100	60	60	55	39
-	40	22	55	20	14

7 п. Коротковъ 150—140—132—86; Гертнеръ 100. П. 72. Д. 20.

	Вен. дан.	% в. д.	% вен. дан. къ Герт.	% къ Кор. шах.	къ Кор. мин.
При ставъ	40	60	150	60	40
-	100	84	84	84	56

Послѣд. пер. 4 п. Коротковъ 150—140—132—86; Гертнеръ 100.
7 п. 152—126—114—110. 102.

№ 21.

19 х 11 г. Коротковъ 140 — 76; Гертнеръ 105. П. 72. Д. 24.

	Вен. дан.	% в. д.	% вен. дан. къ Герт.	% къ Кор. шах.	къ Кор. мин.
При ставъ	120	90	75	86	64
-	80	76	95	72	54
-	40	50	125	48	36

5 х п. Коротковъ 130 — 40; Гертнеръ 137. П. 84. Д. 26.

При ставъ 100 92 (Ставъ 20 мин.).
50 50 100 (15 -).

Послѣд. пер. 19 х. Коротковъ 146 — 80; Гертнеръ 115.
5 х п. 144 — 50; 130.

№ 22.

20 х 11 г. Коротковъ 124—110—90—74; Гертнеръ 97. П. 68. Д. 24.

	В. д.	% в. д.	% в. д. къ Гертн.	% в. д. къ Кор. шах.	къ Кор. мин.
При ставъ	110	90	82	94	73
-	80	90	112	94	73
-	50	72	144	74	58
При ставъ	50	60	120	100	97
-	80	105	135	100	95
-	110	110	100	100	95

21 х 11 Коротковъ 126 — 90; Гертнеръ 90. П. 68. Д. 26.

	Вен. д.	% в. д.	При ставъ <th>Вен. д.</th> <th>% в. д.</th>	Вен. д.	% в. д.
При ставъ	50	50	110	96	87
-	80	78	97	80	86
-	110	90	82	50	76

Послѣд. пер. Коротковъ звуковъ не было. Гертнеръ 105.

№ 23.

30/x 11 г. Коротковъ 162 — 102. Гертнеръ 120. П. 88. Д. 36.
 Стазь при 100 вен. д. 38, 56, 56, 56, 62, 62, 62—62%
 " 60 " 30, 26, 26, 28, 26, 24, 24, 26, 28, 30, 36, 40, 40, 38,
 40, 38, 36, 30. (стазь 15 мин.)=67%₁₀

Послѣд. пер. Коротковъ звуковъ не было. Гертнеръ 95.
 23/x 11 г. Коротковъ 196—180—164—130; Гертнеръ 145. П. 96. Д. 42.
 Стазь при 180 вен. д. 74, 80, 88, 88, 92, 90, 86, 88, 90, 90, 86, 84, 92, 90,
 84, 84, 82, 84, 86, 92, 86 (стазь 15 мин.)=51%₁₀
 " 130 " 82, 84, 84, 76, 84, 82, 80, 82, 72, 66, 80, 76, 76, 70,
 72, 70, 76, 72, 70 (стазь 12 мин.)=58%₁₀

Послѣд. періодъ 190 — 110. Гертнеръ 125.

№ 24.

15/x 12 г. Коротковъ 190—160—140—128; Гертнеръ 115. П. 100. Д. 20.

	В. д.		в. д.		в. н. д.		в. н. д.		къ Кор. мін.
	в. д.	% в. д.	в. н. д.	% в. н. д.	къ Кор. макс.	къ Кор. мин.	къ Кор. макс.	къ Кор. мин.	
При стазь	170	100	59	87	53	78	53	78	
" "	120	104	87	90	55	81	55	81	
" "	50	54	108	47	30	42	30	42	
" "	30	32	107	28	17	25	17	25	
" "	15	18	120	16	9	14	9	14	
" "	5	12	240	10	6	9	6	9	

20/x Коротковъ 180—160—104—104; Гертнеръ 110. П. 80. Д. 24.

	вен. д.		% в. д.		вен. д.		% в. д.	
	вен. д.	% в. д.	вен. д.	% в. д.	вен. д.	% в. д.	вен. д.	% в. д.
При стазь	5	32	640	100	90	90	100	83
" "	15	44	293	130	100	83	170	104
" "	30	48	160	170	104	61	104	61
" "	50	60	120					

Послѣд. періодъ 15/x Коротковъ 176 — 110 Гертнеръ 130.
 20/x " 176 — 106 " 135.

№ 25.

6/x 11 г. Коротковъ 164—94—74—70; Гертнеръ 70. П. 84. Д. 20.

Стазь при 100 вен. д. 58, 68, 64, 64, 64, 74, 68, 76, 78, 76, 80, 76, 80, 76,
 80, 82, 80, 80, 84, 74, 84, 80, 83, 84 (стазь про-
 долж. 20 мин.)=84%₁₀ къ Гертн. 130%₁₀ къ Кор. макс.
 74%₁₀ къ Кор. мин. 120%₁₀

" 70 " 70, 72, 68, 70, 66, 64, 64, 68, 66, 70, 70, 64, 64,
 70, 70, 64, 64, 68, 68 (15 мин.)=97%₁₀ къ Гертнеру
 97%₁₀ къ Кор. макс. 69%₁₀ къ Кор. мин. 97%₁₀

9/x 11. Коротковъ 164—90—68—66; Гертнеръ 98. П. 88. Д. 22.

	вен. д.	% вен. д.
При стазь	70 (32 мин.)	72
" "	160 (15 мин.)	84
		103
		84

Послѣд. пер. 6/x 11 Коротковъ 163—98—74—72; Гертнеръ 80.
 9/x 11 " 160—90—84—78; " 75.

№ 26.

12/x 11 г. Коротковъ 130 — 96; Гертнеръ 85. П. 84. Д. 26.

	Венцомъ макс.		% вен. макс.		къ Кор. макс.		къ Кор. мин.		Венцомъ макс.	% вен. макс.
	вен. макс.	% вен. макс.	къ Кор. макс.	къ Кор. мин.	къ Кор. макс.	къ Кор. мин.	къ Кор. макс.	къ Кор. мин.		
При стазь	120	46	38	54	35	48	25	24	26	96
" "	100	13	12	16	9	12 1/2	50	12	24	24
" "	75	34	45	40	26	35	75	36	48	48
" "	50	32	62	38	25	33	100	40	40	36
" "	25	20	80	24	15	21	120	42	36	36

13/x Коротковъ 116—106—96—92; Гертнеръ 80. П. 108. Д. 27.

	вен. д.		% в. д.		вен. д.		% в. д.	
	вен. д.	% в. д.	вен. д.	% в. д.	вен. д.	% в. д.	вен. д.	% в. д.
При стазь	120	46	38	54	25	14	56	56
" "	100	40	40	40	50	30	60	48
" "	75	38	51	51	75	36	48	34
" "	50	30	60	60	100	34	34	34
" "	25	20	80	20	120	36	30	30

Послѣд. пер. 12/x Коротковъ 136 — 110. Гертнеръ 85.
 13/x " 126 — 110. " 80.

23/x 11 Коротковъ 120—112—102—90; Гертнеръ 75. П. 80. Д. 20.

	Венцомъ макс.		% вен. макс.		къ Кор. макс.		къ Кор. мин.		Венцомъ макс.	% вен. макс.
	вен. макс.	% вен. макс.	къ Кор. макс.	къ Кор. мин.	къ Кор. макс.	къ Кор. мин.	къ Кор. макс.	къ Кор. мин.		
При стазь	110	72	65	96	60	80	100	54	54	61
" "	85	50	59	67	41	55 1/2	85	52	61	61
" "	60	40	67	53	33	44	60	40	67	67
" "	35	20	57	27	17	22	100	35	26	74

24/x 11 г. Коротковъ 110—94—84—80; Гертнеръ 65. П. 84. Д. 22.

	вен. д.		% в. д.		вен. д.		% в. д.	
	вен. д.	% в. д.	вен. д.	% в. д.	вен. д.	% в. д.	вен. д.	% в. д.
При стазь	100	85	52	61	35	20	57	50
" "	80	40	67	67	60	30	50	50
" "	65	40	67	67	85	20	24	24
" "	35	26	74	74	100	40	40	40

Послѣд. пер. 23/x Коротковъ 120 — 96 Гертнеръ 90.
 24/x " 114 — 80 " 70.

№ 27.

7 хл 11 г. Коротковъ 116 — 94; Гертнеръ 75. П. 72. Д. 20.

