

Изъ клинической лабораторіи проф. С. П. Боткина.  
Серія диссертаций, защищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-  
Медицинской Академіи за 1887—1888 учебный годъ.

№ 29.

ВЪ ВОПРОСУ

О ПРОИСХОЖДЕНІИ  
ЭКССУДАТИВНЫХЪ ПЛЕВРИТОВЪ.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.

ДИССЕРТАЦІА  
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ  
ДМИТРИЯ СОКОЛОВА.  
ОРДИНАТОРА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ.

Цензорами, по порученію Конференціи, были профессора:  
С. П. Боткинъ, Д. И. Кошляковъ, прив.-доц. Н. П. Васильевъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія М. М. Стасюлевича, В. О., 2 л. 7.  
1888.

106  
173

Изъ клинической лаборатории проф. С. П. Боткина.  
Серія диссертаций, защищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-  
Медицинской Академіи за 1887—1888 учебный годъ.

№ 29.

616.25

1-Ноя 2002  
С-59

ВЪ ВОПРОСУ

О ПРОИСХОЖДЕНИИ

**ЭКССУДАТИВНЫХЪ ПЛЕВРИТОВЪ.**

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ.

ДИССЕРТАЦІА

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

**ДМИТРІЯ СОКОЛОВА.**

ОРДИНАТОРА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ.

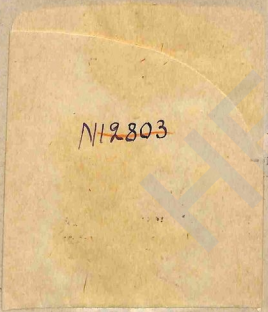
Цензорами, по порученію Конференціи, были профессора:  
С. П. Боткинъ, Д. И. Кошляковъ, прив.-доц. Н. П. Васильевъ.

Инд. **НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА**  
**1-го Харьк. Мед. Института**

**С.-ПЕТЕРБУРГЪ.**

Типографія М. М. Стасюлевича, В. О., 2 л., 7.  
**1888.**

Перечет  
1886 г.



N19803

447  
СРЯД

1953

Первучет-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря Соколова, под заглавием «Къ вопросу происхожденія эксудативныхъ плевритовъ. Экспериментально-клиническое исследование», печатать дозволяется съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, Февраля 29 дня, 1888 года.

Ученый Секретарь В. Пауитинъ.

63875

Нѣтъ, кажется, ни одной болѣзни, о которой писали такъ много, какъ о плевритѣ. Много писали объ его этиологіи, о его діагнозѣ, терапіи и прогнозѣ. Между прочимъ, за послѣднее время въ литературѣ появились новые взгляды на сущность плевритовъ, взгляды, которые, если только они справедливы, совершенно измѣняютъ положеніе дѣлъ и даютъ совершенно иное предсказаніе при теченіи плевритовъ. Нѣкоторые авторы весьма настойчиво утверждаютъ, что несправедливо классическое ученіе, рассматривающее большую часть острыхъ плевритовъ какъ простое воспаденіе послѣ обыкновенныхъ причинъ, между которыми охлажденіе занимаетъ первое мѣсто. По ихъ мнѣнію, не существуетъ плевритовъ такъ-называемыхъ простудныхъ (a frigore), а всѣ плевриты, извѣстные до сихъ поръ подъ именемъ «простудныхъ», на самомъ дѣлѣ происхожденія туберкулезнаго и представляютъ собой первое проявленіе скрытой бугорчатки легкихъ. Конечно, подобныя воззрѣнія, въ виду своей важности, требуютъ тщательной проверки, и я, по предложенію проф. Сергія Петровича Воткина, задаясь цѣлью рассмотреть, насколько правы эти авторы и не представляютъ ли высказываемыя ими мысли результата надлиннихъ увлеченій въ отрицаніи старыхъ и созиданіи новыхъ теорій и гипотезъ.

Впервые выступаетъ съ подобнымъ крайнимъ взглядомъ Landonou, который въ 1884 году, въ статьѣ «Epanchemens pleuraux et tuberculose» \*) говорить: «98 разъ изъ 100 плевритическихъ выпоты плевритовъ, такъ-называемыхъ a frigore, суть проявленіе

\*) Gazette des hôpitaux, 1884.

бугорчатки—скрытой или явной, и потому, что не всегда можно доказать это, не слѣдует, что зтояь первичный туберкулезъ отсутствуетъ». При этомъ въ подтвержденіе своихъ словъ приводитъ 2 случая: одинъ, гдѣ на первый взглядъ плевритъ казался чисто простуднымъ, развившимся несомненно послѣ охлажденія у человѣка вполне крѣпкого и здороваго. Авторъ въ этомъ случаѣ, однако, заподозрилъ бугорчатку, что и подтвердилось вскрытіемъ, такъ какъ больной внезапно умеръ. Въ верхушкѣ правого легкаго найдена каверна, величина съ орѣхъ, и фиброзою разсыпанныхъ казеозныхъ узловъ, въ плевры лимоннаго цвѣта вышле.

Вѣроятно, болѣе никакихъ измѣненій въ плевры не найдено, такъ какъ авторъ о состояніи самой плевры ничего не упоминаетъ. Такимъ образомъ, здѣсь процессъ въ плевры могъ появиться случайно отъ простуды, одновременно съ существованіемъ бугорчатки, а вовсе не какъ слѣдствіе ея.

Другой случай—гнойный плевритъ у здоровой до того 11-лѣтней дѣвочки; черезъ 3 мѣсяца послѣдующаго полное излѣченіе. Даже 7 лѣтъ спустя эта дѣвочка найдена совершенно здоровой, что, однако, нисколько не разубѣдило автора въ специфическомъ характерѣ бывшаго плеврита. Здѣсь Landouzy проводитъ аналогію съ тшог albus въ колѣяхъ, соxalgia и пр., отъ которыхъ, несмотря на то, что это мѣстный туберкулезъ, излѣчиваются и долго живутъ. Авторъ вырскивалъ плевритическій экссудатъ изъ подобныхъ больныхъ кроликамъ въ брюшную полость, изъ которыхъ одинъ околѣлъ отъ бугорчатки (что было съ остальными—не упоминаетъ).

Затѣмъ, въ 1866 году Landouzy <sup>1)</sup> снова также настойчиво заявляеть, что всякій плевритъ, не зависящій отъ инфекции (скарлатина, пuerperia и т. п.), отъ дискразій (ревматизмъ), отъ травмы (переломы реберъ), оседа туберкулезный. Авторъ, въ подтвержденіе своего мнѣнія, приводитъ 2 новыхъ наблюденія надъ людьми, до того совершенно здоровыми, гдѣ, между тѣмъ, на вскрытіи былъ констатированъ туберкулезъ.

Наконецъ, въ послѣдней своей статьѣ, <sup>2)</sup> тотъ же авторъ продолжаетъ отстаивать свое мнѣніе, хотя нѣсколько какъ будто уступаетъ: уже не говоритъ, что туберкулезъ всегда неизлѣимъ, но что онъ всегда возможенъ. При этомъ добавляетъ, что онъ говоритъ отнюдь не о чахоткѣ, а о мѣстномъ туберкулезѣ плевры,

что не одно и то же, и признаеть, что зтояь мѣстный процессъ можетъ пройти совершенно безслѣдно для всего организма.

Въ прошломъ году являса болѣе обстоятельная работа Kelsch'a et Vaillard'a <sup>1)</sup>, которые задались цѣлью доказать, что нѣтъ простыхъ плевритовъ, а всякій плевритъ не септического и не ревматическаго (?), не зависящій отъ дискразій или отъ раковаго перерожденія плевры, въ огромномъ большинствѣ случаевъ туберкулезный. Даннаяя клинически, которыми, по ихъ мнѣнію, подтверждаютъ справедливость ихъ вывода, заключаются часто въ подозрительномъ началѣ плеврита, въ его неправильномъ теченіи, почти всегда болѣею продолжительности, въ его наклонности къ хроническому теченію, къ возвратамъ, къ бугорчаткамъ усложненіямъ въ другихъ органахъ, въ глубокомъ пораженіи общаго состоянія, наконецъ, въ неуспѣхѣ лѣченія терапевтическаго и хирургическаго. Авторы идутъ далѣе, не ограничиваясь этимъ, до известной степени справедливымъ взглядомъ, и утверждаютъ, что даже простота возникновенія, доброкачественность симптомовъ, короткое продолженіе и излѣченіе еще недостаточно говорить противъ специфичности плеврита. Мало того, К. et V. считаютъ себя въ правѣ вывести заключеніе, что вульгарный плевритъ въ дѣйствительности только проявленіе мѣстнаго туберкулеза плевры. Хотя бы плевритъ и былъ излѣченъ, однако, плевритика, подобно больнымъ, излѣченнымъ отъ шейнаго адвита, отъ казеознаго остеоперитонита, подвержены послѣдующимъ случайностямъ, которыя, по мнѣнію авторовъ, доказываютъ специфичность первичнаго заболѣванія. Послѣдовательныя заболѣванія туберкулезомъ верхушекъ, перитонитъ, грудные холодные нарывы, менингитъ и др. могутъ появиться много лѣтъ спустя за первичной болѣзью и находятся въ причинной связи съ нею. Въ доказательство этого приводятъ случай хроническаго перитонита съ водянойю, гдѣ 15 лѣтъ (!) назадъ былъ правосторонній плевритъ, въ свое время излѣченный. На вскрытіи найденъ остатокъ плеврита анкистированнымъ у основанія правого легкаго; киста, образованная сильно утолщенной плеврой, заключаетъ полость въ два кулака объемомъ, наполненную мягкимъ сухимъ замазкообразнымъ веществомъ. Правая половина диафрагмы образовала нижнюю стѣнку кисты и была инфильтрована сѣвными туберкулезными узелками; такіе же покрывали всю брюшину, но въ большемъ числѣ въ верхней правой половинѣ живота. Зараженіе брюшиною, по мнѣнію К. et V. прои-

<sup>1)</sup> De la pleurésie, dite a frigore, manifestation de tuberculose. Revue de medec. 1886. 10 juillet.

<sup>2)</sup> Sur la pleurésie a frigore. Gaz. des Hôpit. 1887. 20.

<sup>1)</sup> Recherches sur les lésions anatomo-pathologiques et la nature de la pleurésie. Arch. de Physiol. 1886. 2.

вошло от старой плевральной кисты, где споры были заключены в творожистых массах и где после долгих лет развивалась bacциллaрная форма с быстрым течением.

Подобное толкование, по нашему мнению, чрезвычайно provavelmente. Невольно является вопрос: развѣ не могла развиться бугорчатка внѣ всякой зависимости отъ бывшаго плеврита, развѣ не могъ туберкулезный ядъ проникнуть въ организмъ позже, и отчего туберкулезный агентъ въ продолженіе 15 лѣтъ находился въ видѣ споръ, которыя вдругъ быстро развились въ bacциллы и обусловили бугорчатку и еще бугорчатку исключительно только по лости живота. Да наконецъ, могутъ ли существовать споры бугорчатки такое продолжительное время, какъ 15 лѣтъ, и при какихъ условіяхъ это возможно?

Наше мнѣніе не ново, говорятъ K. et V., зачатки его находятся во многихъ работахъ классиковъ и даже въ сочиненіяхъ Laennec'a. Затѣмъ, оно ясно формулировано Bernutz'омъ<sup>1)</sup> и нашъ учитель Villeminъ придерживается того же, какъ и проф. G. Sée<sup>2)</sup> въ одной изъ своихъ новыхъ работъ. Эти указанія заставили насъ обратиться къ трудамъ только что перечисленныхъ авторовъ и, къ удивленію, мы нашли ихъ взгляды на дѣло не вполнѣ согласными съ воззрѣніями Kelsch'a et Vaillard'a.

Такъ Laennecъ въ знаменитомъ «Traité de l'auscultation médiate» на стр. 293 прямо утверждаетъ, что «случайныя причины плеврита, въ общемъ, всѣ причины воспалительныхъ болѣзней: холодныя зимы и продолжительное вліяніе холода послѣ тяжелой работы—самыя частыя. Проявленіе подагры, ревматизма, лишаевъ или всякой другой сыпи и причины механическія также часто вызываютъ плевритъ».

Между причинами предрасполагающими—чаще всего истощенность, искривленность груди, неумѣренность въ спиртныхъ напиткахъ и особенно легочныя бугорки, которые даже передъ своимъ размягченіемъ бывають причиной плевритовъ, протекающихъ въ нѣсколько приемовъ и очень наклонныхъ къ хроническому теченію. Однако, замѣчаетъ Laennecъ, какъ въ пневмоніи, предрасполагающія и случайныя причины часто отсутствуютъ или недостаточны для объясненія болѣзни; но въ молодости, въ расцвѣтѣ силъ, сильная работа, неумѣренность въ стоѣ или вліяніе холода часто вызываютъ явный и, хотя сильный, но легко излечиваемый плевритъ.

<sup>1)</sup> Пигуронавъ Joanny въ диссертации «Du pronostic éloigné de la pleurésie». Thèse de Par. 1881.

<sup>2)</sup> Maladies simples du poumon.

Такимъ образомъ Laennecъ главное мѣсто въ этиологіи острыхъ плевритовъ отводитъ простуднымъ вліяніямъ, не отрицая въ то же время и легочныхъ бугорковъ, какъ момента, предрасполагающаго къ развитію плевритовъ, но исключительно хроническія. Мало того, авторъ, говоря о послѣдующихъ измѣненіяхъ грудной кѣтки, упоминаетъ о двухъ пожилыхъ субъектахъ, вполнѣ крѣпкихъ и здоровыхъ, у которыхъ былъ плевритъ еще въ ранней молодости и былъ вполнѣ излеченъ, хотя и остались искривленія одной половины грудной кѣтки. Наконецъ, Laennecъ приводитъ, между прочимъ, одно вскрытіе плеврита, где бугорковъ не найдено.

Villemin<sup>1)</sup> также весьма опредѣленно высказываетъ свой взглядъ на плевритъ и на его отношеніе къ туберкулезу. «Тогда какъ воспалительныя заболѣванія дыхательныхъ органовъ,—говоритъ Villemin,—плевритъ, пневмонія, бронхитъ гораздо чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ, потому что первые гораздо болѣе подвергаются вліянію погоды,—туберкулезъ, напротивъ, тѣмъ чаще у женщинъ, чѣмъ болѣе сидячая жизнь защищаетъ ихъ отъ холода. Субъекты, которые по ремеслу подвергаются каждую минуту значительнымъ колебаніямъ температуры; которыхъ тѣло, покрытое потомъ, подвергается продолжительнымъ охлажденіямъ; субъекты, которые отдыхаютъ на сырой землѣ, усталые отъ работы; которые, пьютъ ледяную воду въ то время, какъ солнечныя лучи и работа подняли ихъ температуру до maximum'a, рабочіе на поляхъ—всѣ они гораздо менѣе часто заболѣвають туберкулезомъ, чѣмъ рабочіе городовъ, чья лучшая одежда, тешота въ комнатахъ болѣе защищаетъ противъ холода и атмосферныхъ переувѣтъ. Туберкулезъ, вмѣсто того, чтобы уменьшаться со смягченіемъ климата и усиливаться съ его суровостью, напротивъ, находится въ совершенно обратномъ отношеніи. Именно, приближаясь къ полярнымъ странамъ, туберкулезъ дѣлается болѣе рѣдкимъ и, наконецъ, даже исчезаетъ вовсе, тогда какъ болыная часть странъ тропическихъ отличается частотой и особенной злокачественностью этой болѣзни, чего не замѣчается въ отношеніи другихъ заболѣваний дыхательныхъ органовъ».

Датѣе, говоря о вліяніи высоты мѣстности подъ уровнемъ моря, авторъ утверждаетъ, что плевриты и пневмоніи на высотахъ очень часты, чашка же, наоборотъ, отъ рѣдка или вовсе не встрѣчается. При этомъ онъ утверждаетъ, что плевриты, какъ пневмоніи и бронхиты, не ведутъ за собой бугорчатки, хотя и могутъ быть результатомъ бугорчатки или самого легкаго, или са-

<sup>1)</sup> Etudes sur la tuberculose. 1868. Paris.

мой плевры. Въ плевритахъ, происшедшихъ безъ выдаемой причины, дѣйствительно трудно рѣшить, простой онъ или слѣдствіе туберкулеза, но дальнѣйшее теченіе можетъ разрѣшить это, такъ какъ при плевритѣ простомъ болѣзнь прогрессивно ухудшается, между тѣмъ, какъ при плевритѣ туберкулезномъ истинное здорье исчезаетъ навсегда. «*Во всякомъ случаѣ,*—говоритъ Villemin,—какъ мы уже замѣтили относительно бронхита, ничто не мѣшаетъ частоткѣ появиться у человека, пораженнаго плевритомъ, черезъ болѣе или менѣе долгое время безъ всякаго отношенія между этими двумя заболѣваніями. Когда было идетъ о такой распространенной болѣзни, какъ туберкулезъ, не слѣдуетъ удивляться подобнымъ совпаденіямъ».

Почти такого же взгляда въ этомъ отношеніи придерживается и проф. G. Sée <sup>1)</sup>: «*частота частотки, по его мнѣнію, вѣроятно за плевритомъ, даже хроническимъ, вовсе не доказана*». Авторъ приводитъ 79 случаевъ хроническаго плеврита, рассмотрѣнныхъ съ этой точки зрѣнія Blakiston'омъ <sup>2)</sup>; изъ нихъ 10 умерли, 69 выздоровѣли и за ними можно было слѣдить нѣсколько лѣтъ: изъ нихъ 16 нельзя было изслѣдовать точно, известно было только, что они живы; по 53 можно было изслѣдовать и высказывать: *никто изъ нихъ не былъ частоточный*. «*Не слѣдуетъ преувеличивать,*—прибавляетъ G. Sée,—известно, что имѣвшій плевритъ можетъ сдѣлаться бугорчатымъ черезъ 10—15 лѣтъ, но туберкулезъ болѣзнь настолько частая, что не слѣдуетъ ставить между этими двумя фактами причинную зависимость». Далѣе авторъ прямо признаетъ форму pleurésie girpale ou catharrhale, самую простую и благоприятную изъ плевритическихъ воспаленій, которая характеризуется общимъ недомоганіемъ, лихорадкой, быстрой появленія и всасыванія экссудата.

Изъ всѣхъ авторовъ, на которыхъ ссылаются Kelsch et Vaillard, Bergutz, пирируемый Joanny <sup>3)</sup>, считаетъ всѣ плевриты, по крайней мѣрѣ, идиопатическіе, туберкулезными, между тѣмъ, какъ авторъ, цитирующій его, утверждаетъ, что для прогноза при плевритѣ прежде всего необходимо отдѣлить плевриты съ подозрительнымъ теченіемъ отъ простыхъ идиопатическихъ.

Кромѣ всѣхъ перечисленныхъ авторовъ, Kelsch et Vaillard ссылаются на Martineau <sup>4)</sup>, между тѣмъ, онъ приводитъ 19 случаевъ

плеврита, гдѣ внезапно начало послѣ охлажденія не оставляетъ въ этомъ отношеніи никакого сомнѣнія и кромѣ 2 (одинъ пораженъ пневмоніей, у другого братъ туберкулезный) ни у кого не было никакихъ предшествующихъ заболѣваній, намекающихъ на туберкулезъ; у всѣхъ (кромѣ 2 упомянутыхъ) излѣченіе было полное. Затѣмъ одинъ гнойный плевритъ былъ вскрытъ и туберкулеза также не оказалось.

Посмотримъ теперь, какихъ взглядовъ въ этомъ отношеніи придерживаются другіе авторы, занимавшіеся вопросомъ о происхожденіи плевритовъ и объ отношеніи ихъ къ туберкулезу.

Еще въ 1810 году Bayle <sup>1)</sup> не находитъ ничего удивительнаго въ отсутствіи бугорковъ въ легкомъ въ случаяхъ хроническаго плеврита. По его мнѣнію, не воспаленіе плевры (будь оно острое или хроническое) влечетъ бугорки, а предрасположеніе къ бугорчаткѣ общей или мѣстной. Воспаленіе самое продолжительное безъ этого предрасположенія недостаточно, чтобы вызвать бугорчатку, и почти всегда, когда есть сочетаніе бугорковъ и хроническаго плеврита, бугорчатое заболѣваніе предшествуетъ воспалительному и мѣшаетъ его излѣченію. Даже авторъ приводитъ вскрытія 4 больныхъ (наблюденія 41, 42, 44 и 45) плевритиковъ, которыхъ считали за фтизиковъ, но у которыхъ легкія оказались совершенно невредимыми и нигдѣ ни слѣда бугорковъ.

Gendrin <sup>2)</sup> утверждаетъ, что обыкновенно при выпотѣхъ въ серозныхъ полостяхъ ткани самой серозной не представляетъ никакихъ другихъ измѣненій, кромѣ чисто воспалительныхъ, и, между прочимъ, приводитъ 4 безбугорковыхъ вскрытія плеврита (наблюденія VIII, XIII, XXI, XXXV).

Bonillaud <sup>3)</sup> считаетъ туберкулезъ слѣдствіемъ плевритовъ не чистыхъ, простудныхъ, а плевритовъ, которымъ предшествовалъ катарръ легкихъ и которые протекаютъ хронически.

Broussais <sup>4)</sup> убѣжденъ, что нѣтъ ни одного врача, которому не приходилось часто лѣчить плевриты, разившіеся вслѣдъ за охлажденіемъ въ потномъ состояніи. Эти простые плевриты, по его мнѣнію, всегда ясно обозначены болями въ боку и лихорадкой и болѣе или менѣе быстро излѣчиваются безъ всякихъ послѣдствій для

à la statistique de traitement par la thoracocentèse). Gaz. méd. des hôp. 23 janv. 1874.

<sup>1)</sup> Recherches sur la phthisie pulmonaire. 1810, стр. 344.

<sup>2)</sup> Histoire anatomique des inflammations. 1826.

<sup>3)</sup> Clinique médicale. 1887.

<sup>4)</sup> Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques. 1838.

<sup>1)</sup> Maladies simples du pounon. стр. 528.

<sup>2)</sup> Работы его не указываютъ.

<sup>3)</sup> Loc. cit.

<sup>4)</sup> Observations de pleurésie aigue sero-fibrineuse et purulente (contribution

организма; только при плевритах, протекающих хронически, сдавленное легкое может сдвигаться туберкулезным, хотя и хронический плеврит может остаться чисто воспалительного свойства и также бесследно излечиться.

Maugrier <sup>1)</sup> полагает, что плеврит часто, но не необходимо ведет к чахотке—или по слабости, которую он оставляет в легком послѣ даже полного разрѣшенія, или по неполному разрѣшенію, или образованіем абсцесса в легочной ткани и скопленіем гноя между легочной и реберной плеврой.

Thiebierge <sup>2)</sup> и Egmann <sup>3)</sup> считают всасываніе въ 15—30 дней признаком остраго экссудата, чисто воспалительнаго характера, и такіе плевриты, по ихъ мнѣнію, всегда окончательно излечиваются.

Vintrich <sup>4)</sup> строго отличает плевритъ вторичный—симптоматическій, отъ первичнаго идиопатическаго, который развивается главнымъ образомъ отъ простуды, скоро всасывается и даетъ полное выздоровленіе.

По мнѣнію Scoda <sup>5)</sup>, причиной плеврита бывають всѣ внѣшнія вредныя вліянія, какъ и вообще во всѣхъ болѣзняхъ, особенно вредное вліяніе температуры. Опытъ учитъ, говорить авторъ, что повышеніе температуры, вслѣдствіе сильнаго движенія или усилія, можетъ вызвать плевритъ, причемъ въ такомъ плевритѣ, развившемся у человѣка до того совершенно здороваго, степень лихорадочныхъ движеній указываетъ на интенсивность процесса; напротивъ, у субекта туберкулезнаго, гдѣ плевритъ развивается вслѣдствіе выснапія бугорковъ на поверхности легкаго, можетъ довольно быстро и въ значительномъ количествѣ появиться въ плеврѣ даже гной безъ того, чтобы лихорадочныя движенія были значительны, хотя вообще интермиттирующій типъ лихорадки при плевритѣ служить признакомъ развитія туберкулеза.

Cruveilhier <sup>6)</sup> допускаетъ, что острый плевритъ съ выпотомъ можетъ развиваться въ первомъ періодѣ бугорчатаго заболѣванія и представлять тогда всѣ клиническіе признаки плеврита идиопатическаго, но дальнѣйшее теченіе и трудное излеченіе заставляютъ подозрѣвать присутствіе бугорковъ. Туберкулезный плевритъ со-

<sup>1)</sup> Phthisis. Dictionnaire des sciences médicales.

<sup>2)</sup> De la pleurésie. 1852.

<sup>3)</sup> Ueber Verlauf und Behandlung der Pleuritis exsudativa. Dissert. Berlin. 1869.

<sup>4)</sup> Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Virchow 1854. Bd. V. 1.

<sup>5)</sup> Pleuritis. Allgem. Wien. med. Zeitung. 1860.

<sup>6)</sup> Traité d'Anatomie pathologique générale. 1862. IV.

провождается почти всегда hydrothorax'омъ и поэтому хроническій hydrothoraxъ такъ трудно излѣчивается даже пункцией.

По Grisolle <sup>1)</sup>, простой плевритъ, чаще всего развивающійся у здоровыхъ людей въ рабочемъ классѣ и въ арміи отъ простуды, быстро и бесследно излѣчивается.

Sudeley <sup>2)</sup> признаетъ большое количество выпота и полное всасываніе характернымъ признакомъ чистыхъ простудныхъ плевритовъ.

Hérad et Cornil <sup>3)</sup> прямо и опредѣленно утверждаютъ, что плевриты бугорчатые носятъ совсѣмъ другой видъ, чѣмъ плевритъ свѣжій—острый. Туберкулезный плевритъ слѣдуетъ рѣже всего за знобомъ; начало его тихое, колотье незначительное; выпотъ происходитъ постепенно при симптомахъ легкой лихорадки. Эти плевриты подозрительны въ отношеніи излеченія, такъ какъ выпотъ всосавшійся рѣдко не повторится черезъ нѣкоторое время.

Attimont <sup>4)</sup> приводитъ 130 случаевъ плеврита, изъ которыхъ 80 были излечены окончательно, и даже за многими изъ нихъ слѣдили долгое время, причемъ ничто не указывало у нихъ на бугорчатку.

Lemardeley <sup>5)</sup>, говоря о различныхъ сраженіяхъ плевры, выводитъ заключеніе, что разсыпныя сраженія часто сопровождаютъ чахотку, но также часто бывають и послѣ экссудативныхъ плевритовъ первичнаго происхожденія.

По Mora <sup>6)</sup>, туберкулезъ при плевритахъ является послѣдовательно отъ недостаточной, вслѣдствіе сраженія, работы легкаго.

Méhu <sup>7)</sup> и Lemoine <sup>8)</sup> утверждаютъ, что удѣльный вѣсъ экссудата болѣе 1019 указываетъ на плевритъ свѣжій съ благопріятнымъ предсказаніемъ; ниже 1015—признакъ hydrothoracis; удѣльный вѣсъ около 1018 указываетъ на туберкулезную природу экссудата.

Meу <sup>9)</sup> считаетъ туберкулезъ послѣдовательнымъ заболѣваніемъ,

<sup>1)</sup> Traité de Pathologie interne. I. 1863.

<sup>2)</sup> Des indications et des contreindications de la thoracentese dans les diverses espèces d'épanchemens. Arch. gén. de Med. 1864. IX.

<sup>3)</sup> Traité de la phthisie pulmonaire. Paris 1867.

<sup>4)</sup> Considérations sur le résultat de la paracentèse dans la pleurésie purulente. Paris 1868.

<sup>5)</sup> De la pleurite adhésive. Thèse 1874.

<sup>6)</sup> Etude clinique sur quelques complications de la pleurésie. Thèse de Paris 1875.

<sup>7)</sup> Etude sur les liquides épanchés dans la plèvre. Arch. gén. de med. 1872. juin, juillet.

<sup>8)</sup> Thoracentese dans le traitement de la pleurésie. Thèse de Paris. 1876.

<sup>9)</sup> Des rapports de la pleurésie et de la tuberculose. Thèse de Paris. 1877.

причем продолжительное давление плевритического выпота на легкое — момент, predisposingий кь туберкулезному перерождению: или оть бездѣтельности, или черезь распространение воспаления съ плевры на легкое, или потому, что это легкое представляет locus minoris resistentiae.

Gerhardt <sup>1)</sup> полагаетъ, что плевритъ можетъ быть или заболѣваніе, предшествующее чахоткѣ или являющееся при ней, но вообще никакъ не часты подобныя случаи.

Weber <sup>2)</sup>, считая холодъ самой частой причиной первичнаго плеврита, при описаніи патологической анатоміи острыхъ плевритовъ, даже не предполагаетъ возможности найти бугорки при этомъ заболѣваніи.

Жакъ <sup>3)</sup>, Нимейеръ <sup>4)</sup>, Dieulafoy <sup>5)</sup> и Эйхгорстъ <sup>6)</sup> въ этиологическомъ отношеніи различаютъ *первичный* — (идиопатическій) и *вторичный* (дейтеропатическій, симптоматическій) плевриты. При первичномъ плевритѣ самую видную роль играетъ простуда. «Промачиванія тѣла, — говоритъ Эйхгорстъ, — и внезапныя охлажденія, которымъ подвергается организмъ, ведутъ за собой воспаление грудной плевры. Иногда можно доказать анамнезомъ, что воспаленіемъ поражена именно та сторона груди, которая исключительно или преимущественно была подвержена внезапной и сильной потерѣ тепла. Въ виду громадной склонности профановъ, — прибавляетъ тотъ же авторъ, — сводить всѣ болѣзни на простуду, легко понять, что называемъ ревматическій плевритъ много разъ злоупотребляли; несмотря на это, однако, факты не позволяютъ вычеркнуть изъ *этиологии* понятія о простудѣ».

Seux <sup>7)</sup> (сынъ) различаетъ 4 формы плеврита: 1) плевритъ по соедѣству — въ теченіе перикардита; 2) плевритъ оть холода, который развивается вслѣдствіе ослабленія организма ревматизмомъ и особенной чувствительностью къ холоду; 3) метастатическій плевритъ, совпадающій съ исчезновеніемъ остраго заболѣванія въ суставахъ, и 4) истинный ревматическій плевритъ, аналогичный составному заболѣванію.

<sup>1)</sup> Pleuraexsudat und Lungenphthisis. Wien. med. Wchnshr. 1879.

<sup>2)</sup> De la pleurésie aigue chez l'adulte.

<sup>3)</sup> Руководство къ частной патологіи и терапіи. Т. 2.

<sup>4)</sup> Рук. къ частн. пат. и тер. Т. I.

<sup>5)</sup> Рук. къ внутр. патологіи. Т. 1.

<sup>6)</sup> Рук. къ частн. пат. и тер. Т. I.

<sup>7)</sup> De certaines manifestations morbides survenues pendant le rhumatisme et en particuliere de la pleurésie rhumatismale. Paris 1879.

Hieberg <sup>1)</sup> отрицаетъ возможность первичнаго туберкулеза серозныхъ оболочекъ; почти всегда онъ бываетъ вторичнымъ, первичное же гнѣздо находится въ сосѣднихъ органахъ.

Weigert <sup>2)</sup>, разсматривая пути распространенія туберкулезнаго яда на серозныя оболочки, полагаетъ, что онъ всегда идетъ съ тѣхъ внутреннихъ органовъ, которые покрыты этими серозными и очень рѣдко изъ тока крови. Даже при общемъ остромъ миллярномъ туберкулезѣ, гдѣ всѣ органы задѣты отъ зараженія крови, серозныя части не тронуты; нужно, чтобы ядъ находился въ огромномъ количествѣ въ крови и необходимы спеціальныя обстоятельства, напр., травма, чтобы туберкулезное вещество основалось на серозной. Въ случаяхъ плеврита, гдѣ, повидному поражена бугорками только плевра, при болѣе глубокомъ исслѣдованіи всегда можно найти гнѣзда въ легкомъ, бронхіальныхъ или медиастинальныхъ железахъ, а также въ pericardium и peritoneum.

По мнѣнію Rhule <sup>3)</sup> существующія до сихъ поръ наблюденія совершенно недостаточны, чтобы вывести отношеніе причины къ слѣдствію между плевритомъ и туберкулезомъ. Можно всегда замѣтить, говоритъ авторъ, присутствіе предшествовавшихъ измѣненій въ легкомъ, измѣненій, которыя не были единственной причиной плеврита, но которыя благоприятствовали его появленію и сдѣлали эксудатъ болѣе обширнымъ, болѣе худшаго качества и болѣе продолжительнаго теченія. Чѣмъ острѣе былъ плевритъ и быстрѣе востался, тѣмъ рѣже чахотка. Случай радикальнаго излѣченія плеврита оказываются у людей хорошаго общаго здоровья, тогда какъ хроническія формы наблюдаются у predisposedныхъ къ туберкулезу.

Chauret <sup>4)</sup> между случаями (изъ 45 случаевъ въ 8-ми, т.-е. въ 18%) легочной бугорчаткѣ нашель въ анамнезѣ эксудативный плевритъ (2 случая — 2 года назадъ, 2 случая — 3 года, 2 — 4 года, 1 — 5 лѣтъ и 1 — 6 лѣтъ тому назадъ) бывшій — 2, 3, 6 и даже 10 лѣтъ назадъ и задаетъ вопросъ: «этотъ плевритъ, предшествовавшій туберкулезу легкихъ, туберкулезный ли? на что дать вполнѣ безпристрастный отвѣтъ: «трудно опредѣленно отвѣтить, — говоритъ онъ, — однако продолжительный промежутокъ

<sup>1)</sup> Die Tuberculose in ihrer anatomischen Ausbreitung. Leipzig. 1882.

<sup>2)</sup> Die Wege des Tuberkelgittes zu den serösen Häuten. Deutsch. med. Wchnshr. 1883. 31.

<sup>3)</sup> Циксень. Частн. пат. и терапіи. V.

<sup>4)</sup> De la pleurésie précédant le début de la tuberculose pulmonaire. Lyon. méd. 1885. 24 Mai.



между плевритомъ и ясными признаками въ верхушкахъ можетъ заставить думать, что туберкулезъ не имѣлъ никакого значенія въ происхожденіи плеврита.

Paul le Gendre <sup>1)</sup> считаетъ «совершенно ошибочными взгляды тѣхъ довольно многочисленныхъ авторовъ, во главѣ съ Landouzy, которые не признаютъ существованія простаго плеврита и ставятъ въ связь развитіе туберкулеза съ плевритомъ, бывшимъ 7—10 лѣтъ передъ этимъ».

Такимъ образомъ всѣ перечисленные авторы признаютъ существованіе *чисто простудныхъ острыхъ плевритовъ*, быстро излечиваемыхъ и дающихъ всегда хорошее предсказаніе, и строго отличаютъ ихъ отъ случаевъ съ хроническимъ теченіемъ, которые дѣйствительно могутъ развиваться на туберкулезной почвѣ, или, сильно истощая больного, готовятъ почву для туберкулеза. Большая продолжительность экссудата вызываетъ общіе и мѣстные припадки, которые обуславливаютъ развитіе чахотки. Крімъ того, присоединяется вліаніе ложныхъ перепонокъ и сращеній, нарушающихъ функцію соседнихъ органовъ. При такихъ условіяхъ въ сгустившихся составяхъ плевритическаго экссудата можетъ развиты инфекция, которая при наступившемъ расположеніи субъекта легко оказываетъ свое дѣйствіе.

Теперь посмотримъ, какія доказательства справедливости своего мнѣнія даютъ Kelsch et Vaillard. Авторы приводятъ макро-и микроскопическія изслѣдованія 16-ти случаевъ серозныхъ, гемморрагическихъ и гнойныхъ плевритовъ, въ которыхъ вездѣ были констатированы бугорки на плеврѣ или въ легкомъ. Крімъ своихъ собственныхъ вскрытій они приводятъ собранные ими у различныхъ авторовъ <sup>2)</sup> 325 случаевъ плеврита, изъ которыхъ въ 113 случаяхъ вскрытіе констатировало бугорчатку, и только въ 25 вскрытіяхъ бугорковъ не найдено. Этому отсутствію бугорковъ Kelsch et Vaillard не придаютъ никакого значенія, и, по ихъ мнѣнію, это еще не говоритъ противъ специфичности этихъ случаевъ такъ какъ вскрывшіе не обратили должнаго вниманія на плевру, а потому и не находили бугорковъ. Относительно этого M. I. Renaud <sup>3)</sup> утверждаетъ, что ему приходилось видѣть обильные плевритическіе выпоты, окончившіеся смертью со всѣми обыкновенными разстройками острыхъ плевралыхъ воспаленій, и

<sup>1)</sup> Traitement de divers pleurétiques 1884. Union méd.

<sup>2)</sup> Къ сожалью имена авторовъ не указаны.

<sup>3)</sup> Цитированъ въ статьѣ „Traitement de divers pleurétiques“ Paul le Gendre l'Union méd. 1884. № 165.

въ этихъ случаяхъ самое строгое изслѣдованіе не дало возможности автору, гистологу специалисту, найти хоть одинъ бугорокъ въ состояніи дѣйствительнаго развитія ни въ легочной паренхимѣ, ни на пораженной плеврѣ; на основаніи чего авторы и заключаютъ, что приписывать всѣ плевриты бугорчаткѣ не только преувеличеніе, но и прямая ошибка.

Мы, съ своей стороны, нашли у многихъ авторовъ протоколы вскрытій плевритовъ, гдѣ тщательный анализъ не могъ констатировать бугорковъ.

Laennec <sup>1)</sup> въ 1 случаѣ не нашелъ бугорковъ; Bayle <sup>2)</sup> изъ 6 вскрытій гнойныхъ плевритовъ въ 4 случаяхъ констатировалъ полное отсутствіе бугорковъ, какъ на плеврѣ, такъ и въ легкомъ. Damaschino <sup>3)</sup> изъ 6 случаевъ въ 1 получилъ вполнѣ отрицательный результатъ. Moga <sup>4)</sup> изъ 19 вскрытій серозныхъ и гнойныхъ плевритовъ только въ 5 могъ найти бугорки.