	Возмои. дана.			Возмои. дана.			При стаѣ	25	36	144
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.				
При стаѣ	110	70	64	93	60	74	25	36	144	
-	75	74	99	99	64	79	50	50	44	88
-	50	50	100	67	43	53	75	70	93	
-	25	40	160	53	34	43	110	64	88	

8 хл Коротковъ 94 — 60; Гертнеръ 80. П. 76. Д. 24.

	вен. д.			вен. д.			При стаѣ	95	66	69
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.				
При стаѣ	25	40	160	112	90	94	95	66	69	
-	50	48	96	82	80	80	75	56	75	
-	75	36	75	50	44	88	50	44	88	
-	95	70	74	25	34	136	25	34	136	

Послѣд. пер. 7 хл Коротковъ 112 — 90; Гертнеръ 84. П. 70. Д. 24.

1 хл 11 г. Коротковъ 110—70—68—50; Гертнеръ 53. П. 62. Д. 20.

	вен. д.		в. д.	
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.
При стаѣ	90 (20 мин.)	84	93	93
-	50 (15 мин.)	68	132	132

Послѣд. пер. 1 хл Коротковъ 130 — 60; Гертнеръ 53. 2 хл Коротковъ 114—90—70—66; Гертнеръ 65. П. 70. Д. 24.

	вен. д.		в. д.	
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.
При стаѣ	65 (22 мин.)	84	129	129
-	100 (13 мин.)	86	86	86

Послѣд. пер. Коротковъ 116 — 60; Гертнеръ 65.

№ 28.

5 хл 11 г. Коротковъ 110—92—78—72; Гертнеръ 77. П. 90. Д. 28.

	Возмои. дана.			Возмои. дана.			При стаѣ	25	40	160
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.				
При стаѣ	100	68	68	88	62	75	25	40	160	
-	75	66	75	73	51	75	50	42	84	
-	50	44	88	57	40	61	75	50	67	
-	25	30	120	39	27	23	100	66	66	

6 хл Коротковъ 118 — 100; Гертнеръ 87. П. 108. Д. 32.

	вен. д.			вен. д.			При стаѣ	100	50	50
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.				
При стаѣ	25	56	224	224	100	50	100	50	50	
-	50	62	124	75	40	53	75	40	53	
-	75	72	96	50	38	76	50	38	76	
-	100	48	48	25	30	120	25	30	120	

Послѣд. периодъ 5 хл Коротковъ 118—106—96—88; Гертнеръ 95. 6 хл 118 — 96; Гертнеръ 90.

№ 29.

19 хл 11. Коротковъ 166—154—132—0; Гертнеръ 110. П. 92. Д. 28.

	Возмои. дана.			Возмои. дана.			При стаѣ	25	36	144
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.				
При стаѣ	150	72	48	72	43	—	25	36	144	
-	125	64	51	64	39	—	50	48	96	
-	100	64	64	64	39	—	75	50	67	
-	75	46	61	46	28	—	100	54	54	
-	50	40	30	40	24	—	125	48	32	
-	25	38	162	38	23	—	150	50	33	

Послѣд. периодъ 19 хл Коротковъ 220—180—120—0; Гертнеръ 110.

21 хл Коротковъ 190—170—110—0; Гертнеръ 118. П. 88. Д. 26.

	вен. д.			вен. д.			При стаѣ	25	44	176
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.				
При стаѣ	150	76	51	51	50	62	25	44	176	
-	100	56	56	56	50	62	50	62	124	
-	75	38	51	51	75	62	100	60	60	
-	50	40	30	30	100	60	100	60	60	
-	25	30	120	120	150	70	70	47	47	

Послѣд. периодъ 21 хл Коротковъ безкомочные тоны Гертнеръ 120.

14 хл Коротковъ 158—142—124—0; Гертнеръ 100. П. 84. Д. 24.

	вен. д.			вен. д.			При стаѣ	60	88	113
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.				
При стаѣ	150	92	61	61	60	69	60	88	113	
-	110	90	82	82	110	76	69	69	69	
-	60	60	100	100	180	110	180	110	73	

Послѣд. пер. Коротковъ 164—146—136—0; Гертнеръ 100.

15 хл 11 г. Коротковъ 150—138—114—0; Гертнеръ 95. П. 84. Д. 24.

	вен. д.			вен. д.			При стаѣ	140	80	80
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.				
При стаѣ	60	60	100	100	110	64	140	80	80	
-	110	98	89	89	100	80	100	80	80	
-	140	104	74	74	60	64	60	64	107	

Послѣд. периодъ Коротковъ 162—140—130—0. Гертнеръ 105.

№ 30.

24 хл 11 г. Коротковъ 152—130—110—80; Гертнеръ 80. П. 88. Д. 30.

	Возмои. дана.			Возмои. дана.			При стаѣ	25	34	136
	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.	в. д.				
При стаѣ	135	60	44	75	29	75	25	34	136	
-	100	62	62	77 1/2	41	57 1/2	50	38	76	
-	75	44	59	55	29	50	75	60	80	
-	50	40	80	50	26	50	100	56	56	
-	25	14	56	17 1/2	9	17 1/2	135	52	39	

Послѣд. периодъ 24 хл Коротковъ 160—146—114—82; Гертнеръ 90.

25) х. Коротковъ 152—134—110—72; Гертнеръ 80. П. 82. Д. 22.

	вен. д. % в. д.			вен. д. % в. д.		
При ставѣ	140	58	41	При ставѣ	25	18
" "	100	60	40	" "	50	40
" "	75	60	80	" "	75	50
" "	50	44	88	" "	100	64
" "	25	24	96	" "	140	62
					44	

Послѣд. пер. 25) х. Коротковъ 152—134—122—74; Гертнеръ 90.

№ 31.

8) х 11 г. Коротковъ 138 — — 118; Гертнеръ 88. П. 96. Д. 24.

	Веносм. дан.		% вен. дан.		% кз Гертнеру.		% кз Корот.		Веносм. дан.		% вен. дан.	
	Вен. дан.	% вен. дан.	% вен. дан.	% кз Гертнеру.	% кз Корот.	Вен. дан.	% вен. дан.	Вен. дан.	% вен. дан.	Вен. дан.	% вен. дан.	
При ставѣ	130	50	28 1/2	57	38	42	При ставѣ	25	6	24		
" "	100	40	40	45 1/2	29	34	" "	50	12	24		
" "	75	28	37	32	21	24	" "	75	16	21		
" "	50	20	40	23	15	17	" "	100	16	16		
" "	25	16	64	11	12	14	" "	130	16	12		

Послѣд. періодъ 8) х. Коротковъ 168—134—132—132; Гертнеръ 85.

9) х. Коротковъ 140 — — 118; Гертнеръ 86. П. 98. Д. 28.

	вен. д. % в. д.			вен. д. % в. д.		
При ставѣ	25	24	96	При ставѣ	130	25
" "	50	34	68	" "	100	46
" "	75	42	56	" "	75	61
" "	100	44	44	" "	50	64
" "	130	56	43	" "	25	112

Послѣд. періодъ 9) х. Коротковъ 136 — — 116; Гертнеръ 65.
13) х 11 г. Коротковъ 148 — — 118; Гертнеръ 105. П. 60. Д. 30.

	Вен. дан.		% вен. д.		В. д. % в. д.	
При ставѣ	125	64	51	При ставѣ	50	36
" "	80	52	40	" "	80	46
" "	50	32	64	" "	125	62
					50	

Послѣд. пер. Коротковъ 146 — — 110; Гертнеръ 95.

14) х. Коротковъ 146—121—120—116; Гертнеръ 95. П. 72. Д. 27.

	Вен. дан.		% вен. д.		В. д. % в. д.	
При ставѣ	50	50	100	При ставѣ	125	76
" "	80	70	87	" "	80	64
" "	125	80	64	" "	50	44
					88	

Послѣд. пер. Коротковъ 134 — — 110; Гертнеръ 90.

№ 32.

1) х 11 г. Коротковъ 260—230—190—174 Гертнеръ 165. П. 84. Д. 18.

	Веносм. дан.		% вен. дан.		% кз Гертнеру.		% кз Корот.		Вен. дан.		% вен. дан.	
	Вен. дан.	% вен. дан.	% вен. дан.	% кз Гертнеру.	% кз Корот.	Вен. дан.	% вен. дан.	Вен. дан.	% вен. дан.	Вен. дан.	% вен. дан.	
При ставѣ	240	76	32	46	29	44	При ставѣ	50	22	44		
" "	190	62	33	37 1/2	24	36	" "	100	56	56		
" "	150	66	44	40	25	38	" "	150	60	40		
" "	100	62	62	37 1/2	24	36	" "	190	58	34		
" "	50	20	40	12	8	11	" "	240	78	32 1/2		

2) х. Коротковъ 230—180—176; Гертнеръ 175. П. 82. Д. 16.