Beaussier <sup>5)</sup> приводитъ 2 вскрытія серозно-гнойнаго плеврита—оба безъ бугорковъ. Carnat <sup>6)</sup> съ такимъ же результатомъ вскрылъ одинъ случай серозно-фибринознаго плеврита. Lagrange <sup>7)</sup> изъ 10 вскрытій плеврита только въ 1 могъ констатировать бугорки (всего у автора было 52 случая, изъ которыхъ всѣ остальные окончились выздоровленіемъ). Изъ 11 случаевъ Oulmont'a <sup>8)</sup> (6 серозныхъ и 5 гнойныхъ) только въ 3 были бугорки. Изъ 29 случаевъ Attimont'a <sup>9)</sup> (всего 130 больныхъ—у остальныхъ выздоровленіе) бугорки были найдены только въ 9-ти. У Broussais <sup>10)</sup> изъ 15—въ 3 вскрытіяхъ результатъ вполнѣ отрицательный. Въ случаѣ Thiebierge <sup>11)</sup> всѣ органы найдены вполнѣ здоровыми. Изъ 5 вскрытій Moutard-Martin <sup>12)</sup> 3 безъ слѣда бугорковъ. У Mertineau <sup>13)</sup> 1 вскрытіе—безъ бугорковъ. Наконецъ Dunin <sup>14)</sup> указываетъ на

<sup>1)</sup> Loc. cit.

<sup>2)</sup> Loc. cit.

<sup>3)</sup> De la pleurésie purulente. 1869.

<sup>4)</sup> Loc. cit.

<sup>5)</sup> Étude sur quelques opérations de thoracotomie.—Thèse 1874.

<sup>6)</sup> De quelques signes de la pleurésie. Thèse 1874.

<sup>7)</sup> De l'empyeme appliqué au traitement de la pleurésie purulente. Thèse Paris. 1868.

<sup>8)</sup> Recherches sur la pleurésie chronique. Paris. 1844.

<sup>9)</sup> Loc. cit.

<sup>10)</sup> Loc. cit.

<sup>11)</sup> Loc. cit.

<sup>12)</sup> De la pleurésie purulente Thèse. Paris. 1872.

<sup>13)</sup> Loc. cit.

<sup>14)</sup> Anatomische Veränderungen in den Lungen bei deren Compression. Virch. Arch. 1855. 102.

3 вскрытия эксудативного плеврита, безъ всякаго участія въ этомъ бугорковъ. Для большей наглядности мы представимъ все эти числа въ видѣ таблицы.

ИМЕНА АВТОРОВЪ.	Всего случаевъ.	Всего вскрытій.	Съ бугор-ками.	Безъ бугорковъ.
Bayle . . . . .	—	6	2	4
Laennec . . . . .	—	1	—	—
Broussais . . . . .	—	15	12	3
Oulmont . . . . .	—	11	3	8
Thieberge . . . . .	—	1	—	1
Attimont . . . . .	130	29	9	20
Damaschino . . . . .	—	6	5	1
Lagrange . . . . .	52	10	1	9
Moutard-Martin . . . . .	—	5	2	3
Martineau . . . . .	19	1	—	1
Garnat . . . . .	—	1	—	1
Beaussier . . . . .	—	2	—	2
Mora . . . . .	—	19	5	14
Gendrin . . . . .	—	4	—	4
Dunin . . . . .	—	3	—	3
Всего . . . . .	—	114	39	75

Мы лично не имѣли ни одного вскрытія эксудативнаго плеврита, такъ какъ вообще смерть отъ подобнаго заболѣванія очень рѣдка и всегда, болѣе или менѣе, случайна; тѣмъ не менѣе, прокатрированная протоколы вскрытій въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ проф. Н. П. Ивановаго за 1885—86—87 годы, мы изъ 500 слишкомъ вскрытій нашли только 3 случая чистаго эксудативнаго серознаго плеврита (№ 56 въ 1885 г., № 164 въ 1886 г. и № 33 въ 1887 г.); при этомъ ни на плеврѣ реберной, ни на плеврѣ легочной, ни въ тканяхъ самаго легкаго не найдено бугорковъ или слѣдовъ ихъ.

Таковы были патолого-анатомическія данныя.

Но Kelsch et Vaillard не ограничиваются своими доказатель-ствами (?) клиническими и патолого-анатомическими и пробуютъ прививать эксудаты животнымъ: впрыскивали кроликамъ въ брюшную полость 4 раза гнойную и 10 разъ серозную жидкость; бугорчатка развивалась 2 раза въ первой и одинъ во второй серіи опытовъ. Эту неудачу прививокъ авторы пытаются объяснить очень малымъ содержаніемъ въ прививаемой жидкости болѣзнетворнаго начала. Къ сожалѣнію, авторы ничего не упоминаютъ, въ какомъ количествѣ они впрыскивали жидкость, какимъ образомъ производили эту оперцію, какъ быстро развивался у животныхъ бугорчатка и гдѣ она преимущественно локализовалась.

Подобные же опыты впрыскиваній ранѣе дѣлали Chauffard et Gombault \*) въ лабораторіи проф. Cornil'а, но ихъ выводы гораздо болѣе естественны и безпристрастны. Первоначально они старались открыть туберкулезный агентъ гистологическимъ изслѣдованіемъ жидкостей, выпотѣвающихъ въ серозныхъ полостяхъ, однако, имъ ни разу не удалось найти Коховскія бациллы ни въ плевритическомъ, ни въ перитоническомъ выпотѣ, и авторы рѣшили прививать жидкости живымъ животнымъ. Жидкость вводили всегда въ одинаковомъ количествѣ и всегда старались, чтобы въ виду ея малой ядовитости, количество ея было болѣе или менѣе значительно (3 куб. сантим.). Эксудаты, взятые со всѣми антисептическими предосторожностями отъ 21 большаго (20 изъ плевры, 1 изъ брюшной полости) или серозной, или серознофибринозной, или гнойной, впрыснуть 23 кроликамъ. Животныя сохраняли свою бодрость и аппетитъ, и ихъ убивали черезъ 2—3 мѣсяца послѣ оперціи. Изъ 23 прививокъ 4 не дали никакого результата (животныя быстро околѣли), 9 дали отрицательный результатъ (животныя остались совершенно здоровыми) и только 10 прививокъ были положительныя: на вскрытій нашли печень, селезенку и легкое усѣянными сѣрыми и желтыми узелками. Кромѣ того, во всѣхъ этихъ случаяхъ были найдены бациллы, такъ что несомнѣнно можно было констатировать развившійся общій туберкулезъ. На основаніи этихъ данныхъ авторы совершенно справедливо заключаютъ, что «въ изысканномъ числѣ случаевъ дѣйствительно были привиты туберкулезъ—именно, когда жидкость была взята отъ несомнѣнно или по всей вѣроятности туберкулезныхъ больныхъ, между тѣмъ, какъ жидкость отъ большихъ, у которыхъ

\*) Etude expérimentelle sur la virulence tuberculeuse de certains épanchemens de la plèvre et du péricétoine. Bullet. et memoir. de la soc. méd. des hôp. de Paris. 1884.

ix  
63875 N12803

Инд. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА  
1-го Харьк. Мед. Института

туберкулезъ былъ мало върогатен или несомнѣнно отсутствовалъ, давала отрицательные результаты.

Имѣя въ виду всю важность выясненія подобнаго вопроса о существованіи простыхъ легко излѣчиваемыхъ простудныхъ плевритовъ, мы, съ своей стороны, предприняли серію опытовъ иприскиваній животнымъ плевритическихъ экссудатовъ. Такъ какъ плевриты встрѣчаются несомнѣнно гораздо чаще, чѣмъ перитониты, слѣд. еслибы все плевриты обуславливались специфическимъ ядомъ бугорчатки, то въ такомъ случаѣ необходимо предположить особую восприимчивость плевры къ этому яду, восприимчивость гораздо болѣе значительную, чѣмъ брюшины. Въ виду этихъ соображеній мы вводили плевритическіе экссудаты главнымъ образомъ въ полость самой плевры. Относительно введенія въ полость плевры тѣхъ или другихъ веществъ сдѣлано весьма много очень разнообразныхъ опытовъ различными авторами (Gendrin, Wintrich, Cruveilhier, Scoda, Riedel, Wiener, Чирковъ, Silva, Dantin, Zahn, Rosenbach, Friedländer, Афанасьевъ, Fränkel, Wechselbaum и др.).

Gendrin <sup>1)</sup> иприскивалъ въ плевральную полость животнымъ растворъ хлоратаго натра (концентрація не указывается) и къ концу втораго дня замѣчалъ сильно выраженную гиперемію; затѣмъ развивался выпотъ серозной жидкости, количество которой было различно, но обыкновенно было немного—около  $\frac{1}{4}$  всей полости плевры. При постоянномъ доступѣ въ полость плевры воздуха тѣ же иприскиванія вызвали воспаление гораздо болѣе значительное.

Wintrich <sup>2)</sup> съ дѣлю искусственно вызвать воспаление плевры, особенно разнообразилъ свои опыты, какъ въ отношеніи вводимыхъ въ полость плевры веществъ, твердыхъ или жидкихъ, такъ и въ отношеніи оперируемыхъ животныхъ (кролики, кошки, собаки, телята); вводилъ инородныя вещества или открытымъ путемъ—съ доступомъ въ полость плевры воздуха, или закрытымъ—безъ доступа. Первую операцію авторъ продѣлывалъ помощью тушаго пинцета, которымъ высосалъ толщю межреберныхъ мышцъ и въ подученное такимъ образомъ отверстие вставлялъ маленькую роговую воронку (похожую на ушное зеркало). Черезъ эту воронку онъ вводилъ какъ твердыя, такъ и жидкія вещества, причемъ черезъ отверстие въ воронкѣ наблюдалъ непосредственное вліяніе этихъ веществъ на состояніе плевры. Подобное раненіе и прои-

<sup>1)</sup> Loc. cit.

<sup>2)</sup> Virchow. Handb. d. Pathol. und Therapie 1854. 5.

каніе въ ея полость воздуха, по опытамъ автора, не оказываютъ на нее никакого вліянія: воздухъ въ короткое время (1—8 дней) совершенно всасывается, а развившійся на 2—3 линіи вокругъ раненія небольшой воспалительный процессъ быстро прекращается. Съ дѣлю избѣжать пневмопотохъ, V. употреблялъ тупоконецный троакаръ. Двумя этими способами V. вводилъ въ полость плевры слѣдующія вещества: кислоты (уксусная), щелочи, масло, глицеринъ, кровь, жиръ, водяночные трансудаты, плевритическіе экссудаты различнаго качества, мочу, жидкій куриный бѣлокъ, іодъ, растворъ хлоратаго натра, эфиръ, хлороформъ, алкоголь (абсолютный и различно разведенный), промыватый фибринъ, вареный и мелко раскрошенный бѣлокъ (куриный и изъ serum крови), крошки мяса, свиновый дробинки, стеклянный бисертъ, пылъ отъ слоновой кости, небольшие кусочки дерева, каучука и др. Экспериментировавъ такимъ образомъ, авторъ получилъ весьма интересные результаты, причемъ оказалось, что между другими раздражающими веществами, болѣе или менѣе концентрированнымъ растворомъ поваренной соли особенно быстро вызывалъ сильнѣйшую гиперемію плевры и притомъ только легочной плевры, тогда какъ реберная плевра давала въ этомъ отношеніи отрицательный результатъ. Изъ другихъ веществъ моча, водяночная serum, разбавленный водой куриный бѣлокъ, кровь (дефибрированная или въ полномъ составѣ) быстро всасывались, не вызывая ни гипереміи, ни воспаления. Pus bonum et laudabile (5—8 смм.) вызвало у одного кролика бурное воспаление плевры, окончившееся смертью животнаго, между тѣмъ, какъ 2 кошки и 1 собака дали совершенно отрицательный результатъ. Также не оставилъ по себѣ никакого слѣда гнойно-фибринозный плевритическій экссудатъ, иприснутый коту. Вареный бѣлокъ, промытые куски фибрина, кусочки мяса, льняное, миндальное, оливковое и свѣтлое масла вызывали воспаление обихъ пластинокъ плевры—реберной и легочной, даже съ гнойнымъ экссудатомъ.

Scoda <sup>1)</sup> иускалъ кроликамъ въ полость плевры воздухъ и замѣчалъ, что даже большія количества воздуха черезъ нѣсколько минутъ совершенно исчезали изъ плеврального мѣшка.

Cruveilhier <sup>2)</sup> вводилъ собакамъ въ полость плевры ртуть, что вызывало рѣзкое гнойное воспаление, часто оканчивавшееся смертью.

<sup>1)</sup> Allg. Wien. med. Zeitung. 1860. 25.

<sup>2)</sup> Traité d'anatomie pathologique générale. 1862. IV.

Riedel <sup>4)</sup>, а затѣм Wiener <sup>5)</sup>, впрыскивая въ плевральныи мѣшок оливковое масло (5—24 куб. см.), всегда получали фибриновый или гнойно-фибриновый экссудатъ.

Такіе же результаты получить и Чирковъ <sup>6)</sup>, впрыскивая масло. Изучая вліяніе плевритическихъ экссудатовъ на смѣненіе сердца, авторъ старался искусственно вызывать экссудаты, но впрыскиваемые съ этой цѣлью растворы солей или сахара (степени концентраціи не указывались) или быстро всасывались, или вызывали флегмону средостѣнія, и авторъ достигъ своей цѣли, употребляя для впрыскиванія масло какао температуры 30° R. Для черезъ 3—4 послѣ впрыскиванія въ плеврѣ накопилось до 1000—2000 куб. смт. жидкости, слегка красноватой съ примѣсью форменныхъ элементовъ.

Silva <sup>4)</sup>, впрыскивая въ полость плевры дефибрированную кровь, въ количествѣ, не вызывающемъ сдавливанія легкихъ, пришелъ къ тому убѣжденію, что плевра безъ всякихъ слѣдовъ всасываетъ дефибрированную кровь такъ же хорошо, какъ и брыштина.

Между тѣмъ, проф. Zahn <sup>5)</sup>, на основаніи своихъ опытовъ, утверждаетъ возможность воспаленія плевры при введеніи въ ея полость большого количества крови.

Dunin <sup>6)</sup>, желая изучить измѣненія легкихъ при болѣе или менѣе продолжительномъ сдавленіи ихъ, искусственно старался вызвать у животныхъ разлитіе экссудата въ плеврѣ; однако, впрыскиваніе въ ея полость чистой воды, растворовъ бѣлка и даже очень густаго раствора желатины, оставалась безъ всякихъ результатовъ и все выпсунутое (о количествѣ не упоминаетъ), исчезало изъ полости плевры въ 24 часа. Впрыскиваніе сильно раздражающихъ веществъ, какъ напр., амміака, даже въ небольшихъ количествахъ, быстро убивало животныхъ, слабые же растворы ихъ оставались безъ всякаго дѣйствія. Лучшее всего дѣйствовали повторныя впрыскиванія небольшого количества желатины, послѣ чего развивалось воспаленіе плевры съ обильнымъ гной-

нымъ экссудатомъ, который совершенно сдавливалъ легкія. Въ развавшихся подъ вліяніемъ этого измѣненія въ легкіяхъ бактеріи (особенно туберкулезныя), по словамъ автора, не принимали никакого участія.

Rosenbach <sup>4)</sup>, изучая ограниченіе пространства въ полости плевры на кровообращеніе, вводилъ въ нее различныя (какія именно, къ сожалѣнію, не упоминаетъ) вещества, и выводилъ заключеніе, что, несмотря на всѣ мѣры предосторожности, большая часть вводимыхъ субстанцій дѣйствовали какъ сильныя возбуждители воспаленія, между тѣмъ, какъ мало раздражающія вещества быстро всасывались. Вскрывая нѣкоторыхъ животныхъ черезъ продолжительное время послѣ операци, авторъ находилъ у нихъ болѣе или менѣе выдающееся ожиреніе, слабость и ломкость сердечныхъ мышцъ, ожиреніе печени, обширныя плевритическія наслоенія, ателектазы или оплотнѣнія легкихъ. Несмотря на одностороннее впрыскиваніе, авторъ находилъ инъекціонную массу также и въ неоперированной полости плевры, безъ разрыва медиастинальной ткани, также и въ полости околосоудной сорочки, въ зависимости отъ перехода введенной субстанции въ соединѣніи полости черезъ лимфатическіе пути.

Что касается до вліянія на плевру специфически раздражающихъ веществъ, содержащихъ тѣ или другіе специфическіе ядѣніе организмы, мы находимъ нѣкоторое рѣшеніе этого вопроса въ работѣ Friedländer'a <sup>5)</sup>, проф. Афанасьева <sup>6)</sup>, Fränkel'a и Wechselbaum'a <sup>4)</sup> относительно микроорганизмовъ крупозной пневмоніи.

Friedländer впрыскивалъ плевритическій и перикардитическій экссудаты крупозной пневмоніи мышамъ, морскимъ свинкамъ и собакамъ, и получалъ плевриты съ пневмоніей.

Проф. Афанасьевъ получилъ двусторонній плевритъ съ серознымъ или гнойнымъ экссудатомъ, впрыскивая кроликамъ въ ткань легкаго жидкость (1—3 куб. смт.), содержащую микрококковъ крупозной пневмоніи. Впрыскиваніе въ правую плевру давало всегда въ обѣихъ плеврахъ обильный серозно-фибриновый экссудатъ.

Такіе же результаты получалъ и Wechselbaum, а ранѣе Fränkel, такъ что плевра очевидно чрезвычайно чувствительна къ вліянію

<sup>1)</sup> Zur Fettembolie. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie u.d. VIII.

<sup>2)</sup> Wesen und Schicksal der Fettembolie. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. 1879.

<sup>3)</sup> О смѣненіи сердца и сплуне при плевритическомъ экссудатѣ. Диссерт. 1882 г.

<sup>4)</sup> L'iniezione di sangue nella pleura. Riv. clin. di Bologna. 1883, 10.

<sup>5)</sup> Ueber einen Fall von doppelseitiger pleuritis haemorrhagica nach Thrombose der Vena azygos. Virch. Arch. 1885, 102.

<sup>6)</sup> Anatomische Veränderungen in den Lungen bei deren Compression. Virch. Arch. 1885, 102.

<sup>1)</sup> Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Raumbeschränkungen in der Pleurahöhle auf den Kreislaufapparat u. t. d. Virch. Arch. CV. 2.

<sup>2)</sup> Die Mikrokokken der Pneumonie. Fortschr. d. Med. 1883, 22 I.

<sup>3)</sup> Note sur les micrococci d. la pneumonie franche. Soc. de Biologie. 1884. 22.

<sup>4)</sup> Ueber die Aethiologie der acuten Lungen und Rippenfellentzündungen. Wien. med. Jahrbüch. 1886, 83.

специфических низших организмов (как в данном случае организмы крупозной пневмонии), раз они попадают в ее полость.

Проф. Петровъ (изъ Казани) въ небольшой статьѣ «Zur Imprbarkeit der Tuberculose»<sup>1)</sup> описываетъ опытъ введения животному въ полость плевры туберкулезнаго агента. Отъ большого, умершаго отъ казеозной пневмоніи съ туберкулами (въ верхушкѣ легкаго каверна съ значительнымъ числомъ небольшихъ сѣрыхъ узелковъ, такіе же узелки въ печени, въ бронхіальныхъ и мезентеріальныхъ железахъ), авторъ вынулъ изъ легкаго 2 узелка, растеръ съ дистиллированной водой и полученную такимъ образомъ красноватую жидкость Плевацкимъ шприцемъ вприсунулъ морской свинкѣ въ полость плевры обѣихъ сторонъ. Животное стало сильно худѣть и черезъ 20 дней окочило. вскрытіе дало слѣдующіе результаты: плевры инъ-ецированы и шероховаты, въ полости ихъ ни слѣдовъ жидкости; на pericardiumъ едва замѣтны узелки; поверхность легкихъ покрыта узелковъ; печень по поверхности и на разрѣзѣ представляеть такіе же узелки. Такимъ образомъ, у животного развился острый туберкулезъ, отъ котораго оно и погибло такъ быстро.

Все это дало намъ право думать, что разъ въ жидкости, вводимой нами въ полость плевры, находится тѣ или другіе микро-организмы, напр. ожидаемые нами туберкулезныя бациллы, — то неизбежно они останутъ на плеврѣ, а затѣмъ и на всемъ организмѣ тотъ или другой замѣтный слѣдъ. На основаніи подобныхъ соображеній, мы вприскивали плевритические экссудаты животнымъ въ полость плевры той или другой стороны (почти всегда правой), черезъ болѣе или менѣе продолжительное время (6—8—12 недѣль), черезъ болѣе или менѣе тщательное время (6—8—12 недѣль), убивали ихъ и тщательно изслѣдовали всѣ органы. Въ каждомъ случаѣ, кромѣ тщательнаго макроскопическаго анализа, мы изслѣдовали микроскопически съодержаніи въ содержимомъ въ нихъ туберкулезныхъ бациллъ, при помощи двойной окраски (или по способу Koch'a, видоизмѣненному Ehrlich'омъ, или по способу Ziehl-Nielsen'a).

Первое затрудненіе, встрѣтившееся намъ при нашихъ экспериментахъ, было ввести жидкость именно въ полость плевры животнаго, а не въ легкие или въ толщу груднаго или межреберныхъ мышцъ. Никто изъ авторовъ не предлагаетъ болѣе или менѣе вѣрнаго способа, и большинство изъ нихъ даже вовсе не упоминаетъ, какимъ образомъ они вводили то или другое вещество

въ полость плевры. Сначала я испробовалъ на трупахъ животныхъ непримѣнимость простой полой иглы отъ какого бы то ни было шприца, такъ какъ игла всегда проходила въ легкое; если же взять туюю иглу, то она дѣйствительно можетъ пройти (при большомъ насилиі) черезъ всю грудную стѣнку и нейти въ ткань легкаго, которое, въ силу своей эластичности, не поддается тупой иглѣ; но зато проведеніе такого инструмента наноситъ довольно значительную травму грудной стѣнкѣ и производитъ рану. Поэтому мы остановились на троакарѣ Fräntzel'a<sup>1)</sup> и применили его слѣдующимъ образомъ: вначале мы всасывали его довольно глубоко въ грудную стѣнку, и затѣмъ, спиртавъ стѣлку, понемногу вытаскивали весь инструментъ, а потомъ опять двигали, держа все время инструментъ подъ возможно болѣе острымъ угломъ къ поверхности грудной стѣнки. Лишь только троакаръ выходилъ изъ легкаго при выдвиганіи инструмента (если только онъ проникъ въ ткань легкаго), легкое сейчасъ же смѣщалось и при вторичномъ введеніи тупой концѣ троакара (безъ стѣлки) не могъ пройти въ эластическую ткань легкаго, отдавливая ее и оставаясь такимъ образомъ въ полости плевры.

Высасываніе экссудата отъ больныхъ производилось шприцемъ доцента Н. П. Васильева<sup>2)</sup>, причемъ мы пользовались шприцемъ и приемниками гораздо болѣе большихъ размѣровъ (шприцъ 20 куб. смт., приемники 5 и 10 куб. смт.), чтобы имѣть возможность брать экссудатъ въ большихъ количествахъ.

Предварительно заткали приемникъ съ надѣтой на него иглой съ обѣихъ концовъ ватой и прогрѣвали въ продолженіе 1/2 часа при температурѣ 180—200° С. Мѣсто укола у большаго (межреберный промежутокъ) выбирали соответственно каждому данному случаю, но всегда по возможности ниже) тщательно обмывали 5% растворомъ карболовой кислоты, быстро снимили вату съ иглы и втыкали ее въ грудную стѣнку; затѣмъ, если жидкость не набиралась въ приемникъ сама собой, снимили вату съ другаго конца и быстро соединивъ его со шприцемъ, осторожно насасывали экссудатъ въ приемникъ. Затѣмъ, выпнувъ инструментъ изъ грудной стѣнки, завертывали его въ вату и переносили въ лабораторію для вприскиванія животнымъ. Мѣсто вприскиванія у животныхъ, предварительно выстриженное, обмывали также растворомъ 5% карболовой кислоты и, введя описаннымъ способомъ троакаръ

<sup>1)</sup> Virchow's Archiv. 1868. 44.

<sup>1)</sup> Руково. къ части. anat. и тераніи Цилсена, т. IV, стр. 414.

<sup>2)</sup> Подробно описанъ въ Казанч. газетѣ 1886. 20.

Fränzel'я въ полость плевры и присоединивъ къ нему приёмникъ, впрыскивали содержимое его въ плевру.

Прежде чѣмъ начинать впрыскиванія эксудатовъ, мы впрыскивали животнымъ (собакамъ) въ плевру простую и дистиллированную воду, кротонное масло, бацитиллярную мокроту. Вода, какъ въ малыхъ, такъ и въ большихъ количествахъ быстро всасывалась и не оставляла никакихъ слѣдовъ на плеврѣ, такъ что убивая животныхъ на 3—8 день и черезъ 3—4 недѣли находили плевру вполне нормальной безъ слѣдовъ жидкости. Кротонное масло (2 грм. на 25— $\frac{1}{2}$  шприца) вызывало рѣзкую гиперемію и эксудатъ въ плеврѣ. Бациллярная мокрота, въ колич. 3 куб. см., значительно разбавленная (1:10) дистиллированной водой, впрыснутая 2-мъ собакамъ, дала у одной на мѣстѣ выскриванія абсцессъ; другая, убитая черезъ 20 дней послѣ впрыскиванія, представляла острую общую бургорчатку. На мѣстѣ выскриванія крѣпкое сращеніе плевры съ легкимъ на пространствѣ серебрянаго рубца; плевра инъцирована, шероховата. Около перепонки масса мелкихъ бугорковъ сѣраго цвѣта. Такими же бугорками усыяна вся плевра этой стороны и нѣсколько менѣе на другой сторонѣ; также много ихъ и на pleura diaphragm. pericardium и поверхность легкихъ усыяны подобными же узелками; бронхиальныя и медиастинальныя железы увеличены и опухли. Органы живота совершенно нормальны, безъ слѣдовъ бугорковъ. Констатированы Кош'овскія бациллы въ большомъ количествѣ.

Что касается до впрыскиванія эксудатовъ, то мы сначала брали для эксперимента собакъ, стараясь избѣгать кроликовъ и морскихъ свинокъ, какъ животныхъ, predisposedныхъ къ бургорчакѣ. Затѣмъ, проведя рядъ впрыскиваній собакамъ, мы проѣзали тоже самое на кроликахъ, и наконецъ, на морскихъ свинкахъ, причемъ, какъ бы въ видѣ контроля, впрыскивали эксудаты не только въ полость плевры, но и въ полость брюшины, и прямо въ кровь, и въ переднюю глазную камеру. Впрыскиваніе въ полость брюшины производилось обыкновеннымъ способомъ съ предварительнымъ дезинфицированіемъ мѣста впрыскиванія. Въ крольчачьи вводили жидкость, посредствомъ краевой ушной вены, что чрезвычайно легко у кроликовъ: стоитъ только захватить между пальцами край уха, чтобы краевая вена сильно набухла, и тогда легко войти въ нее даже не особенно тонкой иглой. Конечно, мѣсто укола сбивалось и дезинфицировалось. Впрыскиванія въ полость глаза также производили, предварительно обмывъ поле операціи растворомъ сулемы (1: 1000), наискосъ втыкали въ роговицу, въ

самой выпуклой ея части иглу, и, если изъ отверстія вытекала жидкость, мы ожидали, пока истечение ея прекращалось и тогда вводили нѣсколько капель эксудата.

Такимъ образомъ мы сдѣлали впрыскиванія эксудата, взятаго отъ 14 больныхъ, исторія болѣзни которыхъ и результаты инъекцій въ каждомъ случаѣ мы представляемъ. 5 больныхъ наблюдался въ Александровской барачной больницѣ, гдѣ я и могъ, благодаря любезной помощи доцента Николая Петровича Васильева, добыть отъ нихъ эксудаты; двое больныхъ наблюдались въ Георгіевской общинѣ, и наконецъ, 7—у насъ въ клиникѣ.

Наблюденіе I. М. 32. Я залуется на одышку, тяжесть въ груди и кашель, что и привело его 20 Мая 1887 г. въ Алекс. барачную больницу. Ранѣе былъ совершенно здоровъ, пилъ много водки и въ 2 недѣли развились всѣ эти явленія. Родные здоровы. Хорошаго тѣлосложенія мужчина, покровы и слизистыя анемичны, лицо и голени нѣсколько отечны; животъ нѣсколько увеличенъ въ объемѣ, внизу живота незначительная флюктуация. Пульсъ средней силы, рѣдокъ (64). Сердечная тупость на уровнѣ 4-го ребра на 2 пальца направо за правую l. parasternalis; толчокъ разлитой. Правая половина груди менѣе выпукла, чѣмъ лѣвая, и дѣлаетъ гораздо большіе розмахи при глубокомъ дыханіи. Слѣва, начиная со 2-го ребра спереди, сверху до низу по l. axill. Sin., и свадя съ справа скарпале тулой тоной, на мѣстахъ котораго почти полное отсутствіе дыханія и fremitus pectoralis; подъ ключицей и надъ spina scapula бронхиальное дыханіе. Печень съ 6-го ребра по l. mamill., подъ 7-мъ по l. axill., прощупывается; неболезненна. Селезенка не прощупывается. Моча очень мало (300—400 куб. смт.), удѣл. вѣса 1013, слѣды бѣлка, микроскопически ничто неанормальнаго не найдено. Черезъ нѣсколько дней (25 Мая) появились на мѣстѣ сердечнаго толчка 2 шума, не исчезающіе при задержкѣ дыханія, и кромѣ того, 2 тона; сердечная тупость на 3-мъ ребрѣ на 2 пальца, на 5-мъ на 3 направо за правую l. parasternalis. Затѣмъ шумы трѣнтя характера перикардіальнаго черезъ недѣлю исчезли; отеки быстро опали, и эксудатъ въ полости плевры значительно опалъ; появились рѣзкіе шумы трѣнтя. Больной 6 Июля выписался совершенно здоровымъ, тупость оставалась только свадя въ самомъ низу, пальца на 2 подъ лопаткой. Температура, сначала высокая (до 38,5), при дальнѣйшемъ улучшеніи снала до нормы.

27 Мая черной сукъ (7370 грм. в.) въ правую плевру введено 4 куб. смт. эксудата отъ этого больного. Вскрытіе 6 Июля дало вполне отрицательный результатъ въ отношеніи бугорковъ и бациллъ.

Наблюдение II. Дмитрий Б. 57 л. поступил 27 мая 1887 г. в барачную больницу съ кашлем, колющемъ въ боку и одышкой, которая развилась довольно быстро при знобе около 3 недѣль назадъ. Ранѣе былъ болѣе только въ 1877 году во время турецкой кампаніи — перемежающейся лихорадкой. Отецъ и мать были здоровые люди и умерли въ старости. При поступленіи больной, довольно крѣпкаго сложенія, представлялъ явленія выпота въ полости правой плевры: тупость спереди съ 5-го по I. mamill. d., съ 6-го по I. axill., и сзади съ середины лопатки; на мѣстахъ тупости отсутствіе дыханія и fremitus. Органы нормальны, отправления также. Черезъ нѣсколько дней границы тупости сзади понизились, явились шумы тренія, и такимъ образомъ въ 3 недѣли больной совершенно излечился и выписался 14 июня съ небольшою тупостью сзади подъ правой лопаткой. Вначалѣ 2 — 3 дня температура стояла около 38,5, затѣмъ не превышала 37,5.

Бурому кобелю (26050 грм. в.) 30 мая выпрыгнуто въ полость правой плевры около 4 куб. снтм. 2 июля вскрытое животное оказалось безъ всякихъ слѣдовъ бурковъ.

Наблюдение III. Яковъ М. 25 л. 31 мая 1887 поступилъ въ Александровскую барачную больницу съ жалобами на кашель и боли въ правомъ боку. Болѣе, по словамъ больного, начался недѣлю назадъ жаромъ и знобомъ, быстро развился кашель, головная боль и боли въ правомъ боку. Ранѣе того былъ совсѣмъ здоровъ; близкіе родственники также здоровы. Большой — здоровый, крѣпкій мужчина представлялъ явленія правосторонняго плеврита, причѣмъ при поступленіи тупость начиналась спереди подъ 4-мъ по I. mamill. d., по I. axill. подъ 6-мъ ребромъ, сзади съ нижней угла лопатки, на мѣстахъ тупости значительное ослабленіе fremitus и дыханія; но уже черезъ 5 дней по поступленіи эскудата увеличилась: подъ правой ключицей притупленіе, переходящее подъ 3-мъ ребромъ въ феморальную тупость, по I. axill. тупость съ 5-го; сзади съ spina scapulae. Окружность правой половины груди на 2 снтм. больше лѣвой (прав.  $45\frac{1}{2}$  снтм., лѣв.  $43\frac{1}{2}$  снтм., при глубочайшихъ вдохахъ правой  $45\frac{1}{2}$  снтм., лѣвой  $44\frac{1}{2}$  снтм.). Въ послѣдующіе дни границы эскудата быстро понижались. Появились шумы тренія, одышка уменьшилась, дыханіе на мѣстахъ былаго тупого тона также прояснилось, и больной 9 июня выписался, чувствуя себя вполнѣ хорошо, хотя тупость еще была ясно замѣтна спереди подъ 4-мъ ребромъ по I. mamill., подъ 6-мъ по I. axill., и сзади съ нижней угла лопатки. Температура, вначалѣ повышенная до  $39,0^{\circ}$ , затѣмъ держалась на норм. 4 июня высосано 3 куб. снтм. серознаго эскудата; выпи-

снута собакъ (черный кобель 7420 грм.) въ правую плевру. Вскрытіе 16 июля констатировало вполнѣ нормальные плевру, легкія и другіе органы, и полное отсутствіе въ нихъ какихъ-либо признаковъ туберкулеза.

Наблюдение IV. Софья X. 38 л. поступила 21 іюля 1887 г. въ Георгіевскую общину съ жалобами на кашель, колюще въ правомъ боку, общее недомоганіе, потерю аппетита и лихорадку. Всѣ эти явленія быстро развились недѣлю назадъ, и за послѣднее время присоединилась довольно сильная одышка. Ранѣе ничѣмъ сама не хворала, не кашляла, по ночамъ не потѣла, изъ родныхъ также ни на кого не указываетъ. Больная, крѣпкаго сложенія, представляла при поступленіи всѣ явленія правосторонняго плевропневматического выпота: правый бокъ нѣсколько выпяченъ, при глубочайшихъ вдохахъ замѣтно отстаетъ отъ лѣваго, что особенно замѣтно по движенію правой лопатки; дыханіе вообще поверхностное, учащенное. По I. mamill. dextra съ 5-го ребра абсолютная тупость, выше притупленіе; по I. axill. также тупость съ 5-го ребра, сзади нѣсколько ниже spinae scapulae. Повсюду на мѣстахъ тупаго тона, какъ спереди, такъ и сзади fremitus pectoralis очень сильно ослабленъ, надъ лопаткой и кнутри отъ лопатки fremitus замѣтно усиленъ. Дыханіе повсюду справа ослаблено, на мѣстахъ тупости почти отсутствуетъ; сзади надъ лопаткой съ бронхальнымъ оттикомъ: слына повсюду везикулярное дыханіе, нѣсколько усиленное. Границы сердца нормальны, тоны ясны, безъ постороннихъ шумовъ, на art. rad. accentъ; пульсъ учащенъ (100—108), ритмичный, довольно сильный. Остальные органы нормальны, отправления правильны. Температура значительно повышена — (39,4). Большой смазанъ бокъ t-ra jodi, внутр. natr. salus. (по 15 грм. въ день) и inf. digitalis (ex gr viii ad ѓj). Для черезъ 4 эскудата повысился на палецъ и въ такихъ границахъ держался около 10 дней, а затѣмъ началъ постепенно втягиваться, причѣмъ температура, все время стоявшая на высокыхъ цифрахъ ( $38,5^{\circ}$  до  $40^{\circ}$ ) стала постепенно понижаться, и черезъ 2 недѣли послѣ поступленія: тупость на 2 пал. ниже spinae scapulae, на 30-й день больная чувствовала себя настолько хорошо, что выписалась съ тупостью подъ правой лопаткой; въ остальныхъ мѣстахъ тонъ прояснился, появилось довольно ясное дыханіе и по временамъ шумы тренія.—Отъ большой при ея поступленіи 21 іюля 1887 г. высосано 3 куб. снтм. чисто серозной жидкости, которая выпрыгнута въ полость правой плевры собакъ (черная сука 6500 грм. вѣса). 29 августа животное вскрыто: въ плеврѣ никакихъ слѣдовъ жидкости, поверхность ея совершенно нормальна; въ легкіяхъ ника-

ких уплотнений, все органы также совершенно нормальны. Бацилл не найдено.