	Вен. дан.		% вен. д.		В. д. % в. д.	
При ставѣ	50	52	104	При ставѣ	225	76
" "	100	76	76	" "	170	70
" "	150	76	51	" "	180	42
" "	180	80	42	" "	100	60
" "	225	84	33	" "	50	46
					92	

Послѣд. періодъ 1) х. Коротковъ 244—220—176—176. Гертнеръ 170.
2) х. 230—220—186—160. — 180.

№ 33.

2) х. 11. Коротковъ 124—100—90—84 Гертнеръ 80. П. 80. Д. 24.

	Веносм. дан.		% вен. дан.		% кз Гертнеру.		% кз Корот.		Вен. дан.		% вен. дан.	
	Вен. дан.	% вен. дан.	% вен. дан.	% кз Гертнеру.	% кз Корот.	Вен. дан.	% вен. дан.	Вен. дан.	% вен. дан.	Вен. дан.	% вен. дан.	
При ставѣ	110	40	36	50	32	48	При ставѣ	25	0	0		
" "	90	30	33	37 1/2	24	36	" "	50	34	68		
" "	75	18	24	22 1/2	14 1/2	21	" "	75	24	32		
" "	50	8	16	10	6	10	" "	100	30	30		

Послѣд. періодъ Коротковъ 124 — — 80. Гертнеръ 87.

3) х. Коротковъ 124—100—90—80; Гертнеръ 70. П. 84. Д. 26.

	Вен. дан.		% вен. д.		В. д. % в. д.	
При ставѣ	120	54	45	При ставѣ	25	18
" "	100	30	30	" "	50	20
" "	75	18	24	" "	75	14
" "	50	12	24	" "	100	10
" "	25	10	40	" "	120	18
					15	

Послѣд. періодъ Коротковъ 120 — — 86; Гертнеръ 75.

4) х. Коротковъ 126 — — 90; Гертнеръ 70. П. 90. Д. 26.

При ставѣ 100 (15 хвн.) вен. дан. 84 = 78%.

Послѣд. пер. Коротковъ 126 — — 92; Гертнеръ 75.

№ 34.

⁹хп. 11 г. Коротковъ 168 — — 92; Гертнеръ 128. П. 182. Д. 30.

Стазь при 150 вен. давл. 96, 104, 106, 106, 110, 108, 110, 106, 110, 106, 112, 106, 108, **100** (15 мин.) = 72% кь Гергн. 84% кь Коротк. 64% шах., 117% мин.

100 - - 74, 74, 74, 70, 72, 70, **64**, 64, 60, 76, 76, 76, 80, 84, 80, 84, 88, 90, **90** (15 мин.) = 90% кь Герг. 78% кь Коротк. 54% шах., 98% мин.

Послѣд. пер. Коротковъ 164 — 100; Гертнеръ 100.

²⁰хп. Коротковъ 166 — — 96; Гертнеръ 115. П. 120. Д. 28.

Стазь при 50 вен. давл. 80, 90, 90, 76, 84, 78, 76, 76, 60, 62, 62, 62, 58, 62, 56, 58, 66, 60, 66, 64, 68, 68, 72, 64, 66 (18 мин.) = 144%

150 - - 54, 50, 58, 58, 52, 62, 64, 50, 50, 54, 52, 56, 58, 72, 70, 82, **90**, 90, (9 мин., боль) = 60%

Послѣд. пер. Коротковъ 154—140—132—110; Гертнеръ 120.

№ 35.

¹¹хп. 11 г. Коротковъ 290 — — 210; Гертнеръ 220. П. 120. Д. 32.

	Вен. давл.	% в. д.	% вен. давл. кь Гергн.	% кь Кор. шах.	кь Кор. мин.
При стазь	250	36	14	16	16
- -	200	56	22	25	25
- -	150	50	33	23	22
- -	100	20	20	9	9
- -	50	36	72	16	12

Послѣд. пер. Коротковъ 290—280—260—228; Гертнеръ 205.

№ 36.

²⁰г. 12 г. Коротковъ 112—100—94—92; Гертнеръ 96. П. 98. Д. 24.

	Вен. давл.	% в. д.	% вен. давл. кь Гергн.	% кь Кор. шах.	кь Кор. мин.
При стазь	5	24	480	26	21
- -	10	32	320	34	29
- -	20	36	180	36	32
- -	40	56	140	50	50
- -	60	74	123	78	66
- -	80	90	112	95	80
- -	100	96	96	101	86

Послѣд. пер. Коротковъ 112—94—90—90; Гертнеръ 100.

№ 37.

⁹хп. 11 г. Коротковъ 230—206—200—190; Гертнеръ 180. П. 100. Д. 28.

Стазь при 200 вен. давл. 52, 64, 70, 76, 80, 80, 84, 84, 90, 90, = 45% кь стазь; 59% кь Герг.; 39% кь Коротк. шах., 47% кь Кор. мин.

Стазь при 100 вен. давл. 70, 72, 56, 60, 70, 66, 90, 64, 64, 58, 70, 74, 78, 79, 74, 76, 76, 78, 70, 84, 78, 83, **80** (20 мин.) = 80% кь Герг.; 39% кь Коротк. шах., 42% кь Кор. мин.

Стазь при 50 вен. давл. 50, 50, 50, 46, 60, 50, 56, 40, 46, 50, 50 = 100%; 28% кь Герг., 22% кь Коротк. шах., 26% кь Коротк. мин.

Послѣд. пер. Коротковъ 232—210—200—196; Гертнеръ 183.

¹¹хп. Коротковъ 210 — — 170; Гертнеръ 177. П. 100. Д. 30.

Стазь при 100 вен. давл. 36, 42, 38, 50, 46, 40, 56, 62, 60 (боль) = 60% кь Герг.; 20, 18, 20, 20, 34, 30, 40, 34, 34, 50, 46, 56, 60, 56 = 28%

Послѣд. пер. Коротковъ 202 — — 144; Гертнеръ 170.

№ 38.

¹¹г. 12 г. Коротковъ 130—120—104—92; Гертнеръ 115. П. 52. Д. 16.

	Вен. давл.	% в. д.	% вен. давл. кь Гергн.	% кь Кор. шах.	кь Кор. мин.
При стазь	120	96	80	88	74
- -	100	88	88	77	68
- -	75	88	117	77	68
- -	50	61	140	61	54
- -	25	52	228	45	40
- -	10	34	340	30	26

Послѣд. пер. Коротковъ 114—90—88—86; Гертнеръ 70.

№ 39.

¹¹г. 12 г. Коротковъ 90 — — 46; Гертнеръ 75. П. 84. Д. 22.

	Вен. давл.	% в. д.	% вен. давл. кь Гергн.	% кь Кор. шах.	кь Кор. мин.
При стазь	6	42	700	56	47
- -	10	36	360	48	40
- -	20	30	150	40	33
- -	30	46	153	61	51
- -	40	52	130	69	58
- -	60	62	102	83	69
- -	80	76	95	101	84

¹⁰г. Коротковъ 102 — — 76; Гертнеръ 70. П. 96. Д. 22.

	В. д.	% в. д.
При стазь	80	78
- -	60	66
- -	40	62
- -	30	52
- -	20	40
- -	10	30
- -	6	40

Послѣд. периодъ: ¹¹г. Коротковъ 100 — — 52; Гертнеръ 73. ¹⁰г. — аук. не было — 63.

№ 40.

23/x 11 г. Коротковъ 110—96—80; Гертнеръ 87. П. 72. Д. 16.

Ставъ при 100 вен. дал.	76	76	78	78	84	84	86	90	90	94	94	96
96	96	96	96	80	80	80	82	80	80	80	78	78
84	90	94	92	100	100	100	100	(ставъ 20 мин.) = 100%				
129% к. Кор. мин.												
50	40	40	46	46	50	52	48	46	56	58	46	50
40, 48, 54, 56, 56, 58, 56 (15 мин.) = 112% к. Кор. мин.												
64% к. Гертн. 51% к. Кор. шах.; 70% к. Кор. мин.												

Послѣд. пер. Коротковъ 110 — — 70; Гертнеръ 90.

№ 41.

10/1 12 г. Коротковъ 130—120—116—104; Гертнеръ 115. П. 84. Д. 20.