Наблюдение V. Николай Ф. 21 г. 14 июля 1887 г. поступил в Георгиевскую общину. Заболел 11 дней тому назад: быстро развилась жарь, по временам сильно знобило, сразу ослабеть, особенно не кашлял, боли в боку несильны. Раньше, день 8 назад, лежал в Александровской больнице с какою-то болезнью горла, и года 3 назад в Петропавловской больнице с какою-то сыпью по всему телу. Близкие родственники все здоровы. Больной довольно кривого сложения, его хорошо развитой костной и мышечной системами, представляется значительное выпячивание льевого бока, при глубоком дыхании заметно отступающего от правого. Слева спереди по 1. mamill. абсолютная тупость сь 3-го ребра, по 1. axill. сверху до низу, сзади на 2 пальца ниже spina scapulae; выше границ абсолютной тупости заметно притупление надъ лопаткой сь несколькими тимпаничным отъяскомъ. На мѣстах притупления спереди fremitus ослаблен, сзади несколько усилен, на мѣстах тупости повсюду отсутствует. Дыхание, ослабленное подъ лѣвой ключицей, внизу исчезаетъ, также отсутствует по 1. axill. и сзади на и подъ лопаткой; надъ лопаткой сь бронхиальнымъ выдыхомъ. Остальные органы нормальны, кромѣ селезенки, которая прощупывается пальца на 2 выходящей изъ подъ края ложныхъ реберъ. За лѣвымъ ухомъ замѣченъ небольшой абсцессъ, который и былъ вскрытъ на слѣдующій день. При лѣчении natr. salus. и inf. adon. экзудатъ черезъ недѣлю началъ постепенно всасываться, и черезъ 2 недѣли послѣ поступления больной, вслѣдствіе усиленныхъ просьбъ, былъ выписанъ сь тупостью спереди сь 4-го, по 1. axill. сь 5-го, сзади сь нижняго угла лопатки. Температура спала до нормы, вначалѣ доходила до 39°. Затѣмъ больной приходилъ на амбулаторные пріемы въ общину, и 1-го іюля мы опредѣлили экзудатъ по 1. axill. подъ 5-мъ ребромъ, сзади абсолютная тупость сь нижняго угла лопатки, выше ясны шумъ тренія. Между 6 и 7-мъ ребромъ по 1. axill. высосано 4 куб. смт. серозно-фибринозной жидкости, которая и выринута въ полость правой плевры собакъ (большой черной корель 18750 грам). 19-го августа животное вскрыто сь результатомъ, вполнѣ отрицательнымъ въ отношеніи бугорковъ иди бациллъ.

8-го іюля вторично высосано столько же экзудата и выринуто бѣлому кобелю (5220 гр.) также въ правую плевру. Результатъ вскрытія 23 августа отрицательный.

Наблюдение VI. Иванъ Г. 16 л. 12 августа 1887 г. поступилъ въ барачную больницу сь явленіями плевритическаго экзудата. За-

болѣлъ 2 дня назадъ: былъ на постройкѣ въ холодномъ домѣ и работалъ въ комнатѣ, гдѣ очень сильно сквозило, и тутъ же у большого развилось сильное колотье въ боку и головная боль. Раньше былъ совершенно здоровъ, не кашлялъ; отецъ и мать умерли: отецъ умеръ 40 лѣтъ — внезапно; мать страдала припадками, во время котораго она и умерла. 2 сестры и братъ совершенно здоровы, не кашляють. При поступленіи: тупость въ нижнихъ частяхъ правой полости плевры, но черезъ нѣсколько дней тупость поднялась выше и начиналась спереди сь 5-го реб., сбоку сь 6 и сзади сь нижней  $\frac{1}{2}$  лопатки. Органы вполнѣ нормальны, отравленія правдыны. При дальнѣйшемъ теченіи экзудатъ быстро всасывался, и большой черезъ 3 недѣли выписался вполнѣ излеченнымъ сь небольшимъ притупленіемъ подъ лопаткой. Температура 17 дней — около 39°, затѣмъ нормальная. Высосанный экзудатъ выринутъ черной сука (9240 гр. в.) въ количествѣ 3 куб. смт. въ правую плевру 17 августа. 29 сентября вскрытое животное не дало никакихъ намеконъ на бугорчатку.

Наблюдение VII. Казимиръ Т. 25 л. поступилъ въ барачную больницу 20 августа 1887 г. на 21 день болѣзни, которая началась на другой день послѣ того, какъ большой потный пилъ чай на сквозномъ холодномъ вѣтрѣ, когда и почувствовать небольшой ознобъ. На другой день развилось колотье въ лѣвомъ боку, сильная жарь и сухой кашель. Раньше, дѣтъ 8 назадъ, у большого болѣлъ правый бокъ, что развилось черезъ нѣсколько дней послѣ простуды въ банѣ. Сь тѣхъ поръ никогда не кашлялъ и не потѣлъ по ночамъ. Родственники здоровы. Больной хорошаго тѣло-сложения и питанія. Тупость по лѣвой сторонѣ груди спереди сь 4-го по 1. mamill. sin. по 1. axill. сверху до низу, сзади сь середины лопатки; на мѣстахъ тупости отсутствіе дыханія и fremitus pector. Въ остальныхъ мѣстахъ нормальное везикулярное дыханіе. Сердечная тупость вправо до 1. mediana, тоны ясны, на art. pulm. акцентъ; пульсъ средней силы, ритмиченъ, учащенъ. Органы не прощупываются, не болѣзненны. Все эти явленія черезъ нѣсколько дней осложнились перѣкымъ шумомъ тренія подъ 3-мъ ребромъ по 1. parastern. sin., остающимся вне дыханія; шумъ этотъ черезъ нѣсколько дней появился и у верхушки сердца. Затѣмъ больной постепенно улучшался; бывшій раньше поносъ успокоился, перикардіальные шумы исчезли; появились въ значительномъ количествѣ шумы тренія плевры; тупость все понижалась и 1-го октября больной выписался: тупость только сзади подъ лопаткой. Температура на 35 день отъ начала болѣзни (до того около 38,5) спала, но сь появленіемъ перикардіальныхъ шумовъ повысилась



снова до тех же цифр; и на 60-й день сна до нормы и осталась таковой до выхода больного из больницы.

4 сентября вприснуто кролику (922 гр. в). 3 куб. смт. эскудата. 15 октября вскрыты без всяких следов бугорков и бациллы.

Тогда же вприснуто черной сукк (8400 гр. в). 3 куб. смт. эскудата, и 18 октября вскрытие дало вполне отрицательные результаты.

Наблюдение VIII. Никифор В. 20 л. Заболел 10 сентября 1887 г. сбдлся сильный зноб, начался кашель и колотье в правом боку, которое и продолжалось дня 4, а затем равнилась сильная одышка, особенно при движении. Ранше больной был совершенно здоров, в дѣтствѣ ничѣм не хворал, никогда не кашлял, грудь и бока также никогда не болѣли, по ночам никогда не потѣлъ. Болѣзь равнилась постѣ того какъ больной, работая на водочномъ заводѣ, сильно испотѣвши вышел на улицу. Отецъ, мать и братья живы и здоровы, никто никогда не болѣлъ грудью и не кашлял. Черезъ 2 дня постѣ начала заболѣвания больной поступилъ въ Александровскую барачную больницу и черезъ недѣлю переведенъ въ клинику. Больной довольно крѣпкого сложения, съ хорошо развитой костной и мускульной системами. Кожа нормальной окраски, температура ея на-ощупъ повышена. Слизистыя окрашены вполне нормально, языкъ нѣсколько обложенъ. Над- и подключичныя впадины почти не выражены; нѣкоторая несимметричность справа — правая ключица нѣсколько приподнята, правый бокъ расширяется менше лѣваго, межреберныя промежутки справа болѣе сглажены, чѣмъ съ лѣвой, нижняя часть праваго бока нѣсколько выпукла. При глубокихъ вдохахъ правая сторона груди расширяется значительно менше лѣвой; сзади при вдохѣ правая лопатка поднимается гораздо слабѣе и менше. Дыханіе учащено—32 въ минуту, пульсъ довольно частый (92—96), ритмичный, небольшой силы, довольно легко сжимаемъ.

Въ стоячемъ положеніи справа подъ ключицей притупленіе, доходящее до серединой линіи; на 4-мъ ребрѣ оно принимаетъ характеръ феморальной тупости, которая и переходитъ внизъ въ печеночную тупость, а нѣгво въ тупость области сердца. Верхняя граница сердца—подъ 2-мъ ребромъ притупленіе, надъ 3 тупость, доходящая внизъ до 5 межребернаго промежутка, гдѣ нѣсколько нѣгво отъ соска прощупывается сердечный толчекъ. Тоны сердца у верхушки ясны, безъ постороннихъ шумовъ. На art. pulmon. рѣзкій акцентъ; на аорта ясные тоны безъ акцентовъ и шумовъ,

въ обѣихъ art. carot. 2 ясныхъ тона. По 1. axill. съ нижняго края 5-го ребра абсолютная тупость, которая переходитъ въ печеночную тупость. Сзади надъ лопаткой, на лопаткѣ и внутри отъ лопатки притупленіе, которое на 3 поперечныхъ пальца выше нижняго угла лопатки принимаетъ феморальный характеръ. При лежачемъ положеніи (на спинѣ) спереди границы нѣсколько понижаются—абсолютная тупость почти съ 5-го; сзади (при положеніи на животѣ)—на 2 пальца выше нижняго угла лопатки. Селезенка съ 9-го ребра, не прощупывается, печень на 2 пальца выдается изъ подъ края ложныхъ реберъ, болѣзненна при прощупываніи. По всей лѣвой сторонѣ спереди и сзади вполне нормальное везикулярное дыханіе, какъ будто нѣсколько усиленное. Справа укороченный вздохъ надъ ключицей, который постепенно слабѣетъ книзу до границы тупости, гдѣ подъ 4 ребромъ дыхательныя шумы вовсе отсутствуютъ. По 1. axill. сверху дыханіе слабое, книзу совершенно исчезаетъ, сзади слабые неопредѣленные дыхательныя шумы надъ и на лопаткѣ книзу также вполне исчезаютъ. *Frenitus vocalis* при ощупываніи надъ правой лопаткой гораздо сильнѣе лѣвой, въ области лопаткѣ очень ясно ощущимъ, но книзу совсемъ исчезаетъ; то же и подъ оселью; спереди повышенный сверху ослабѣваетъ книзу. При выслушиваніи *frenitus* справа усиленъ только надъ лопаткой, въ остальныхъ мѣстахъ значительно ослабѣетъ. По временамъ въ области правой лопатки слышны ясныя шумъ трения.

Въ виду всѣхъ этихъ данныхъ у больного опредѣленъ эскудатъ въ полости правой плевры и эскудатъ, по всей вѣроятности, начавшій всасываться, что и подтвердилось во время пребыванія больного въ барачной больницѣ (эскудатъ занималъ ранше почти всю полость правой плевры).

Высосано 10 куб. смт. совершенно прозрачной свѣтлой жидкости.

Въ виду жалобъ больного на кашель и на боли въ правомъ подребрѣ при вдохахъ, былъ назначенъ кодеинъ (по  $\frac{1}{2}$  гр. 2 р. въ день), и соргвательный компрессъ на область печени, что дѣйствительно значительно облегчило больного. Кроме того, назначено было ежедневное растираніе утромъ и вечеромъ въ продолженіе 15—20 минутъ зеленымъ мыломъ. При такой терапіи эскудатъ постепенно продолжалъ всасываться, границы тупости мало по малу понижались, шумъ трения слышенъ былъ на большихъ расстояніяхъ. Такимъ образомъ черезъ 10 дней по поступленіи спереди абсолютная тупость начиналась съ 5 ребра, по 1. axill. съ 6, сзади съ нижняго угла лопатки. Дыханіе справа выше ту-

ности стало постепенно проясняться и принимать вполне везикулярный характер, шумъ трения постепенно также исчезъ; при глубокихъ вдохахъ развивается кашель и колотье въ правомъ боку. 3 прокола, сдѣланные на различныхъ мѣстахъ тушата тона, не дали никакой жидкости.

Такимъ образомъ, границы тупости остались все тѣ же, когда замѣчено было, что правое плечо больного стоитъ ниже лѣваго, и правый бокъ представляеть нѣсколько вогнутую линію. Назначена была гимнастика и усиленный массажъ этой стороны, но все-таки правое плечо продолжало опускаться книзу, и больной, пробывъ около мѣсяца въ клиникѣ, выпелся, чувствуя себя совершенно здоровымъ; дыханіе по всей правой сторонѣ было ясное везикулярное, хотя внизу еще оставался нѣкоторая тупость.

Поносъ, которымъ по временамъ страдалъ больной, также совершенно прекратился.

Итакъ, въ данномъ случаѣ было полное всасываніе плевритическаго экссудата,—всасываніе, довольно быстрое; вся болязнь тянулась около 40 дней.

Экссудатъ выпрыснуть 3 кроликамъ.

1) Бѣлому кролику 21 сентября (вѣсъ 1137) выпрыснуто около 4 куб. снт. экссудата въ полость правой плевры. 23 октября животное вскрыто: плевры—реберная и легочная совершенно гладки, нормально гиперемированы, въ полости ихъ ни слѣда жидкости. Органы все совершенно нормальны. Сокъ изъ органовъ не содержитъ ни слѣда Коховскихъ бациллъ.

2) Дыхателю кролику 21 сентября (вѣсъ 1020) также въ полость правой плевры выпрыснуть экссудатъ въ томъ же количествѣ. 26 ноября животное вскрыто съ такимъ же результатомъ, какъ и предыдущее.

3) Бѣлому кролику 21 сентября (920 вѣсъ) въ переднюю камеру праваго глаза введено нѣсколько капель экссудата. 22 ноября вскрытіе дало также вполне отрицательные результаты. На мѣстѣ укула на роговицѣ небольшое бѣлое пятно; радужная не представляеть никакихъ измѣненій.

Наблюденіе IX. Казиміръ Л. 29 л. поступилъ въ клинику 1887 г. 17 октября, съ жалобами на боли въ лѣвомъ боку, появившимися 5 недѣль тому назадъ, мѣстѣ съ кашлемъ и познаниваніемъ. Боли въ продолженіи этихъ 5 недѣль то усиливались, то ослабляли, лихорадочная явленія бывали также непостоянно. За послѣдніе дни у больного развилась значительная одышка и онъ довольно сильно ослабѣлъ. До начала этого заболѣванія больной былъ совершенно здоровъ, не кашлялъ, не потѣлъ и только нѣсколько

лѣтъ назадъ перенесъ правосторонній плевритъ. Среди близкихъ родственниковъ все отличаются достаточнымъ здоровьемъ.

Большой высокаго роста, костная и мышечная системы развиты довольно хорошо, подкожно-жировый слой развитъ плохо. Грудная кѣтка нѣсколько ассиметрична: лѣвая ключица стоитъ выше правой, весь лѣвый бокъ выпяченъ больше праваго, межреберные промежутки замѣтно сглажены въ нижнихъ частяхъ. При глубокихъ вдохахъ лѣвая половина грудной кѣтки значительно отстаетъ въ движеніи отъ правой. Дыханіе по большей части поверхностное, учащенное (24—28). Сердечный толчекъ не ощущивается на его обычномъ мѣстѣ, но ощущается въ разлитой формѣ въ подкожной области. Подъ 3-мъ ребромъ по l. parastern. sin. встрѣчаемъ тупость тона, по l. mamill. sin. подъ 4-мъ ребромъ, простирающуюся на уровнѣ 4-го ребра вправо до l. parastern. dextra; по l. axill. sin. тупость начинается съ 5-го ребра, и сзади на l. поперечный палецъ выше нижняго угла лопатки; выше въ подлопаточной и лопаточной области замѣтно притупленіе съ нѣсколькими тимпаническимъ отбѣнкомъ. *Fremitus pectoralis* на мѣстахъ тушата тона почти отсутствуетъ, сзади надъ лопаткой и внутри отъ нея нѣсколько усиленъ. Дыхательные шумы ясные, съ выдыхомъ въ верхнихъ частяхъ, книзу ослабѣваютъ до полнаго исчезновенія. По всей правой половинѣ груди спереди и сзади дыханіе совершенно нормально, везикулярное. Сердечные тоны чисты, безъ постороннихъ шумовъ; на *art. pulmon.* довольно рѣзкій акцентъ; пульсъ довольно полный, ритмичный, около 88—92 ударовъ въ минуту. Печень и селезенка не прощупываются. Все отправленія нормальны. Температура (38,0°). Въ лежачемъ положеніи границы тупости нѣсколько видоизмѣняются, но не особенно рѣзко. Въ виду всѣхъ этихъ данныхъ опредѣляетъ экссудатъ въ полости лѣвой плевры.

Большому назначенъ *natrum salicyl.* по 15 гр. въ сутки, растиранія большого бока мазью изъ *ol. terebinth.* и, при такомъ лѣченіи большой началъ постепенно улучшаться субъективно; между тѣмъ какъ количество жидкости въ полости плевры продолжало увеличиваться и достигло максимумъ на 5 день пребыванія. Спереди тупость съ верхняго края 4-го ребра по l. mam., по l. axill. съ самой *fossa axillaris*, сзади съ половини лопатки. Затѣмъ экссудатъ началъ довольно быстро всасываться, появились шумы тренія, (первоначально спереди подъ лѣвой ключицей, затѣмъ сзади между лопаткой и позвоночникомъ). Черезъ 2 недѣли пребыванія въ клиникѣ больной чувствовалъ себя отлично; границы тупости спереди съ 5-го, по l. axill. съ 6-го; сзади почти съ нижняго угла

лопатки, сердце вправо до 1. mediana. Через 3 недели после поступления большой выписался, чувствуя себя вполне здоровым, но съ тупостью еще—по 1. axill. подь 6-мь ребромъ, свяди на 2 поперечныхъ пальца ниже нижнего угла лопатки. Температура постоянно нормальная, по ночам не потеть. 21-го октября у большого высосано 14 куб. ситм. чисто серозной жидкости, которая и всприснута 3-мь кроликама.

1) Сбому кролику (вѣсъ 1227 грам.)—21 октября въ полость правой плевры введено 5 куб. ситм. эксудата. 20 декабря вскрытъ: на плеврѣ никакихъ следовъ прокола, ни капли жидкости въ полости, поверхность ея совершенно гладкая, вездѣ нормально гиперемированная. Легкія также какъ на поверхности, такъ и на разрьѣ совершенно нормальны. Остальные органы также не представляють никакихъ замѣтныхъ измѣненій. Железы не увеличены. Бациллъ не найдено.

2) Бълому кролику (вѣсъ 1240 грам.)—21 октября также въ полость правой плевры вприснута 4 куб. ситм. того же эксудата. 22 январь 1888 г. вскрытъ съ тѣми же отрицательными результатами, какъ и первый.

3) Сбому кролику (вѣсъ 1100 грам.) 21 октября въ краевую вену праваго уха вприснута 4 куб. ситм. той же жидкости. 8-го января 1888 г. вскрытъ—отсутствіе гдѣ бы то ни было буторковъ, бациллъ также не найдено.

Наблюдение X. Василий С. 35 лѣтъ, 21 октября 1887 г. поступилъ въ клинику съ жалобами на кашель и одышку, появившимися 2 недѣли назадъ вмѣстѣ съ жаромъ и знобами. Ранѣе не кашлялъ; родственники достаточно здоровы. При поступленіи представлялъ вѣсь признаки лѣвосторонняго эксудативнаго плеврита: притупленіе надъ лѣвой ключицей, кнзку подь 3-мь ребромъ переходящее въ абсолютно-тупой тонъ; по 1. axill. тупость сверху до нзду, свяди на 2 пальца ниже spina scapulae. Дыханіе и fremitus на мѣстахъ тупости рѣзко ослаблено, спереди съ 4-го ребра кнзку полное отсутствіе дыханія, также внзду подь axilla и свяди съ середины лопатки; надъ лопаткой выдыхъ бронхіальный; при перемятѣ положенія свяди границы мѣняются довольно рѣзко, спереди мало. Сердце начинается съ правой 1. parastern.; толчекъ не ощущимъ; тоны чисты, акцентъ на aorta и art. pulm. Остальные органы нормальны.

Черезъ 3—4 дня послѣ поступления границы тупости повысились на 1 палецъ. Но вѣдѣмъ дыханіе спереди начало проясняться и тупость опускаться, и 31 октября: спереди съ 6-го, свяди на 2 пальца выше н. угла лопатки, разбросанные шумы треньи

и крепитирующіе хрипы. Улучшеніе шло быстро впередъ, и большой выписался 7-го ноября 1887 г. съ тупостью подь лопаткой. Температура въ началѣ 13 дней держалась повышенной (до 39°), но затѣмъ спада до нормы.

1) Высосанный эксудатъ чисто серозный вприснута 28-го октября въ количествѣ 5 куб. ситм. кролику (вѣсъ 1130 грам.) въ полость правой плевры. 24 декабря животное вскрыто, и микроскопически не найдено никакихъ подозрительныхъ измѣненій во вѣсхъ органахъ; бациллъ также нигдѣ не констатировано.

2) Другому кролику (вѣсъ 1260 грам.) тогда же вприснута 5 куб. ситм. въ краевую вену праваго уха. 2 января 1888 года животное по вскрытіи не дало никакихъ указаній на буторки.

Наблюдение XI. Иванъ К. 25 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 1 декабря 1887 года съ жалобами на кашель, боли въ боку и одышку. Служить на Финляндской желѣзной дорогѣ, 3 недѣли назадъ сильно прозябъ, послѣ чего 2—3 ночи горѣлъ и сильно потѣлъ; развился сухой кашель и боли въ лѣвомъ боку. Отецъ и мать больного, равно какъ братья и сестры живы и здоровы, никто не кашляетъ. Больной довольно крѣпкаго сложенія съ хорошо развитой костной и мускульной системой, общіе покровы и видимыя слизистыя оболочки нѣсколько блѣды. Надключичныя впадины мало выражены; лѣвая ключица нѣсколько выше правой. Вся лѣвая половина груди расширена болѣе правой, межреберные промежутки сглажены. Дыханіе довольно поверхностное, учащенное. При глубокихъ вдохахъ лѣвая половина груди значительно отстаётъ отъ правой. Сердечный толчекъ разлитой, яснѣе всего въ подложечной области. Перкуторно область сердечной тупости заходить на уровнѣ 4-го ребра на 3 поперечныхъ пальца вправо за правую пригрудную линию; верхняя граница неопредѣлима такъ какъ по всей лѣвой половинѣ груди тупой тонъ, кнзку принимающій характеръ феморальный. Также тупость по всему лѣвому боку и свяди сверху до нзду. Дыханіе надъ лѣвой ключицей рѣзкое съ выдыхомъ постепенно слабѣетъ кнзку и со 2-го ребра принимаетъ ясный бронхіальный характеръ; такого же характера дыханіе и по 1. axillaris; свяди надъ лопаткой дыханіе рѣзкое бронхіальное, постепенно слабѣетъ кнзку. Голосовое дрожаніе надъ лопаткой усилено, въ остальныхъ мѣстахъ отсутствовать. На мѣстахъ рѣзкаго бронхіальнаго дыханія рѣзкая бронхоронія и эгофонія. По всей правой сторонѣ дыханіе усиленное, везикулярное; тоны сердца, яснѣе всего выслушиваемые подъ грудной, чисты безъ постороннихъ шумовъ, на аортѣ также, на легочной артеріи рѣзкій акцентъ; въ обѣихъ art. carotis. 2 тона,

пульс порядочной силы, ритмичный, около 80 ударов в минуту. Печень под 6-м ребром по сосковой, съ 9-го по подмышечной, селезенка не прощупывается. Отправления нормальны, температура не повышена. На основании всего этого определены экзудаты в полости левой плевры; прокол дал чисто серозную жидкость. Больному назначен мышьяк и массаж лѣваго бока зеленым мылом. При такой терапіи состояние больного постепенно улучшалось, одышка и кашель быстро исчезли и уже через неделю верхняя граница экзудата опустилась на 2 пальца книзу. На 10-й день пребывания въ клиникѣ тушость спереди съ 3-го ребра сзади на 3 пальца ниже верхняго угла лопатки; под лѣвой ключицей рѣзкій шум трения; сердечная тушость на палец вправо отъ правой пригрудной. Такимъ образомъ день ото дня границы экзудата понижались, шумъ трения распространялся на большія пространства, правая граница сердца постепенно отодвигалась влѣво, и на 40-й день пребывания въ клиникѣ больной выписался: по 1. axillaris тушость съ 7-го ребра, сзади съ нижняго угла лопатки; дыхание вездѣ ясное, везикулярное, внизу нѣсколько ослабленное, по мѣстамъ шумы трения; самочувствие больного отлично.

1) 4-го декабря экзудатъ, въ количествѣ 8 куб. снтм., вприсунуть въ правую плевру кролику (вѣсъ 1040 грам.). 23 января животное вскрыто, нигдѣ никакихъ слѣдовъ (ни макро-ни микроскопическихъ) бугорковъ.

2) 4-го декабря вприсунуто 5 куб. снтм. того же экзудата морской свинкѣ (вѣсъ 410 грам.) въ полость живота. 8-го января при вскрытіи брыжжечныя железы какъ будто увеличены, но бациллы въ нихъ, какъ и въ другихъ органахъ, не найдено.

3) 9-го декабря сърому кролику вприсунуто по нѣсколько капель въ переднюю камеру обѣихъ глазъ. 22-го января на вскрытіи оба глаза нормальны, кромѣ едва замѣтнаго рубца на мѣстѣ укола. Ни въ мозгу, ни во всѣхъ остальныхъ органахъ никакихъ намековъ на бугорчатку.

Наблюденіе XII. Матвѣй Г. 35 л. Заболѣлъ 29 декабря 1887 года. Передъ обѣдомъ сдѣлался знобъ, который продолжался цѣлый день. Выѣсть съ ознобомъ сдѣлался кашель и сильная головная боль. Ночь спать хорошо, но на другой день опять былъ знобъ и появилась боль въ лѣвой половинѣ груди. Черезъ 3 дня постѣ этого равнилась одышка, которая и привела 9 января 1888 года больного въ клинику. Больной въ Петербургѣ около 17 л., занимается слесарствомъ на заводѣ около 15 л. Отецъ умеръ 70 л.,

матери не помнить, братья и сестры всѣ живы и здоровы, не кашляютъ. Въ дѣтствѣ большой нѣчѣмъ не хворалъ.

Работать приходится въ очень холодномъ сараѣ, такъ что иногда изъ-за холода даже невозможно работать, и приходится постоянно ходить къ печкѣ грѣться; въ силу этого больной часто простужался, появлялся кашель, который, однако, подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ средствъ быстро исчезалъ. Въ то утро когда больной заболѣлъ, онъ особенно сильно прозябъ и не могъ согрѣться у печки; равнѣ знобовъ не бывало, почи спать хорошо, по ночамъ не потѣлъ.

Больной довольно блѣдный; костная система хорошо развита, подкожно-жировой слой развитъ мало. Слизистыя блѣдны, склеры нѣсколько истеричны. Температура тѣла на-ощупъ какъ будто повышена. Дыханіе поверхностное, нѣсколько учащено—28. Надъ и подключичныя впадины не рѣзко выражены; лѣвая половина груди расширяется менѣе правой; межреберные промежутки, начиная сълѣва со 2-го ребра, болѣе сглажены, чѣмъ справа; нижняя часть лѣваго бока нѣсколько выпукла. Подъ 2-мъ ребромъ сълѣва начинается притупленіе, которое съ 3-го ребра переходитъ въ абсолютную тушость, просирающуюся спереди по всей лѣвой половине груди; по 1. axill. тушой тонь съ самой верхушки подмышечной впадины внизъ до 9 ребра, гдѣ начинается тимпанитъ. Сзади сълѣва притупленіе начинается съ spina scapulae и на 2 пальца выше нижняго угла ей переходитъ въ абсолютную тушость. Въ лежачемъ положеніи (на спинѣ) границы тушости измѣняются; спереди начинается подъ 3-ребромъ; сзади (при положеніи на животѣ) на 2 пальца выше угла лопатки. По всей правой сторонѣ легочный тонь не представляетъ никакихъ уклоновъ отъ нормы. Правая граница сердца на 2 1/2 поперечныхъ пальца вправо, отъ правой 1. parastern. (на уровнѣ 4-го ребра); лѣвая граница неопредѣлима, сердечная тушость переходитъ въ тушой звукъ лѣвой стороны груди. Печень перкуторно по 1. mamill. съ 6-го, по 1 axill. подъ 7-мъ ребромъ, подативна при вдохахъ, но не прощупывается. Верхняя граница селезенки неопредѣлима, органъ не прощупывается. Сердечные тоны, лучше всего выслушиваемые около sternum, ясны безъ постороннихъ шумовъ; на art. pulmon. рѣзкій акцентъ, пульсъ довольно полный, 80 ударовъ въ мин. Fremitus vocalis на лѣвой сторонѣ по всей области тушости очень сильно ослабленъ и внизу сзади вовсе отсутствуетъ; сзади надъ лопаткой fremitus нѣсколько усиленъ. Дыхательные шумы сълѣва надъ и подъ ключицей нѣсколько усилены, начная со 2-го ребра дыхательные шумы слабѣютъ, при сильныхъ вдохахъ выдохъ яснаго бронхиальнаго характера; подъ axilla

дыхание также очень слабо, также и свяди на мѣстахъ тупости. Дыхательные шумы на правой сторонѣ усилены, по временамъ сопровождаются сухими свистами различной высоты. Животъ вадуть; около 2-хъ недѣль запоръ. По временамъ большой кашляеть, кашель совершенно сухой.

На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ опредѣленъ: эксудативный двѣсторонній плевритъ, и назначено *natrum salicyl.* (по 30 гр. въ день) и въ виду запора—клизма; затѣмъ на слѣдующій день въ виду жалобъ больного на очень сухой кашель, больному дали *pulv. dov.* (по 2 гр.) 2 раза въ день.

Уже черезъ 2 дня послѣ поступленія больной сталъ чувствовать себя гораздо лучше, хотя все еще продолжаетъ жаловаться на кашель, на боли подъ ребрами при глубокихъ вдохахъ и на одышку при движеніи; уже въ это время границы тупости понизились: спереди по 1. *mamill.* абсолютная тупость подъ 3-мъ ребромъ, по 1. *axill.* съ 5-го ребра, свяди остались прежнія; правая граница сердечной тупости на 2 поперечныхъ пальца вправо за правую 1. *parastern.* Назначили *salol.* (по 0,5 3 раза въ день, затѣмъ увеличили до 6 и даже до 8 разъ въ день) и при такой терапіи больной сталъ постепенно улучшаться. Уже на 4-й день подъ 2-мъ ребромъ, свѣта спереди замѣченъ ясный шумъ тренія. Границы тупости черезъ недѣлю опустились спереди до 4-го ребра, по 1. *axill.* до 6-го, свяди до нижняго угла лопатки; сердце на 1 поперечный палецъ за правую *parast.*, посюду выше тупости ощущался ясный шумъ тренія, который замѣчалъ даже самъ больной. Температура больного первые 11 дней пребыванія въ клиникѣ все время была повышена и доходила до 38,9, но затѣмъ спала и держалась около нормы. Самочувствие больного также постепенно улучшалось, кашель уменьшался, ночи спать хорошо, не потѣлъ. Въ виду жалобъ на некоторую слабость и потерю аппетита назначенъ мышьякъ. Наконецъ 30 января 1888 г. больной выпущенъ при слѣдующихъ явленіяхъ: самочувствие отличное, кашель прекратился; границы сердца нормальны; по 1. *axill.* тупость подъ 6-мъ ребромъ, свяди подъ лопаткой; *fremitus* на мѣстахъ тупости незначительно ослабленъ, дыханіе на этихъ мѣстахъ также нѣсколько слабѣе; по остальнымъ мѣстамъ груди нормальное везикулярное дыханіе. Такимъ образомъ болѣзнъ длилась около мѣсяца и вполнѣ разрѣшилась. Черезъ нѣсколько дней послѣ поступленія, мы высосали у больного (подъ 6 ребромъ по 1. *axill.*) 5 куб. снтм. свѣтлой, прозрачной серозной жидкости; та же операція повторена еще 2 раза,

но послѣдній разъ (за 2 дня до выписки) съ отрицательнымъ результатомъ (проколъ свяди подъ лопаткой).

1) Морской свинкѣ (вѣсъ 275 грм.) 12 января выпущено въ брошнуну полость 5 куб. снтм. эксудата. 15 февраля животное вскрыто: полость брюшины не содержитъ жидкости, на мѣстѣ укола никакихъ слѣдовъ; *peritoneum parietale et viscerale* совершенно гладко, утѣрено гиперемировано; брыжеечные железы не увеличены. Легкія нѣсколько гиперемированы; также гиперемированы кишки, особенно въ области *recti*. Остальные органы совершенно нормальны. Микроскопическій анализъ брыжеечныхъ железъ, печени, легкиихъ, почекъ далъ вполнѣ отрицательный результатъ на содержаніе туберкулезныхъ бациллъ.

2) Кролику (вѣсъ 1100 грм.) 18 января выпущено въ полость правой плевры около 5-ти куб. снтм. эксудата. 26 февраля животное вскрыто: плевра совершенно гладкая, нормально гиперемирована, никакого слѣда укола. Всѣ органы нормальны. Анализъ сока органовъ далъ такой же результатъ, какъ и у первого животнаго.

Наблюденіе XIII. Праксовья П. 48 л., поступила въ клинику 15 января 1888 съ жалобами на одышку, особенно по вечерамъ, и на боли въ правомъ боку. Заболѣла мѣсяць тому назадъ, вскорѣ послѣ родовъ. На пятый день послѣ родовъ болная, несмотря на холодную погоду, выходила на дворъ и сильно прозябла; черезъ нѣсколько дней послѣ этого почувствовала ночью сильный знобъ, приступы кашля и сильную одышку. Съ тѣхъ поръ эти явленія не прекращались и привели болную въ клинику.

Въ дѣствѣ болная перенесла оспу; тѣтъ 25 назадъ пролежала 4 недѣли въ больницѣ съ какой-то инфекціонной формой; тѣтъ 20 назадъ еще разъ лежала въ больницѣ съ сильнѣйшими носами. Среди близкихъ родственниковъ болныхъ не знаетъ. Сама болная родила 16 дѣтей, изъ которыхъ 7 живы и совершенно здоровы.

Болная крѣпкаго сложенія женщина, съ сильно развитымъ подкожно-жирнымъ слоемъ. Особой разницы между правой и лѣвой половиной груди не замѣчается, хотя при глубокихъ вдохахъ правая сторона отстаетъ въ своихъ движеніяхъ отъ лѣвой. Сердечная тупость съ 3-го ребра по 1. *parastern. sin.* заходить на уровнѣ 4-го ребра на 2 пальца на 1. *mediana*, книзу доходитъ до 6-го межребернаго промежутка по 1. *mamill. sin.* Тоны сердца слабы, часты, безъ постороннихъ шумовъ; на *art. pulmon.* рѣзкій акцентъ. По 1. *mamill. dextra* съ 4-го ребра начинается тупость, неподвижная при вдохахъ, но нѣсколько измѣняющаяся при перемѣнахъ положенія; по 1. *axill. d.* подъ 5-мъ ребромъ, свяди на па-

лець выше нижняго угла лопатки. Дыханіе на мѣстахъ тупаго тона почти отсутствуетъ, также какъ и *fremitus pect.* Печень и селезенка не прощупываются; животъ не болѣзненъ. Всѣ отправления нормальны. Температура не повышена (37,0). Вечеромъ, въ день поступления больной, съ ней сдѣланы припадокъ удущья, продолжавшійся около 3-хъ часовъ, и въ виду такого припадка яснаго стенокардитическаго характера большой назначены были сердечныя средства въ видѣ смѣси *t-rae conval.* maj. (3j), digital, strophant. (3ss) 3 раза въ день по 15 капель, кромѣ того, растиранія праваго бока зеленымъ масломъ. Припадки продолжали повторяться и въ слѣдующіе дни, и даже мѣшали иногда спать, но затѣмъ сердцеебіеніе и удущье появлялись все рѣже, въ то же самое время, границы эксудата быстро понижались, и черезъ 13 дней больная выпсалася, чувствуя себя совершенно здоровой, съ тупостью на 2 пальца подъ лопаткой.

Такимъ образомъ больная, поступившая съ эксудатомъ въ полости правой плевры и съ приступами стенокардіи, за пребываніе ея въ клиникѣ почти совершенно поправилася.

Въ день поступления высосанъ 1 куб. см. серозной жидкости. Вѣлому лохматому кролику (вѣсъ 815 грм.) 15 января выпрыснуто по нѣсколько капель въ переднія камеры обоихъ глазъ. 23 февраля вскрыты. На роговицѣ ясно замѣтны бѣлые пятна на мѣстахъ уколовъ, радужная совершенно нормальная, камера нормальная. Мозгъ и другіе органы вносили нормальны. Ни въ глазномъ содержимомъ, ни въ органахъ не констатированы бактерии.

Наблюденіе XIV. Протась Р., 42 л., переведенъ 14 января 1888 г. изъ Петропавловской больницы въ клинику. Въ началѣ августа 1887 года больного сильно прозболило и онъ сталъ сильно горѣть, изъ-за чего поступилъ въ Петропавловскую больницу, гдѣ и пролежалъ до 23 октября 1887 г. Около 1/2 мѣсяца температура была высокая (доходила до 40°) и затѣмъ постепенно спала, такъ что больной вѣроятно перенесъ брюшной тифъ. Пробывъ дома 2 недѣли совершенно здоровымъ, больной послѣ бани замѣтилъ боли въ лѣвомъ боку, появились значительный кашель и черезъ нѣсколько дней развилась одышка, особенно усилившаяся при движеніи. Больной обратился къ думскому врачу, который констатировалъ лѣвосторонній плевритъ и далъ совѣтъ лечь въ больницу, отчего больной и поступилъ вновь въ Петропавловскую больницу, откуда мы имѣли возможность получить его благодаря любезности главнаго доктора больницы.

Изъ Петербурга больной около 30 лѣтъ, ранѣе служилъ на желѣзной дорогѣ, теперь занимается торговлей; женатъ, имѣеть

ребенка, другія дѣти умерли отъ неизвѣстной причины. Отецъ умеръ 50 лѣтъ, мать—66 лѣтъ, оба отъ какой-то острой формы. Братъ больного умеръ 34 лѣтъ отъ чахотки, которая развилась у него послѣ сильнаго плеврита. Сестра жива, совершенно здорова и имѣеть совершенно здоровыхъ дѣтей.