При ставѣ	4	8	12	16	20	40	Вен. дал.	20	40	500	% вен. дал.	17	15	19	30	38	46	52	60	65
к. Гертн. шах. мин.																				

12/1 Коротковъ 128 — — 96; Гертнеръ 95. П. 90. Д. 20.

При ставѣ	50	60	120	40	50	125	30	40	133	20	22	110	15	18	120	10	20	200	400
в. д. % в. д.																			

Послѣд. периодъ: 1/1 Коротковъ 126 — — 96; Гертнеръ 96.
1/1 120 — — 92; 80.

№ 42.

16/x 11 г. Коротковъ 120—92—88—84; Гертнеръ 60. П. 68. Д. 32.

При ставѣ	100	70	70	117	58	83	40	82	115	65	76	117	40	65	76	117
Вен. дал. % вен. дал. к. Кор. шах. % вен. дал. к. Кор. шах. мин. % вен. дал. к. Кор. шах. мин.																

18/x Коротковъ 110 — — 96; Гертнеръ 90.

При ставѣ	100	70	70	117	58	83	40	82	115	65	76	117	40	65	76	117
В. д. % в. д.																

Послѣд. периодъ 16/x Коротковъ — звукон. не было; Гертнеръ 85.
18/x 90.

№ 43.

16/x 11 г. Коротковъ 144—120—96—90; Гертнеръ 70. П. 82. Д. 22.

При ставѣ	130	50	38	71	35	56	При ставѣ	25	30	120
Вен. дал. % вен. дал. к. Гертнеру. % вен. дал. к. Кор. шах. % к. Коротков. мин.										

17/x Коротковъ 134—116—110—94; Гертнеръ 60. П. 80. Д. 26.

При ставѣ	25	36	144	При ставѣ	130	62	48
Вен. д. % в. д.							

Послѣд. периодъ 16/x Коротковъ 140—106—100—96; Гертнеръ 70.
17/x 146—126—112—104; 80.

4/x Коротковъ 124 — — 76; Гертнеръ 75. П. 68. Д. 20.

При ставѣ	110 (20 мин.)	90	82
Вен. д. % вен. д.			

Послѣд. периодъ Коротковъ 124 — — 84; Гертнеръ 105.
6/x Коротковъ 120 — — 84; Гертнеръ 75. П. 32. Д. 22.

При ставѣ	80 (15 мин.)	70	57
В. д. % в. д.			

Послѣд. пер. Коротковъ 160 — — 88; Гертнеръ 85.

№ 44.

26/1 12 г. Коротковъ 112—96—86—72; Гертнеръ 75. П. 72. Д. 22.

При ставѣ	100	84	84	112	75	117
Вен. дал. % в. д. к. Гертн. шах. мин.						

27/1 Коротковъ 112—106—96—66; Гертнеръ 90. П. 88. Д. 24.

При ставѣ	100	34	340	71	111
Вен. дал. % в. д.					

Послѣд. периодъ 26/1 Коротковъ 116 — — 72; Гертнеръ 86.
27/1 126 — — 80; 87.

№ 45.

11 в. 12 г. Коротковъ 120—106—104—90; Гертнеръ 86. П. 110. Д. 30.

Ставъ при 110 веноз. давл. 52, 58, 68, 76, 80, 80, 90, 90, 92, 90, 82, 88, 86, 90, 92, 86, 94, 94, 84, 94, 82, 84, 90, 90, 84, 76 (ставъ 22 мин.)=82% къ става; 106% къ Герт. 79% къ Кор. макс.; 100% къ Кор. мин.

40 84, 30, 34, 34, 28, 30, 26, 34, 34, 40, 38, 26, 42, 46, 42, 44, 40, 40, 36, 36 (20 мин.)=100%; 47% къ Герт.; 33% къ Кор. макс.; 44% къ Кор. мин.

12 п. Коротковъ 130 — — 90; Гертнеръ 70. П. 108. Д. 30.

Ставъ при 40 веноз. давл. 28, 32, 28, 30, 36, 32, 38, 32, 26, 26, 40, 40, 34, 34, 36, 40, 40, 28, 26 (1/2 часа)=100%.

Ставъ при 110 веноз. давл. 30, 36, 36, 42, 50, 66, 72, 74, 70, 68, 80, 76, 74, 76, 70, 72, 64, 72, 76, 76, 60, 64, 64 = 68% (1/2 часа).

Послѣд. периодъ 11 п. 130 — — 100; Гертнеръ 95.
12 п. 130 — — 96; " 95.

№ 46.

17 хл. 11 г. Коротковъ 136—116—90—88; Гертнеръ 103. П. 60. Д. 20.

	Веноз. давл.	% в. давл.	% в. давл. къ Гертнеру.	% в. давл. къ Кор. макс.	къ Короткову мин.	Веноз. давл.	% в. давл.
При ставѣ 125	80	64	76	59	91	При ставѣ 50	40
" " 90	70	78	67	51	79	" " 80	76
" " 50	40	80	38	29	43	" " 125	76

20 хл. Коротковъ 130 — — 70; Гертнеръ 80. П. 68. Д. 20.

	в. д.	% в. д.	При ставѣ 50	52	104
При ставѣ 125	70	56	80	80	89
" " 90	66	73	80	80	89
" " 50	56	112	120	76	63

Послѣд. периодъ 17 хл. Коротковъ 124—110—104—100; Гертнеръ 100.
20 хл. " " 120—110—108—102; " 95.

№ 47.

3 хл. 11 г. Коротковъ 150—110—106—104; Гертнеръ 95. П. 100. Д. 22.

Ставъ при 140 веноз. давл. 66, 74, 80, 84, 84, 80, 78, 78, 84, 84, 90, 86, 86, 86, 80, 76, 81%; 81% къ Гертнеру; 57% къ Кор. макс.; 83% къ Кор. мин.

Ставъ при 100 веноз. давл. 76, 76, 76, 80, 82, 80, 80 (болѣе); 80% къ Гертнеру; 53% къ Короткову макс.; 77% къ Короткову мин.

Послѣд. пер. Коротковъ 126 — — 86; Гертнеръ 105.

4 хл. Коротковъ 124—96—94—76; Гертнеръ 63. П. 56. Д. 20.

Ставъ при 140 веноз. давл. 40, 46, 50, 60, 70, 72, 74, 76, 80, 80 (15 мин.)=58%.

Ставъ при 80 веноз. давл. 23, 32, 44, 50, 46, 52, 54, 58, 62, 64, 66, 66=82%.

Послѣд. пер. 126 — — 78; Гертнеръ 65.

№ 48.

6 хл 11 г. Коротковъ 132 — — 106; Гертнеръ 95. П. 90. Д. 22.

	Веноз. давл.	% в. давл.	% в. давл. къ Гертнеру.	% в. давл. къ Кор. макс.	къ Короткову мин.	Веноз. давл.	% в. давл.
При ставѣ 130	68	57	72	52	34	При ставѣ 25	30
" " 100	62	62	65	47	58	" " 50	64
" " 75	60	63	45	57	" " 75	42	
" " 50	44	88	46	33	42	" " 100	50
" " 25	38	152	40	29	36	" " 120	56

7 хл. Коротковъ 128 — — 96; Гертнеръ 67.

	Вен. давл.	% в. д.	При ставѣ 120	Вен. давл.	% в. д.
При ставѣ 25	50	200	34	24	20
" " 50	42	84	" " 100	20	20
" " 75	38	51	" " 75	16	21
" " 100	34	34	" " 50	14	28
" " 120	24	20	" " 25	12	48

Послѣд. пер. 6 хл. Коротковъ 124 — — 110; Гертнеръ 95.
7 хл. " " 128 — — 96; " 67.

№ 49.

8 л 12 г. Коротковъ 136 — — 76; Гертнеръ 110. П. 72. Д. 20.

	Вен. давл.	% в. в. д.	% в. давл. къ Герт.	% къ Кор. макс.	къ Кор. мин.
При ставѣ 6	34	567	33	29	53
" " 10	40	400	36	29	58
" " 15	44	293	40	32	58
" " 20	50	250	45	37	66
" " 30	64	213	58	47	84
" " 40	72	180	65	33	95

Послѣд. пер. 8 л. Коротковъ 120 — — 70; Гертнеръ 90.

5 л. Коротковъ 130—106—100—94; Гертнеръ 103. П. 64. Д. 18.

При ставѣ 120 в. давл. 80, 82, 94, 94, 100, 102, 104, 104, 96, 96 (20 минута болѣе)=87%.

При ставѣ 50 в. давл. 40, 54, 60, 64, 68, 80, 84, 90, 84, 80, 92, 90, 90=150%.

Послѣд. пер. Коротковъ 112 — — 84; Гертнеръ 90.

№ 50.

27 хл 11 г. 150—126—110—106; Гертнеръ 110. П. 82. Д. 20.

Ставъ при 135 в. в. д. 50, 62, 70, 76, 72, 80, 80, 80, 82, 86, 84, 86, 90, 90, 90, 86, 90, 92, 82, 80, 78 (20 мин.)=68% къ става; 84% къ Герт. 61% къ Кор. макс.; 88% къ Короткову мин.

50 — — 86, 38, 36, 30, 30, 30, 26, 24—60%; 27% къ Герт. 27% къ Кор. макс.; 23% къ Кор. мин.

Послѣд. пер. Коротковъ 156—130—120—104; Герт. 125.

28/x 11 г. Коротковъ 150—120—110—90; Гергнеръ 113. П. 84. Д. 22.
При ставъ 90 (30 мин.) вен. д. 85—96%. Послѣд. пер. Кор. 160—130—126—120. Гергнеръ 120.

29/x. Коротковъ 140—110—92—86; Гергн. 103. П. 80. Д. 20.
При ставъ 120 (22 мин.) вен. 90—75%. Послѣд. пер. Кор. 144—124—120—112; Гергнеръ 100.

9/ 12 г. Коротковъ 124—112—106—84; Гергнеръ 80. П. 80. Д. 20.

	вен. д.	% вен. д.
При ставъ	4	24
- "	8	600
- "	12	22
- "	20	275
- "	30	26
- "	42	217
- "	30	28
- "	42	140
- "	30	42
- "	42	140
- "	40	52
- "	52	130

Послѣд. пер. Коротковъ 124 — — 84; Гергнеръ 80.

№ 51.

12/ 12 г. Коротковъ 112 — — 90; Гергнеръ 63. П. 80. Д. 20.

При ставъ	вен. д.	% вен. д.	% в. д.		кз Кор. мин.
			кз Гергн.	кз Кор. max.	
-	100	92	146	82	103
-	75	76	101	121	68
-	50	54	108	87	48
-	25	32	128	51	29
-	10	16	160	25	14

Послѣд. пер. Коротковъ 110 — — 80; Гергнеръ 65.

19/ 11 Коротковъ 100—84—80—64; Гергнеръ 80. П. 80. Д. 20.

При ставъ	вен. д.	% вен. д.	% вен. д.	
			кз Гергн.	кз Кор. max.
-	20	34	170	84
-	50	62	124	109
-	75	82	109	96
-	100	96	96	96

Послѣд. пер. Коротковъ 100 — — 64; Гергнеръ 85.

№ 52.

22/ 12 г. Коротковъ 116—108—98—94; Гергнеръ 0. П. 84. Д. 20.

При ставъ	вен. д.	% в. д.	% в. д.		% кз Кор. мин.
			кз Гергн.	кз Кор. max.	
-	5	24	480	—	21
-	10	28	280	—	26
-	20	36	180	—	34
-	40	46	115	—	31
-	60	56	93	—	39
-	80	74	92	—	48
-	100	92	92	—	64
-	-	-	-	-	79
-	-	-	-	-	98

Послѣд. пер. Коротковъ 120 — — 90; Гергнеръ 43.

28/ 12 г. Коротковъ 96—84—70—68; Гергнеръ 0. П. 80. Д. 20.

При ставъ	вен. д.	% вен. д.	% в. д.	
			кз Гергн.	кз Кор. max.
-	100	80	82	102
-	50	36	112	—
-	25	42	168	—
-	10	16	160	—

Послѣд. пер. Коротковъ 104—80—74—70. Гергнеръ 87.

№ 53.

26/x 11 г. Коротковъ 144—110—104—96; Гергнеръ 90. П. 84. Д. 20.

Ставъ при 130 вен. д. 44, 52, 50, 56, 56, 54, 60, 70, 70, 76, 90, 90, 94, 96, 96, 90 (болѣе) = 74%; 107% кз Гергн. 67% кз Кор. max., 100% кз Кор. min.

40 " " 36, 40, 44, 44, 50, 44, 40, 40, 44, 44, 40—110% 49% кз Гергн. 31% кз Кор. max., 41% кз Кор. min.

Послѣд. пер. Коротковъ 150—120—110—94; Гергнеръ 80.

№ 54.

26/x 11 г. Коротковъ 142—110—92—88; Гергнеръ 105. П. 86. Д. 18.

При ставъ	вен. д.	% вен. д.	% вен. д.		кз Кор. мин.	кз Кор. max.	При ставъ	вен. д.	% вен. д.	кз Кор. мин.	кз Кор. max.
			кз Гергн.	кз Кор. max.							
-	125	56	45	53	39	64	35	32	128	88	76
-	100	44	44	42	33	50	-	50	32	76	76
-	75	50	67	48	35	57	-	75	42	56	56
-	50	44	88	42	33	50	-	100	40	40	40
-	25	28	112	37	20	32	-	125	36	29	29

Послѣд. пер. Коротковъ 152—150—140—130; Гергнеръ 110.

27/x 11 г. Коротковъ 140—126—110—108; Гергнеръ 105. П. 80. Д. 20.

При ставъ	вен. д.	% в. д.	% в. д.		При ставъ	вен. д.	% в. д.
			кз Гергн.	кз Кор. max.			
-	130	60	46	50	25	22	88
-	100	50	50	50	50	30	60
-	75	72	96	72	75	56	75
-	50	36	72	72	100	54	54
-	25	30	120	120	130	62	48

Послѣд. пер. Коротковъ 146—128—126—120; Гергнеръ 118.

№ 55.

24/x 11 г. Коротковъ 156—140—106—60; Гергнеръ 85. П. 90. Д. 20.

При ставъ	вен. д.	% в. д.	% в. д.		кз Кор. мин.	кз Кор. max.
			кз Гергн.	кз Кор. max.		
-	140	70	50	82	45	117
-	100	68	68	80	44	113
-	60	30	50	35	19	50

Послѣд. пер. Коротковъ 142—120—104—60; Гергнеръ 75.

№ 56

21 хл 11 г. Коротковъ 112—90—88—76; Гертнеръ 100. П. 80. Д. 20.

Стазь при 100 веп. д. 80, 84, 90, 90, 88, 80, 80, 80, 89, 76, 84, 80, 72, 76,
(18 мин.)=80% кь Гертн., 71% кь Кор.пах.
100% кь Короткову шп.

" " 75 " " 54, 56, 44, 40, 38, 36, 44, 50, 52, 56, 50, 60, 64, 70,
72, 80, 76, 76, 72, 70=101%; 76% кь Гертн., 68% кь
Кор.пах., 100% кь Кор. шп.

Послѣд. пер. Коротковъ 110 — — 72; Гертнеръ 65.

29 хл. Коротковъ 112—80—72—56; Гертнеръ 85. П. 88. Д. 22.

Стазь при 40 веп. д. 40, 44, 44, 40, 40, 40, 44, 42, 38, 42, 38, 44, 50, 40,
44, 40, 44, 50, 44, 48, 48, 48, 44=120% кь стазу.

" " 100 " " 60, 66, 76, 80, 74, 74, 72, 64, 66, 76, 78, 84, 80,
84, 76, 74, 74, 70, 68 (20 мин. боль!)=74% кь стазу.

Послѣд. пер. 116—94—92—90; Гертнеръ 98.

3 г 12. Коротковъ 104 — — 68; Гертнеръ 95. П. 86. Д. 22.

Стазь при 100 веп. д. 76, 76, 84, 84, 80, 88, 90, 92, 94, 84, 86, 96, 84, 84,
78=86% кь стазу (20 мин.)

" " 40 " " 70, 76, 70, 56, 58, 56, 56, 56, 50 (10 мин.)=140%

Послѣд. пер. Коротковъ 106—90—88—72; Гертнеръ 100.

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

КОЛИЧЕСТВА ПРОИЗВЕДЕННЫХЪ СТАЗОВЪ.

Приводимыя 10 кривыхъ, показывающихъ высоту венознаго давления при различныхъ стазахъ, выбраны какъ наиболее характерныя, именно: 1) когда высота венознаго давления превышаетъ цифры стаза (кривая венознаго давления располагается надъ кривою стаза; кривыя №№ 1—3) 2) когда высота венознаго давления меньше цифръ стаза (кривая венознаго давления располагается подъ кривою стаза; кривыя № 4 и 5), и 3, высота венознаго давления то больше, то меньше цифръ стаза (кривая венознаго давления пересѣкаетъ кривую стаза на различной высотѣ); послѣдняя группа встрѣчается наиболее часто. Кривыя №№ 6—10.