Больной очень крѣпкаго сложенія, костная и мускульная системы сильно развиты, подкожный жирный слой также, кожа и слизистая оболочка не блѣдны. Над- и подъязычныя впадины вовсе не выражены. Ясно замѣтно выпячиваніе лѣваго бока и уменьшенные розмахи всей лѣвой половины груди при глубокихъ вѣдохахъ довольно рѣзко бросаются въ глаза. Сердечный толчекъ разлитой, прощупывается въ области грудины; сердечная тупость вправо до 1. medianae; тоны сердца чисты, безъ побочныхъ шумовъ; на art. pulm. рѣзкій акцентъ, въ art. carot. оба тона; пульсъ не учащенный (76—80), довольно значительной силы, всегда ритмичный. Спереди слѣва подъ ключицей приглушеніе, которое со 2-го ребра дѣлается абсолютно тупымъ и идетъ сплошь книзу; по 1. axill. до 5-го ребра приглушеніе, съ 5-го феморальная тупость; сзади тупость на 4 пальца выше нижняго угла лопатки. При перемены положенія границы тупости замѣтно измѣняются. *Fremitus pectoralis* на мѣстахъ тупости почти отсутствуетъ, выше тупости усиленъ, но не особенно значительно. Дыханіе надъ ключицей усиленное, подъ ключицей ослабленное, внизу совершенно отсутствуетъ; также и подъ axilla и сзади, гдѣ около позвоночника на уровнѣ spineae scapulae иногда съ бронхальнымъ выдохомъ; по всей правой сторонѣ везикулярное дыханіе. Печень и селезенка не прощупываются. Отправления нормальны; температура не повышена. Пробнымъ проколомъ опредѣленъ серозный характеръ выпота. Назначены массажъ зеленымъ мыломъ и мыльемъ. Эксудатъ черезъ нѣкоторое время нѣсколько понизился (спереди съ 3-го по axill. подъ 5, сзади на 3 пальца выше нижняго угла лопатки), появились шумы тренья спереди подъ ключицей, подъ axilla и сзади въ области лопатки и затѣмъ въ такомъ видѣ держался около двухъ недѣль, послѣ чего сталъ постепенно убывать и 8 февраля, вслѣдствіе настоящихъ просьбъ, больной вышелъ съ тупостью—спереди съ 4-го, боку съ 6-го, сзади на 1 палецъ ниже нижняго угла лопатки. Затѣмъ черезъ 10 дней послѣ этого больной снова возвратился въ клинику съ жалобами на одышку и затрудненіе работать, при этомъ во все время пребыванія дома больной сильно пилъ водку. Подъ 6 ребромъ по 1. axillae. sup. кровотодекъ величинной въ мѣднѣй пятачекъ; происхожденія этого кровотодека больной не объяс-

ниеть. Эксудат найден несколько повысившимся, но через неделю пребывания больного в клинике эксудат постепенно снова начал всасываться, одышка исчезла и больной вышел из вторично с тугою спереди под 4 ребром, по I. axill. под 6 ребром, сади палка на 2 ниже под лопаткой.

За все время пребывания в клинике от больного взято в несколько приемов около 80 куб. сант. жидкости и привито 7 животным.

1) Кролику пегому (вѣсъ 1075 гр.) 17 января в краевую вену левого уха введено около 4 куб. сант. эксудата. 26 февраля вскрыть, причем нигде не найдено никаких намеков на бугорки; бактерии ни в одном из органов не найдено.

2) Кролику черному (вѣсъ 840 гр.) 17 января в правую плевру выпрыснуто 6 куб. сант. выпота. 12 марта вскрыть: все органы нормальны, не содержат бактерий.

3) Строму кролику (вѣсъ 970 гр.) 25 января выпрыснуто в ушную вену около 3 куб. сант. эксудата. 29 февраля вскрыть: органы нормальны без бактерий.

4) Морской свинкѣ (вѣсъ 322 гр.) введено в брюшную полость 15 января 6 куб. сант. эксудата. 27 февраля вскрыта: сильная гиперемия грудины в нижней части живота, особенно рѣзкая в области гесты<sup>1)</sup>, в полости брюшины незначительное количество серозно-кровоистой жидкости. Несколько брыжеечных желез увеличено. Остальные органы нормальны, без сады бугорков, сок органов не содержит бактерий.

5) Морской свинкѣ (вѣсъ 530 гр.) выпрыснуто 25 января в полость брюшины 9 куб. сант. эксудата. 28 февраля вскрыта: сады гесты найдена довольно большая полость, наполненная гноем, вокруг сильная гиперемия. Железы брыжеечные не увеличены. Нигде ни одного бугорка, также и в остальных органах. Бактерии не констатировано.

6) Морской свинкѣ (вѣсъ 160 гр.) в полость брюшины введено 5 куб. сант. эксудата. Къ сожалѣнію животное через неделю околѣло, причем гестим найдено прорваннымъ и каловая масса в полости живота.

7) Морской свинкѣ (вѣсъ 640 гр.) введено 10-го февраля в полость брюшины 25 куб. сант. эксудата. Вскрытіе 15-го марта кон-

статировало полное отсутствие какихъ-либо макро- и микроскопических признаковъ бугорчатки.

Такимъ образомъ во всѣхъ случаяхъ мы имѣли дѣло съ эксудатами серьезнаго характера, одинъ болѣе свѣжаго характера, другіе начавшіе всасываться. Мы имѣли возможность сдѣлать всего 30 прививокъ, по тому или другому способу: в полость плевры вводили эксудатъ въ 8 случаяхъ собакамъ и въ 9 случаяхъ кроликамъ; въ 4 случаяхъ кроликамъ въ ушную вену, въ 3 случаяхъ кроликамъ в переднюю глазную камеру и наконецъ въ 6—морскимъ свинкамъ въ полость брюха.

Во всѣхъ случаяхъ мы получили вполнѣ отрицательный результатъ прививки. Такимъ образомъ, вскрывая животныхъ черезъ 4—12 недѣль послѣ выпрыскиванія, мы ни разу не могли констатировать не только какихъ-либо макроскопическихъ измѣненій въ видѣ высыпанія бугорковъ, хотя бы на мѣстѣ прививки, но даже тщательный микроскопическій анализъ сока органовъ, (причемъ мы дѣлали препараты по возможности изъ всѣхъ органовъ и особенно изъ болѣе или менѣе подозрительныхъ) далъ такой же вполнѣ отрицательный результатъ въ отношеніи содержанія въ нихъ туберкулезныхъ бактерий.

Выводы, къ которымъ заставляютъ придти полученные нами результаты, по нашему убѣжденію, весьма ясны и опредѣленны, хотя, конечно, могутъ явиться нѣкоторые возраженія относительно тѣхъ или другихъ деталей опыта, а отсюда и относительно выводовъ, и поэтому мы постараемся выяснитъ, почему мы лично такъ глубоко убѣждены въ справедливости утѣшительныхъ результатовъ нашей работы.

Прежде всего относительно выпрыскиванія в полость плевры намъ могли бы возразить, что можетъ быть мы не попадаемъ в полость плевры, а выпрыскиваемъ жидкость или въ самую ткань легкаго или же въ толщу мышцъ. Конечно, если производить операцію выпрыскиванія простымъ Пиралевскимъ шприцемъ, то никогда нельзя быть убѣжденнымъ, что жидкость попала именно в полость плевры, потому что почти невозможно острой иглою попасть между двумя в нормальномъ состояніи плотно прилегающими одинъ къ другому листкамъ плевры—париетальной и висцеральной; но при помощи троакара Fântzel'a при извѣстномъ навыкѣ можно всегда съ увѣренностью ввести жидкость в полость плевры. Да наконецъ, если бы даже мы ввели жидкость не въ полость плевры, а въ ткань легкаго или въ толщу грудныхъ мышцъ, разъ мы предполагаемъ въ выпрыскиваемой жидкости присутствие туберкулезнаго агента, то имѣли бы или прививку прямо въ ткань лег-

<sup>1)</sup> Гиперемія гесты замѣчалась почти у всѣхъ животныхъ, хотя не въ такой степени, отъ ежедневнаго измѣренія въ гестимъ температуръ; почти у всѣхъ же животныхъ развивался сильный поносъ, въ виду чего иногда приходилось прерывать измѣренія; и у одной свинки rectum было прорвано термометромъ.

каго или под кожу, тѣмъ болѣе, что большинство авторовъ именно и прививали туберкулезъ подобнымъ способомъ. Koch въ своей знаменитой работѣ «Die Aethiologie der Tuberculose» <sup>1)</sup> постоянно получалъ туберкулезъ, производя прививки въ ткань легкаго.

Такіе же результаты получить Biondi <sup>2)</sup>, вприсыкая собакамъ и кроликамъ въ ткань легкаго бакциллярную мокроту, разведенную водой, и то же дѣлалъ раніе Bollinger <sup>3)</sup>. Что касается до прививки прямо въ подкожную клетчатку, то такимъ путемъ получали развитіе туберкулеза большинство авторовъ, работавшихъ надъ этимъ вопросомъ (Willemin <sup>4)</sup>, Lebert und Wyss <sup>5)</sup>, Colin <sup>6)</sup>, Waldenburg <sup>7)</sup>, Koch <sup>8)</sup>, Raymond et Arthand <sup>9)</sup> и др.). Chauffard et Gombault <sup>10)</sup>, вприсыкая въ полость брюха плевритической экзудатъ отъ туберкулезныхъ больныхъ, въ 4 случаяхъ констатировали присутствіе творожистаго узла въ толщѣ брюшной стѣнки, развившагося въ мышцахъ подъ вліяніемъ тѣхъ нѣсколькихъ капель, попадавшихъ въ ихъ ткань при введеніи и выведеніи черезъ ихъ толщу иглы шприца. Мы однако ни разу не получили чего-либо подобнаго и вообще постъ вприсыканія мы (въ полости ли плевры или брюшины) даже не могли найти того мѣста, гдѣ производилъ проколъ, ни со стороны кожи, ни со стороны полости. Прививки авторовъ въ брюшную полость (Waldenburg <sup>11)</sup>, Conheim und Fränkel <sup>12)</sup>, Bollinger <sup>13)</sup>, Koch <sup>14)</sup> и др.), въ кровь (Behier <sup>15)</sup> Feltz <sup>16)</sup> Koch) и въ переднюю глазную камеру (Koch, Baumgarten <sup>17)</sup>, Salomon-

<sup>1)</sup> Berlin. klin. Wchnschr. 1882. 15.  
<sup>2)</sup> Estirgazione del pulmone. Giornale internazion. del scienze mediche. An. IV. Napoli.  
<sup>3)</sup> Ueber Impf. und Fütterungstuberculose. Arch. f. exp. Pathol. und Pharm. 1873. I.  
<sup>4)</sup> Etudes sur la tuberculose. 1868 (Preuves rationnelles et experimentelles de sa spécificité et de son inoculabilité). Paris.  
<sup>5)</sup> Virch. Arch. 1867. 40.  
<sup>6)</sup> L'union médéc. 1867, 86. 1868, 72, 73.  
<sup>7)</sup> Die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrofulose. Berlin. 1869  
<sup>8)</sup> Loc. cit.  
<sup>9)</sup> Recherches experimentelles sur l'étiologie de la tuberculose Arch. gén. de médéc. 1883. I.  
<sup>10)</sup> Loc. cit.  
<sup>11)</sup> Loc. cit.  
<sup>12)</sup> Virch. Arch. 45. 1868.  
<sup>13)</sup> Loc. cit.  
<sup>14)</sup> Loc. cit.  
<sup>15)</sup> L'union méd. 1868. 5.  
<sup>16)</sup> Gaz. méd. de Strassbourg. 1868. 20.  
<sup>17)</sup> Nachweis der pathogenen Bedeutung der Tuberkelbacillen. Centr. f. die med. Wissensch. 1883. 42.

sen <sup>1)</sup> Damsch <sup>2)</sup>), разъ прививаемая жидкость содержала туберкулезный ядъ, почти всегда вызывали ясно выраженный туберкулезъ; между тѣмъ у насъ дали во всѣхъ случаяхъ отрицательный результатъ. Какъ объяснить это? К. et. V. пытался объяснить такіе результаты при своихъ прививкахъ малымъ содержаніемъ туберкулезнаго яда, т.-е. бациллъ, въ экзудатѣ. Къ сожалѣнію, авторы не указываютъ, какія количества экзудата они вприсыкали.

Мы вполнѣ согласны съ тѣмъ, что подобное предположеніе вполнѣ естественно и въ виду этого мы старались вприсыкать экзудатъ въ возможно большемъ количествѣ, такъ обыкновенно мы вприсыкали не менѣе 3 куб. снтм. и увеличивали до 8—10, даже 25 куб. снтм. Получивъ отрицательные результаты даже при введеніи 25 куб. снтм. жидкости, намъ, кажется, можно съ положительностью отрицать хотя бы какое-нибудь заразительное свойство экзудата, т.-е. вполнѣ отрицать всякое присутствіе бациллъ въ полости плевры. Ch. et Gomb. на основаніи своихъ опытовъ заключаютъ, что заразительность туберкулезнаго экзудата не особенно сильна, но уже 3 куб. снтм. жидкости имъ было достаточно, чтобы вызвать общій туберкулезъ и даже буророкъ прививки, т.-е. гнѣздо на мѣстѣ укола въ толщѣ мышцъ.

C. et G. предполагаютъ также, что заразительность экзудата можетъ быть неравномѣрна въ различныхъ слояхъ жидкости, такъ какъ «ядовитый агентъ, бациллы или зоогліи, какъ тѣло, подверженное законамъ тяжести, имѣютъ стремленіе собираться въ наклонныхъ частяхъ».

Въ виду подобной возможности мы въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣлали проколы по возможности ниже и притомъ сзади, причемъ передъ этимъ больной болѣе или менѣе продолжительное время лежалъ на спинѣ, и все-таки результатъ прививокъ всегда былъ отрицательный.

Между тѣмъ, для бациллъ, если бы онѣ были въ экзудатѣ, даны всѣ шансы развиваться: ядъ самъ по себѣ экзудатъ представляетъ чрезвычайно удобную питательную среду для ихъ развитія, тѣмъ болѣе, что температура полости плевры вполнѣ благоприятствуетъ этому. Казалось бы, бациллы должны развиваться совершенно такъ же, какъ при обыкновенныхъ культурахъ въ кро-

<sup>1)</sup> Om indpøding af Tuberculose, sirligt kønens iris. Nordistk medicin. Arkiv. 1879. 72.  
<sup>2)</sup> Ueber die Zuverlässigkeit von Impfungen. Deutsch. med. Wochenschr. 1883. 19.  
<sup>3)</sup> Die Impffähigkeit der Tuberculose als diagnostisches Hilfsmittel bei Urogenital Erkrankungen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXVI. 1. 2.



виной сыворотки, но этого-то мы и не замечаем, так что остается предположить или полное отсутствие их в экссудате или какия-нибудь условия, мешающие их развитию.

Ведь мы знаем, насколько чувствителен глаз в отношении туберкулезных бацилл, каких минимальных количества туберкулезного яда достаточно, чтобы болше или меньше быстро вызвать мѣстный, а затѣм и общій туберкулез. Кочх указывает, что достаточно ввести кролику в переднюю глазную камеру канюлю шприца, содержащаго кровяную сыворотку съ культивированными бациллами и, не выскривая, сейчас же выпнуть, чтобы получить через 2 недѣли узелки на радужной блиазѣ мѣста укола, а затѣм и общую бугорчатку.

Damsch, имѣя въ виду такую особую чувствительность передней глазной камеры къ туберкулезнымъ бацилламъ, совѣтуетъ употреблять прививки въ глаз кролику тѣхъ или другихъ отдѣлений организма съ диагностическою цѣлью. Такимъ образомъ онъ выскривалъ въ переднюю глазную камеру кроликамъ растворъ мочевоы кислоты, блещноройный гной, гной изъ фурункула, перитомеальныи экссудатъ и не получалъ туберкулеза, но выскривала гной отъ больныхъ съ туберкулезнымъ циститомъ, получалъ черезъ 3 недѣли бугорки на радужной. Отъ 3-го больного (также циститомъ) гной далъ отрицательный результатъ и бесцѣдно всосался въ нѣсколько дней (этотъ больной быстро выздоровѣлъ и былъ не туберкулезный).

Такимъ образомъ, даже при подобной чувствительности глаза къ туберкулезнымъ бацилламъ, мы получили вполнѣ отрицательный результатъ, несмотря на то, что вводили нѣсколько капель экссудата. Намъ могли бы возразить, что при проколѣ и введеніи жидкости, она можетъ вытечь обратно и быть вымытой содержимымъ глазной камеры, но мы, какъ уже говорили выше, дѣлали проколъ подъ острымъ угломъ къ роговицѣ и выжидали, пока изъ сдѣланнаго отверстия въ роговицѣ шла жидкость, а затѣмъ уже выпускали нѣсколько капель экссудата. Такого рода выскриванія дѣлали обыкновенно въ оба глаза, и несмотря на все это, все тотъ же результатъ—нѣтъ бацилл въ экссудатѣхъ.

Да и микроскопическіе и бактериологическіе анализы экссудатовъ первичныхъ плевритовъ Wechselbaum'a <sup>1)</sup> и Хетагурова <sup>2)</sup> приводятъ къ тѣмъ же заключеніямъ.

<sup>1)</sup> Bacteriologische Untersuchungen über acute Pleuritis. Wien. med. Jahrb. 1886. 83.

<sup>2)</sup> О роли микроорганизмовъ въ этиологии воспаления плевры и перикарда. Предвар. сообщеніе. Вѣстн. Кн. газ. 1887 г., отд. оттискъ.

Wechselbaum изслѣдовать экссудатъ при первичномъ плевритѣ, т. е. въ такихъ случаяхъ, гдѣ плевритъ былъ самостоятельный, не вызванный никакою другою болѣзью. Всего авторъ имѣлъ 11 случаевъ: 2 чисто гноянаго воспаления, 1 серозно-гнояный и 8 чисто серозныхъ. Въ первыхъ двухъ случаяхъ въ гною (послѣ смерти) найдены многочисленные цѣпочки кокковъ, которые морфологически и по ихъ отношенію къ культурѣ въ агарѣ, желатинѣ и кровяной сывороткѣ сходны съ streptococcus pyogenes (или streptococcus pneumoniae); то же самое и въ экссудатѣ серозно-гнояномъ. Изъ случаевъ экссудата чисто серознаго W. 2 раза констатировалъ организмы, которые оказались цѣпочными кокками, въ 6 остальныхъ случаяхъ ни микроскопъ, ни культура не дали никакихъ организмовъ. При этомъ во всѣхъ случаяхъ серознаго плеврита, по словамъ автора, въ началѣ процесса, ни послѣдѣ не констатировано другое заболѣваніе. Пункция производилась въ различное время отъ начала болѣзни, но всегда еще во время выпященной т. W. указываетъ на подобныя же изслѣдованія Rosenbach'a (изслѣдовавшаго 5 случаевъ гноянаго экссудата) и Fränkel's, приведшія авторовъ къ такимъ же результатамъ. Такимъ образомъ, въ виду того, что при первичномъ плевритѣ найдены только такіе организмы, которые сопутствуютъ острой соединительно-тканнаи воспаленію, W. считаетъ себя въ правѣ заключить, что и острый первичный плевритъ въ этиологическомъ отношеніи не представляетъ ничего особеннаго и можетъ быть поставленъ на одну ступень съ флегмонозными процессами.