Нѣсколько словъ въ поясненіе самыхъ кривыхъ.

Каждая изъ кривыхъ, за исключеніемъ № 10, состоитъ изъ двухъ половинокъ: на лѣвой показаны кривыя нисходящихъ стазовъ, на правой—восходящихъ. На кривой № 10 только нисходящія стазы.

Цифры по вертикальной прямой обозначаютъ высоту венознаго давления и стазовъ.

Ни кривыхъ «I» обозначаетъ 1-й день наблюденія; «II»—2-й день.

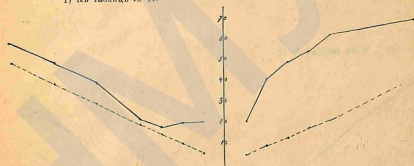
На кривой № 4 по горизонтальной прямой обозначены цифры стазовъ.

Пунктирной кривою обозначаются кривыя стазовъ.

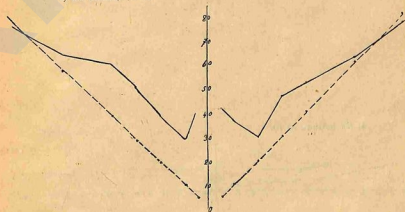
Сплошной кривою обозначаются кривыя венознаго давления.

Остальныя кривыя, менѣе характерныя, вычерченныя для всѣхъ произведенныхъ наблюденій, оставлены въ клиникѣ.

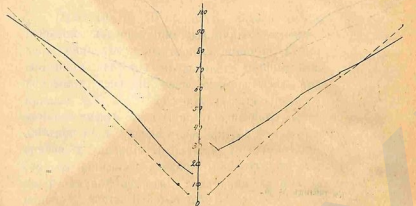
1) Къ таблицѣ № 41.



2) Къ таблицѣ № 39.



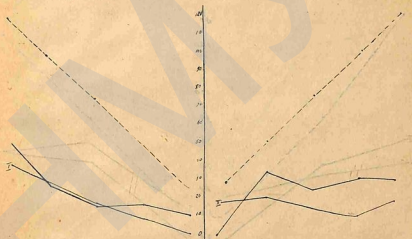
3) Къ таблицѣ № 19.



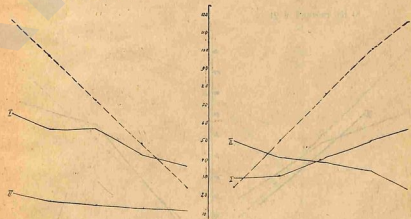
4) Къ таблицѣ № 10.



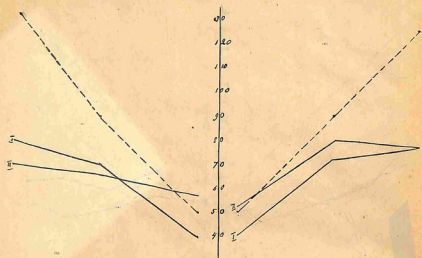
5) Къ таблицѣ № 33.



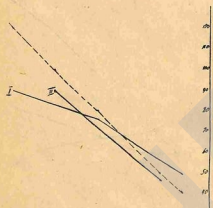
6) Къ Таблицѣ № 48.



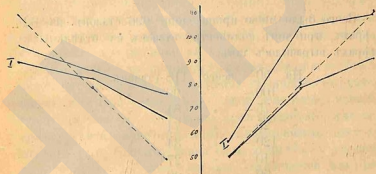
7) Къ таблицѣ № 46.



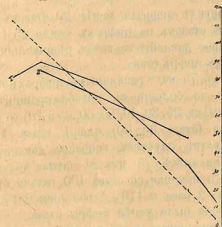
8) Къ таблицѣ № 21.



9) Къ таблицѣ № 22.



10) Къ таблицѣ № 14.



Заключение.

Всего было мною произведено 696 стазовъ на 32 цифрахъ, при чемъ количество стазовъ на отдѣльныхъ цифрахъ выразилось такъ:

На	50—	всего	118	стазовъ.
»	100—	»	99	»
»	75—	»	81	»
»	25—	»	74	»
»	120—	»	34	»
»	110—	»	27	»
»	90—	»	26	»
»	125—	»	25	»
»	130—	»	24	»
»	40—	»	22	»
»	10л60—	»	20	»

На другихъ цифрахъ менѣе 20 стазовъ.

Изъ всѣхъ стазовъ на цифрахъ менѣе 25 (всего 55 стазовъ) венозное давленіе во всѣхъ рѣшительно случаяхъ было выше цифръ стазъ.

До стаза въ 75 на 8 различныхъ цифрахъ венозное давленіе было то больше въ преобладающемъ числѣ случаевъ (стазы на 25, 30, 40, 50, 60, 65 и 70) то въ большинствѣ менѣе (стазы 35, 50) цифръ стазъ. Со стаза 75 въ большинствѣ случаевъ венозное давленіе было менѣе стаза (на стазѣ 75 изъ 81 случая только въ 6 больше стаза) и начиная со стаза 100 только въ 3 случаяхъ (на 100—2 раза и 110—1 разъ) изъ 251 случаевъ венозное давленіе было менѣе цифры стаза.

Всѣ эти полученныя данныя требуютъ объясненія: мы видимъ, что на низкихъ цифрахъ застоя, слѣдовательно когда условія кровообращенія мало измѣняются, вполне понятно, что при этихъ условіяхъ венозное да-

вленіе постоянно доходить до цифры стаза, т. е. сравнивается съ давленіемъ въ рукавѣ манжетки и даже очень часто превосходитъ его. При этихъ условіяхъ артеріи находятся въ нормальномъ состояніи, а въ венахъ образуется все же нѣкоторый застой, что и способствуетъ повышенію давленія въ нихъ.

Но почему же при малыхъ цифрахъ застоя до 25 м.м. венозное давленіе всегда превышаетъ давленіе въ рукавѣ манжетки? При равной условіи вслѣдствіе препятствія для тока венозной крови представляемого сжатіемъ венъ рукавомъ манжетки, можно предположить, что тутъ играетъ роль сократительная сила мышечныхъ элементовъ вены и вена самостоятельно сокращается для преодоленія препятствія, что и увеличиваетъ давленіе въ ней настолько, что оно превышаетъ давленіе въ рукавѣ манжетки. При малыхъ цифрахъ стаза переходъ крови изъ артерій въ вены совершается безпрепятственно, но когда стазъ переходитъ за 25 м.м. давленіе въ венахъ начинаетъ отставать отъ давленія въ рукавѣ.

При большихъ же сравнительно застояхъ, начиная съ 25 м.м. почти никогда намъ не удастся поднять давленіе въ венахъ до высоты артеріальнаго и даже до давленія въ рукавѣ. Очевидно, при этомъ образуется какое-то препятствіе при переходѣ крови изъ артерій въ вены. По предположенію проф. Яновскаго его нельзя отнести на счетъ капилляровъ, такъ какъ послѣдніе оказываются расширенными, ибо периферическая часть руки представляется синевагровой. Слѣдовательно препятствіе слѣдуетъ искать въ мелкихъ артеріяхъ или венахъ; возможно первое предположеніе, потому что давно установлено сокращеніе мелкихъ артерій подъ влияніемъ асфиксії. Но также можно предположить, что спазмъ происходитъ и въ мелкихъ венахъ, такъ какъ онѣ подобно артеріямъ обладаютъ мускулатурой и могутъ сокращаться, что доказываетъ явленіе съ мертвымъ пальцемъ: кровь

въ него не поступает не только изъ артерій, но и изъ венъ; во въ этомъ случаѣ неизвѣстно состояніе капилляровъ. Вопросъ о локализациі можетъ быть рѣшенъ дальнѣйшими изслѣдованіями. Итакъ, повидимому, спазмъ мелкихъ артерій и венъ есть причина, почему при стазахъ на довольно высокихъ цифрахъ, венозное давленіе обычно не доходитъ до высоты артеріальнаго. Но очевидно, что этотъ спазмъ возникаетъ при извѣстной высотѣ давленія въ ружьяхъ именно, по нашимъ изслѣдованіямъ до 25 м.м., приблизительно на высотѣ капиллярнаго давленія; нужно предположить, что до этого давленія спазма еще нѣтъ, а онъ является послѣ того, когда застой превышаетъ указанную цифру.

Усиленіе давленія служитъ стимуломъ для спазма, подобно тому, какъ растяженіе мочеи мочевого пузыря служитъ стимуломъ для сокращенія его гладкой мускулатуры. Такимъ образомъ цифра въ 25 м.м. давленія можетъ служить мѣрою средней возбудимости въ венахъ.

Въ подтвержденіе этого объясненія можно было бы привести еще такое соображеніе: при довольно высокихъ цифрахъ застоя происходитъ повидимому сдавливаніе и глубокихъ венъ, однако оттокъ венозной крови все же могъ бы происходить по костномозговымъ венамъ; но противъ этого предположенія говорятъ изслѣдованія, произведенныя въ клиникѣ д-ромъ Курпаковымъ, который нашель, что объемъ руки какъ во время стаза, такъ и послѣ него, остался безъ перемѣнъ. Но можетъ быть венозное давленіе не доходитъ до высоты артеріальнаго вслѣдствіе пропотѣванія жидкости изъ поверхностныхъ венъ въ окружающую ткань? Но и это соображеніе мало-вѣроятно, такъ какъ встрѣчаются случаи, когда объемъ конечности не мѣняется до стаза и послѣ него, чего очевидно не было бы, если бы въ тканяхъ происходило скопленіе отечной жидкости; увеличеніе же объема ко-

нечности бывшее иногда, можно объяснить реактивной гипереміей.

Что касается измѣненія кровяного давленія въ послѣдовательномъ періодѣ, то мы видѣли, что у здоровыхъ статическое систолическое повысилось и осталось безъ перемѣнъ въ одинаковомъ количествѣ случаевъ: по 31,6% а понизилось въ 37%.

Динамическое диастолическое въ громадномъ большинствѣ случаевъ повысилось, именно въ 63,1%; осталось безъ перемѣнъ въ 15,7% и понизилось только въ 22,2%. Гертнеръ повысился въ большинствѣ 55%, остался безъ перемѣнъ въ 11% и понизился въ 35%. Итакъ, мы видимъ что у здоровыхъ въ послѣдовательномъ періодѣ статическое давленіе на 5,6% больше понизилось, а динамическое и Гертнеръ въ большинствѣ повысилось. Слѣд. статическое въ общемъ мало измѣнилось, а динамическое и Гертнеръ повысились.

У сердечныхъ больныхъ, разобравши % повышений, пониженій и безъ перемѣнъ кровяного давленія по Курткову и Гертнеру, видимъ, что также какъ у здоровыхъ динамическое диастолическое давленіе и Гертнеръ въ большинствѣ повысились, а также и статическое— систолическое повысилось въ большинствѣ въ противоположность здоровыхъ.

У нефритиковъ (см. итогъ наблюденій съ нефритиками) динамическое-диастолическое давленіе и Гертнеръ въ одинаковомъ числѣ случаевъ повысилось и понизилось, а статическое, также какъ у здоровыхъ понизилось (повысилось только въ 12¹/₂₀%).

У больныхъ съ разстройствомъ дыхательнаго аппарата (см. соответствующій итогъ наблюд.), всѣ давленія: статическое систолическое, динамическое-диастолическое и Гертнеръ повысились.

Здѣсь въ послѣдовательномъ періодѣ въ 3 случаяхъ

отсутствовали Коротковскія явления, что можно объяснить только временнымъ спазмомъ артерій.

И наконецъ, у больныхъ различныхъ категорій (см. итогъ наблюдений) также какъ въ предыдущемъ случаѣ и статическое, и динамическое и Гертнеръ повысились въ большинствѣ, хотя меньше, чѣмъ у больныхъ съ разстройствомъ дыхательнаго аппарата.

Въ предѣлахъ полученныхъ много данныхъ позволю сдѣлать слѣд. выводы:

1) При увеличеніи препятствія для тока венозной крови увеличивается и венозное давление, которое по мѣрѣ длительности застоя достигаетъ maximum'a, а затѣмъ начинаетъ понижаться.

2) Венозное давление при малыхъ цифрахъ стаза (до 25 м.м.) всегда бываетъ выше цифры стаза и колебанія его какъ въ сторону повышения, такъ и пониженія при малыхъ стазахъ наибольшія.

3) Венозное давление при среднихъ цифрахъ стаза (отъ 25 до 50 м.м.) колеблется, при чемъ преобладаетъ давление выше цифры стаза.

4) Венозное давление при цифрахъ стаза (отъ 50 до 75 м.м.) также колеблется, при чемъ преобладаетъ давление ниже цифръ стаза.

5) Венозное давление при высокихъ цифрахъ стаза (отъ 75 до 110 м.м.) въ громадномъ большинствѣ случается ниже цифръ стаза.

6) Венозное давление при стазахъ свыше 110 м.м. никогда не доходитъ до цифръ стаза.

7) Высота застойнаго венознаго давления не стоитъ въ зависимости отъ типа стаза: какъ при восходящихъ, такъ и нисходящихъ стазахъ дасть цифры близкія при соответственныхъ цифрахъ застоя.

8) Также высота застойнаго венознаго давления не зависитъ отъ того, дѣлались ли перерывы между каждымъ отдѣльнымъ стазомъ или стазы были непрерывные:

цифры венознаго давления какъ въ первомъ, такъ и второмъ случаяхъ оставались близкими другъ къ другу.

9) Венозное давление подъ вліяніемъ стазовъ дало цифры достигающія величины стаза или превышающія 50% его у здоровыхъ, сердечныхъ и др. группъ больныхъ, кромѣ нефритиковъ, у которыхъ оно оказалось болѣе низкимъ.

10) Отношеніе венознаго давления, выраженное въ ‰, къ статическому, динамическому давленію и къ Гертнеру было въ громадномъ большинствѣ случаевъ послѣдовательнымъ, т. е. измѣнялось съ каждымъ послѣдующимъ стазомъ постепенно и параллельно величинѣ стаза.

11) Въ послѣдовательномъ періодѣ статическое, динамическое давленіе и Гертнеръ въ большинствѣ случаевъ повысились и остались безъ перемѣнъ.

12) Мѣрой средней возбудимости вены можетъ служить давленіе при стазѣ около 25 м.м.

Въ заключеніе работы считаю своимъ приятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому профессору Михаилу Владимировичу Яновскому за предложеніе темы и постоянныя цѣнныя указанія и руководство во время ея исполненія.

Ассистента клиники прив.-доц. Дмитрія Осиповича Крылова и всѣхъ товарищей по клиникѣ сердечно благодарю за ихъ постоянную готовность помочь мнѣ словомъ и дѣломъ во время исполненія работы, а также при занятіяхъ по клиникѣ.

ЛИТЕРАТУРА.

А. В. Сасапарель. Сравнительная оценка клинических способов определения кровяного давления. Спб. 1902 г.

П. К. Щупляев. Клинические наблюдения над действием наперстянки у сердечных больных во время расстройства компенсации. Диссертация. Спб. 1903 г.

Г. А. Колосовъ. Къ вопросу объ измененіяхъ кровяного давления у сердечныхъ больныхъ съ расстройствомъ компенсации подъ влияніемъ горчища. Диссертация. Спб. 1903 г.

А. Ф. Држевецкій. Клиническія наблюденія надъ влияніемъ страфонта на кровяное давление у сердечныхъ больныхъ съ расстройствомъ компенсации. Диссертация. Спб. 1904 г.

Г. В. Алексѣевъ. Клиническія наблюденія надъ влияніемъ extracti fluidi grandifolii на кровяное давление у сердечныхъ больныхъ съ расстройствомъ компенсации. Диссертация. Спб. 1905 г.

А. Н. Иваиовъ. О влияніи систематическихъ мышечныхъ упражненій на кровяное давление въ артеріяхъ, капиллярахъ и венахъ. Извѣстія Имп. Военно-Медиц. Академіи. 1906 г. февраль.

В. Г. Божовскій. Клиническія наблюденія надъ состояніемъ кровяного давления при активной и пассивной гиперемии. Диссертация. 1905 г.

Д. О. Крыловъ. Обь опредѣленіи кровяного давления по звуковому способу доктора Н. С. Короткова. Изв. В. М. Академіи 1906 г. Декабрь.

Его-же. Клиническія наблюденія надъ измененіемъ кровяного давления подъ влияніемъ кофеина у сердечныхъ больныхъ съ расстройствомъ компенсации. Диссертация. Спб. 1906 г.

Его-же. Матеріалы къ вопросу объ измененіяхъ звуковыхъ явленій Короткова въ плечевой артерій подъ влияніемъ средствъ

измѣняющихъ калибръ сосудовъ и сердечную дѣятельность. Изв. В. М. Академіи.

Э. А. Гранстремъ. Къ вопросу о центральномъ или периферическомъ направленіи дириотической волны. Докладъ въ научномъ совѣщаніи Кл. В. Госпиталія. Изв. В. Мед. Академіи. 1906 г. Май.

Б. П. Варыпаевъ. Новая данныя къ вопросу объ активномъ участіи периферической сосудистой системы въ актъ кровообращенія. Изв. И. В. М. Академіи. 1906 г.

Его-же. Обь измененіяхъ кровяного давления подъ влияніемъ застойной гипереміи при расстройствѣ циркуляціи. Изв. И. В. М. Академіи. 1909 г.

Н. Н. Дьяковъ. Клинич. наблюденія надъ скоростью кровообращенія у нефритиковъ въ связи съ отеками. Диссертация. Спб. 1909 г.

В. М. Туркия. Клинич. наблюденія надъ дѣйствіемъ амилнитрита и нитроглицерина на кровообращеніе. Диссертация. Спб. 1910 г.

Проф. А. І. Игнатовскій. Матеріалы къ вопросу о скорости кровообращенія въ связи съ колебаніями кровяного давления у здоровыхъ, сердечныхъ и другихъ больныхъ. Изв. И. В. М. Акад. 1909 г. Апр.—Май.

Проф. М. В. Яновскій и А. І. Игнатовскій. Клиническій способъ опредѣленія скорости кровообращенія. Изв. И. В. Мед. Академіи. 1907 г.

Проф. М. В. Яновскій. О клинической методикѣ опредѣленія механизма измененій артеріальнаго давления. Изв. И. В. М. Акад. 1905 г.

Его-же. Значеніе сокращеній сосудистой стѣнки при расстройствѣ кровообращенія. Рѣчь, читанная въ засѣданіи Общ. рус. врачей въ Спб. въ память С. П. Боткина 11 декабря 1908 г.

Его-же. Аномалии явленій Короткова въ связи съ вопросомъ о ритмическихъ сокращеніяхъ сосудистой стѣнки. Изв. И. В. Мед. Академіи. Январь 1911 г.

Проф. М. В. Яновскій и Д. О. Крыловъ. О застойныхъ явленіяхъ въ сосудахъ. Изв. И. В. Академіи 1912 г.

К. В. Пуинъ. Измѣненіе скорости кровяного тока въ зависимости отъ жатія главнаго артеріальнаго ствола. Изв. И. В. М. Академіи 1911 г.

Его-же. Вліяніе углекислыхъ ваннъ индифферентной температуры на кровообращеніе. Диссертация. Спб. 1911 г.

Н. И. Соколовскій. Клиническія наблюденія надъ колебаніями кровяного давленія и кровоснабженія при дѣйствіи кофеина и эрготина. Диссертация. Спб. 1911 г.

В. Л. Яновскій. Функциональная діагностика сердца и сосудов. Спб. 1908.

Гедонъ. Учебникъ физиологіи, пер. Завьялова, 1909 г.

Lapdois. Учебникъ физиологіи пер. Данилевскаго, Харьковъ.

Лавдовскій и Овсянниковъ. Основы къ изученію микроскопической анатоміи человѣка и животныхъ. Спб. 1887.

Saprey. Traité d'anatomie descriptive. Paris. 1868 г.

*Eshlenburg. Реальная энциклопедія медицинскіихъ наукъ. Спб. 1892 г.

Gerhardt, D. Klinische Untersuchungen über Venenpulsationen. Leipzig 1894.

Ero—же. Zur Lehre von der Sangkraft des Herzens. Verh. des 23 Kongr. fin. Med. 1906, p. 299.

Matthes. Max. In. Verbindung mit Queadstedt, Cottstein u. Dahm Einige Beobachtungen zur Lerhe vom Kreislauf in der Peripherie. Deutch. Arch. f. Kl. Med. 1907. Bd. 89 N. 5—6, p. 38 p.

Schleisinger H. Ueber eigenartige Venenphänomene Wien. Kl. Woch. 1896 N 52 (Цитировано по В. Л. Яновскому).

Recklinghausen, Unblutige Blutdruckmessung des Blutdrucks in den Venen des Menschen. Arch. f. experim. Path. u. Pharm. 1906.

35) Moritz und. v. Tabora. Ueber eine Methode, beim Menschen den Druck in oberflächlichen Venen exakt zu bestimmen. Deutsch. Arch. f. Clin. Med. 1910.



ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Изученіе венознаго давленія при застойныхъ явленіяхъ заставляетъ предполагать, что вены играютъ большую роль въ регулированіи кровообращенія, чѣмъ это обыкновенно полагаютъ.

2) Желательно, чтобы вены не оставались пассивными въ наукѣ, какъ до сихъ поръ, а наравнѣ съ общей сосудистой системой служили предметомъ изученія.

3) До сихъ поръ наиболее вѣроятнымъ объясненіемъ болѣе благоприятнаго дѣйствія минеральныхъ водъ у самихъ источниковъ является извѣстный гігіено-діететическій режимъ курортовъ, чѣмъ какія-либо другія предположенія.

4) При флегмонозныхъ формахъ дифтерита впрыскиваніе антидифтеритной сыворотки не даетъ такихъ благоприятныхъ результатовъ, какъ при типичныхъ случаяхъ.

5) Внутривенное вливаніе физиологическаго раствора поваренной соли при большихъ потеряхъ крови является однимъ изъ наиболее дѣйствительныхъ средствъ для спасенія жизни больного.

6) Въ числѣ причинъ большой смертности среди крестьянскихъ дѣтей одно изъ первыхъ мѣстъ занимаютъ дѣтскіе поносы, съ чѣмъ необходима упорная борьба.

7) Желательно, чтобы молодые врачи частей войскъ насколько возможно чаще прикомандировывались къ лечебнымъ заведеніямъ.

CURRICULUM VITAE.

Борисъ Константиновичъ Персиянниковъ, православнаго вѣроисповѣданія, изъ потомственныхъ почетныхъ гражданъ, родился въ 1880 г. Среднее образованіе получилъ въ Императорской Николаевской Царскосельской Гимназіи, которую окончилъ въ 1899 г. и въ томъ же году поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію, курсъ которой окончилъ въ 1904 г. 16 мая того же года Высочайшимъ приказомъ былъ опредѣленъ на службу младшимъ врачомъ въ 112-й пѣх. Уральскій полкъ. Въ 1905 г. былъ назначенъ испр. должностъ старшаго врача въ 3-ій Лейбъ-Курляндскій драгунскій полкъ, гдѣ пробылъ около года безъ откомандированія отъ штатнаго мѣста службы. Въ 1906 г. былъ командированъ на Дальній Востокъ на усиленіе медицинского персонала въ гор. Харбинѣ, гдѣ служилъ преимущественно въ полевыхъ госпиталяхъ. Въ 1907 г. былъ переведенъ на службу въ 142 пѣх. Звенигородскій полкъ; въ томъ же году былъ командированъ въ г. Самару на борьбу съ холерной эпидеміей. Въ 1908 г. былъ командированъ въ Московскій госпиталь на полъ года для изученія бактериологіи. Въ 1910 г. прикомандированъ къ И. В. Медицинской Академіи для усовершенствованія въ медицинскихъ наукахъ. Находясь въ прикомандированіи къ Академіи 16 Юля 1912 г. переведенъ младшимъ

врачемъ въ 4-й гренадерскій Несвижскій полкъ. Экзамены на степень д-ра медицины сдать въ 1910—11 г. при И. В.-Мед. Академіи. Съ сентября 1911 г. по настоящее время несетъ ординаторскія обязанности въ диагностической клиникѣ проф. Яновскаго.

Настоящую работу подъ заглавіемъ: «Клиническія наблюденія надъ соотношеніемъ между стазомъ и венознымъ давленіемъ» представляетъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

СЛАВАТИ УИТА

Врачъ 4-го гренадерскаго полка Несвижскаго полка, докторъ медицины, кандидатъ наукъ и ординаторъ въ диагностическую клинику профессора Яновскаго. Съ сентября 1911 г. по настоящее время несетъ ординаторскія обязанности въ диагностической клиникѣ профессора Яновскаго. Настоящую работу подъ заглавіемъ «Клиническія наблюденія надъ соотношеніемъ между стазомъ и венознымъ давленіемъ» представляетъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.