Хетагуровъ, изслѣдовавшій экссудаты въ 21 случаѣ чистаго серознаго, 2 гнояныхъ и 1 геморрагическомъ плевритахъ пришелъ къ такимъ же результатамъ. Нѣкоторые экссудаты гнояные давали культуры streptococci, нѣкоторые staphylococci aurei, ннѣе staphylococci albi, нѣкоторые же вовсе не давали культуры. Между тѣмъ въ случаяхъ чистаго серознаго экссудата ни при микроскопическомъ изслѣдованіи, ни при посѣвахъ, ни разу не найдено микроорганизмовъ, несмотря на то, что серозная жидкость изъ полости плевры, по словамъ автора, представляетъ хорошую питательную среду для микроорганизмовъ, такъ какъ микроорганизмы, привитые на свернутую на подобіе кровяной сыворотки серозную жидкость, растутъ такъ же хорошо, какъ и на желатинѣ и агар-агарѣ.

Конечно, микроскопическія изслѣдованія могутъ дать не вполнѣ вѣрные результаты, такъ какъ дѣйствительно возможно, что, при изслѣдованіи экссудата микроскопически, бациллъ не находимъ, между тѣмъ, больной отъ какой-нибудь случайной причины ум-

расть, и по вскрытии констатируем бугорки на плеврѣ. Такого рода фактъ можетъ произойти въ силу того, что при микроскопическомъ исследованіи мы анализируемъ столь незначительное количество экссудата (одну, двѣ капли), что бактерии дѣйствительно могутъ въ немъ случайно отсутствовать, между тѣмъ, какъ въ тѣхъ сравнительно большихъ количествахъ экссудата, принимаемыхъ животнымъ, бактерии, по нашему убѣжденію, необходимо должны присутствовать, хотя бы и въ незначительномъ числѣ, если только плевра поражена бугорчатымъ процессомъ. Видѣ, насколько намъ извѣстно, при бугорчаткѣ того или другого органа всегда въ сокѣ этого органа или въ отдѣляемой имъ жидкости констатируемъ бактерии, да, собственно говоря, обыкновенно и диагнозъ ставимъ именно по присутствію или отсутствію бактерий, напр., мы не поставимъ диагноза бугорчатки легкихъ, пока не найдемъ бактерий въ мокротѣ, а нахождение бактерий въ мочѣ больныхъ бугорчаткой почекъ, туберкулезнымъ циститомъ и др., въ какѣ при бугорчатомъ пораженіи кишечныхъ железъ, кажется, достаточно ясно доказываютъ то огромное патогномическое значеніе бактерий, впервые указанное Коч'омъ. Намъ кажется страннымъ дѣлать въ этомъ отношеніи исключеніе для плевры: почему именно при бугорчатомъ пораженіи плевры въ отдѣляемой ею жидкости будутъ отсутствовать бактерии. Разъ мы считаемъ, что бугорки безъ Коч'овскихъ бактерий не есть истинныя бугорки, а псевдо-бугорки, то у насъ невольно явится предположеніе: да не были ли именно ложныя бугорки, не имѣли ли передъ собой псевдо-туберкулезъ плевры тѣ, кому случилось констатировать *post mortem* бугорки на плеврѣ, когда прижизненный микроскопическій анализъ экссудата давалъ отрицательные результаты на присутствіе въ жидкости туберкулезныхъ бактерий. Были ли сдѣланы микроскопическія исследованія этихъ бугорковъ, найдены ли были въ нихъ бактерии? Насколько намъ извѣстно, въ нихъ случался бываетъ чрезвычайно трудно, да пожалуй и вовсе невозможно отличить исключительно только по внѣшнему виду истинный бугорокъ отъ ложнаго бугорка, представляющаго собой чисто воспалительное новообразование.

Martin, еще до знаменитаго открытія Коч'омъ бактерий, старался найти различіе истинныхъ отъ ложныхъ бугорковъ. Авторъ, \*) инъцируя въ брюшинную полость кроликовъ и морскихъ свинокъ туберкулезные продукты или различныя ве-

\*) Nouvelles recherches sur la tuberculose spontanée et expérimentale des serènes. Arch. de Physiol. 1881. 1.

щества, какъ растительной, такъ и животной натуры, всегда получалъ на брюшинѣ образование узелковъ съ типичнымъ строеніемъ бугорка, но бугорки, развивающіеся послѣ введенія инородныхъ тѣлъ, отличались микроскопически отъ истинныхъ туберкуловъ, такъ что авторъ и называетъ ихъ «ложными».

Однако, несмотря на все описываемыя авторомъ микроскопическія различія между тѣми и другими, имъ приходится къ тому убѣжденію, что все-таки различать ихъ трудно даже и микроскопически, и самый надежный признакъ различія—это способность истинныхъ—генерализоваться и прививаться съ одного животнаго на другое, тогда какъ ложныя бугорки всегда развиваются мѣсто около мѣста раздраженія введеннымъ инороднымъ тѣломъ. Видѣ въ силу этой невозможности микроскопически отличать характеръ бугорковъ, вопросъ о туберкулезѣ такъ долго испытывалъ колебанія то въ ту, то въ другую сторону: одни авторы получали туберкулы только отъ бугорчатыхъ массъ, другіе же отъ всевозможныхъ инородныхъ тѣлъ (напр. Conheim und Fränkel<sup>1)</sup>).

Подобное затрудненіе въ различіи характера бугорковъ конечно могло существовать только до 1882 г., когда знаменитое открытіе Коч'омъ туберкулезныхъ бактерий дало намъ возможность точно и несомнѣнно различить характеръ даннаго новообразованія именно по присутствію или отсутствію специфическихъ бактерий. Несомнѣнно, что не сегодня—завтра бактериологія, дѣлающая за послѣднее время такіе гигантскіе шаги въ силу все болѣе и болѣе усовершенствованныхъ методовъ исследованія, дастъ намъ какіе-нибудь новыя, можетъ быть, еще болѣе точныя способы различія, но и въ настоящее время, повторяемъ, имѣя въ рукахъ такой признакъ какъ бактерии, мы всегда можемъ съ положительностью констатировать истинный туберкулезъ и обратно.

Такимъ образомъ, по нашему убѣжденію, положительно невозможно туберкулезъ плевры безъ того, чтобы бактерии не плавали въ содержимомъ ея полости, и еслибы даже ихъ микроскопомъ не нашли въ экссудатѣ, а на плеврѣ констатированы бугорки (и въ нихъ найдены бактерии)—это не значитъ, что въ экссудатѣ бактерии вовсе не было; можно только сказать, что ихъ не найдено. Вотъ почему мы не ограничились микроскопическимъ анализомъ, а прибѣгли къ прививкамъ и притомъ по возможности большого количества экссудата, тѣмъ болѣе, что Ch. et. Gombъ въ случаяхъ несомнѣнно бугорчатого плеврита прививкой экссудата во всѣхъ случаяхъ получили несомнѣнный общій туберкулезъ съ

\*) Virch. Arch. 1868.

бациллами, между тѣмъ, какъ микроскопъ давалъ вполне отрицательные результаты при изслѣдованіи самаго экссудата. Къ сожалѣнію, намъ самимъ не удалось получить экссудата отъ бугорчатыхъ, такъ какъ у тѣхъ вѣтлывавшихся намъ больныхъ съ явнымъ присутствіемъ бацилл въ мокротѣ неоднократные проколы на мѣстѣ тупости (обыкновенно сади подъ лопаткой) давали отрицательные результаты, вѣроятно или въ силу обширныхъ наслоевъ или малога количества экссудата.

При такомъ патогномическомъ значеніи бациллъ въ туберкулезѣ мы къ нашему крайнему удивленію во всей работѣ Kelsch'a et Vaillard'a не нашли ни слова о бациллахъ, какъ будто бы авторы даже забыли о нихъ. Авторы во всѣхъ случаяхъ опредѣляютъ туберкулезъ исключительно только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія бугорковъ, не упоминая вовсе о бациллахъ. Blachet въ статьѣ «La nature de la pleuresie»<sup>1)</sup> вполне естественно удивляется этому. «Какъ понимать,—говоритъ онъ,—что ни въ одномъ вскрытіи, ни у одного больного не найдено бациллъ? Не удивительно ли, что не явилось вопроса ни въ одномъ изъ 16 клиническихъ наблюденій?» По нашему мнѣнію дѣйствительно удивительно подобное игнорированіе самаго существеннаго признака бугорчатки, безъ котораго при настоящемъ положеніи вопроса о туберкулезѣ все какіе бы ни были микроскопическіе анализы бугорковъ не имѣютъ никакого серьезнаго значенія. Такимъ образомъ, все 16 случаевъ вскрытій Kelsch'a et Vaillard'a, по нашему мнѣнію, лишены всякаго доказательнаго значенія и вся работа ихъ теряетъ свою силу. Мы имѣемъ полное право сомнѣваться въ истинномъ характерѣ бугорковъ и предполагать, да не имѣли ли авторы въ сполнхъ случаяхъ псевдо-туберкулеза? Тѣмъ болѣе, что хотя прививкой животнымъ авторы и получали въ нѣкоторыхъ случаяхъ бугорки, но характеръ полученныхъ бугорковъ также остался непонятымъ. Почему, совершенно справедливо замѣчаетъ Blachet, не доказана несомнѣнность бугорчатки послѣдовательной прививкой отъ зараженнаго экссудатомъ кролика другому кролику? Этотъ способъ гораздо болѣе подтвердилъ бы авторовъ, тѣмъ все ихъ клиническія наблюденія, прибавляетъ Blachet. Онъ конечно правъ.

Итакъ, въ виду всего сказаннаго мы не можемъ не придти къ убѣжденію, что выводы К. et V., построенные на такихъ шаткихъ основаніяхъ, чрезуръ слабы и даже ошибочны. Чтобы выступать съ такимъ новымъ и столь безнадѣжнымъ для больного мнѣніемъ, конечно слѣдуетъ имѣть болѣе серьезныхъ дока-

зательствъ. Наши выводы, хотя и не будутъ новы, но дѣло, безъ сомнѣнія, не въ новизнѣ, такъ какъ стремленіе авторовъ высказать что нибудь новое, создать какую нибудь новую теорію или гипотезу, зачастую заставляетъ ихъ оставлять твердо установленный путь, построенный на основаніи массы фактовъ, основанный на массѣ наблюденій чрезвычайно опытныхъ наблюдателей, погружаться въ море гипотезъ и предположеній, и плавать въ немъ, не чувствуя подъ собой твердой почвы и риска быть совершенно разбитымъ, пока течение или вѣтеръ случайно не приведетъ ихъ въ какое нибудь надежное мѣсто.

Конечно, наука не можетъ быть in statu quo, она должна всегда прогрессировать, но стремленіе къ открытіямъ не должно идти далѣе извѣстныхъ границъ, и вновь высказываемые взгляды должны свѣдѣться на болѣе или менѣе твердыхъ, согласно съ современнымъ положеніемъ науки, данныхъ.

Такимъ образомъ, по нашему мнѣнію, стоитъ вопросъ о плевритахъ. Удѣленіе за послѣднее время ученіемъ о паразитарномъ происхожденіи тѣхъ или другихъ болѣзней часто ведетъ къ тому, что мы вовсе игнорируемъ различныя химическія, термическія и механическія вѣншія вліянія на нашъ организмъ. Очень часто мы въ стремленіи по то что бы то ни стало отыскать какой-нибудь низшій организмъ, забываемъ о другихъ инсультахъ, которымъ мы подвергаемся каждую минуту, каждую секунду. Мы говоримъ о вліяніи вѣншней температуры, которое для всѣхъ классовъ имѣло столь большое значеніе въ происхожденіи тѣхъ или другихъ разстройствъ въ нашемъ организмѣ. Простуда, несомнѣнно, существуетъ, въ чемъ мы убѣждаемся почти ежедневно, ежеминутно, и хотя въ настоящее время мы не можемъ уловить механизма ея дѣйствія, но надо надѣяться, что съ дальнѣйшимъ ходомъ науки, когда мы, не увлекаясь только низшими организмами, будемъ въ состояніи лучше опредѣлять тѣ тончайшія различія въ составѣ организма при вліяніи хотя бы одной и той же вѣншней температуры, тогда мы поймемъ, почему въ однихъ случаяхъ мы подвергаемся простудѣ, въ другихъ же случаяхъ нѣтъ. Неужели же мы будемъ отрицать простудное вліяніе въ происхожденіи насморка, бронхита, ангины, ревматизма и др., и почему же мы сдѣлаемъ подобное исключеніе для плевры? Развѣ мало фактовъ подтверждаютъ вліяніе простуды и въ происхожденіи плевритовъ; развѣ мы не встречаемъ ежедневно людей, которые, приходя съ плевритомъ, точно и опредѣленно указываютъ на моментъ дѣйствія простуды, послѣ котораго и разви-

<sup>1)</sup> Gaz. hebdom. XXIII. 41.

лось данное заболѣваніе. «Вопреки мнѣнію, — говоритъ Fränzel <sup>1)</sup>, — очень распространенному въ учебникахъ и между практикующими врачами, что простуда составляетъ собственно лишь теоретическую причину, которую на самомъ дѣлѣ почти никогда не удается доказать, я могу засвидѣтельствовать самымъ определеннымъ образомъ, что при тщательномъ отбирании анамнеза, я много разъ имѣлъ случай удостовѣриться въ несомнѣнномъ существованіи простуды. Даже мало образованные госпитальные больные убрали меня нѣрѣдко самымъ положительнымъ образомъ, что они, напр. переодѣвали бѣлье, будучи въ поту, и чувствовали, какъ подлоу на большую половину груди, что ихъ мочилъ холодный проливной дождь и послѣ того заболѣла сторона, которая была обращена къ вѣтру и т. д. Сидѣнье у открытаго окна, у плохо запирающейся двери, особенно когда въ комнатѣ очень тепло, а снаружи очень холодно, больные часто выдаютъ за причину болѣзни, говоря, что у нихъ сразу же появились боли въ пораженной сторонѣ, которыя, постепенно усиливаясь, и положили начало болѣзни». Иногда могутъ быть даже какъ бы эпидеміи остраго плеврита, когда одинъ и тотъ же простудный агентъ подѣйствовалъ сразу на известное число людей. Такъ, Blachet <sup>2)</sup> указываетъ на эпидемію плеврита въ госпиталѣ въ Кохингѣ въ 1857 году, когда, послѣ мытья въ плохо устроенной банѣ, черезъ нѣсколько дней развился почти у всѣхъ плевритъ, который и былъ быстро излеченъ (въ 20—30 дней).

Конечно, внѣ всякаго сомнѣнія, что субъекты бугорчатые или золотушные, какъ вообще люди болѣе или менѣе ослабленные существующимъ у нихъ діатезомъ, гораздо болѣе воспримчивы ко всѣмъ вреднымъ вѣшнымъ влияніямъ, между прочимъ и къ простудѣ, и потому особенно предрасположены къ заболѣванію плевритами, бронхитами, вообще къ заболѣванію дыхательныхъ органовъ, но также для насъ внѣ всякаго сомнѣнія и тотъ фактъ, что плевритъ еще болѣе часто проявляется вслѣдъ за охлажденіемъ больного безъ всякихъ признаковъ туберкулеза ни въ молодости, ни въ зрѣломъ возрастѣ.

К. et V., по нашему мнѣнію, показали только, что плевритъ часто встрѣчается у туберкулезныхъ, что онъ можетъ быть также первымъ проявленіемъ его, но отнюдь не доказали, что всѣ больные съ плевритами и преимущественно съ серознымъ вынотомъ,

являющимся болѣе или менѣе быстро, были несомнѣнно туберкулезные.

Martel <sup>1)</sup> указываетъ на тотъ фактъ, что въ ихъ мѣстѣ очень много острыхъ плевритовъ и, наоборотъ, очень мало туберкулеза легкихъ; и авторъ знаетъ многихъ уже черезъ 10—15—20 лѣтъ послѣ плеврита и эти лица представляли изъ себя иногда здоровыхъ людей.

Blachet точно также прослѣдилъ въ продолженіе долгихъ лѣтъ многихъ плевритиковъ и пришелъ въ тому убѣжденію, что плевриты простые, развивающіеся у людей совершенно здоровыхъ, быстро излѣчиваются (въ 25—60 дней) и проходятъ совершенно безслѣдно безъ всякихъ слѣдовъ бугорчатки.

Несомнѣнно, всякій болѣе или менѣе старый врачъ можетъ привести много подобныхъ же случаевъ изъ своихъ наблюденій, и такимъ образомъ подтвердитъ существованіе доброкачественныхъ простыхъ плевритовъ.

Мы, съ своей стороны, на основаніи нашихъ экспериментовъ, также твердо убѣждены въ существованіи плевритовъ часто простудныхъ, быстро излѣчивающихся, а иногда даже и нѣсколько затяжныхъ по теченію, преимущественно плевритовъ серозныхъ, съ большимъ количествомъ экссудата, въ происхожденіи которыхъ туберкулезъ не имѣетъ абсолютно никакого значенія.

У людей не предрасположенныхъ къ бугорчаткѣ въ силу наследственности или другихъ какихъ-либо причинъ, острый экссудативный плевритъ *заблужденіе чисто воспалительнаго характера*, въ происхожденіи котораго простуда несомнѣнно играетъ первую роль, и нѣтъ никакого основанія предполагать причину болѣзни діатезъ.

Даже лица предрасположенныхъ плевритъ можетъ быть чисто простуднаго происхожденія и также быстро и окончательно излѣчиться.

Да, наконецъ, у субъектовъ, самихъ по себѣ съ туберкулезнымъ діатезомъ, острый плевритъ и туберкулезныя измѣненія могутъ появиться одновременно, вовсе не завися другъ отъ друга.

Во заключеніе, не можемъ не считать себя удовлетворенными, получивъ результаты, которые дали намъ возможность придти къ тому отрадному убѣжденію въ возможности безслѣднаго излеченія острыхъ экссудативныхъ плевритовъ. Искренне благодаримъ глубокоуважаемаго проф. Сергія Петровича Вяткина за тему, которая привела насъ къ такимъ результатамъ, такъ какъ

<sup>1)</sup> Частн. изд. и тер. Цимсена. Т. IV. стр. 300.

<sup>2)</sup> Loc. cit.

<sup>1)</sup> Gaz. hebdom. № 43 XXXIII. La nature de la pleurésie.

нѣтъ ничего отраднѣе для врача-человѣка, какъ имѣть возможность съ твердымъ убѣжденіемъ дать хорошее предсказаніе при леченіи той или другой болѣзни и знать, что наша рациональная терапия приведетъ больного къ прежнимъ его силамъ и здоровью.

Также глубоко признателенъ Сергію Петровичу и за все то, чему я имѣлъ возможность научиться въ его клиникѣ подъ его руководствомъ, при его совѣтахъ и помощи.

Всѣмъ товарищамъ по клиникѣ большое спасибо за ихъ теплыя отношенія и всегдашнюю готовность помочь словомъ и дѣломъ.

## ПОЛОЖЕНІЯ.

- 1) Бронхіальное дыханіе при плевроитѣ на мѣстѣ экссудата возможно только при значительномъ количествѣ выпота и всегда при условіи хорошей работы дыхательныхъ мышцъ пораженной стороны \*).
- 2) У новорожденныхъ задерживающіе центры дыханія и кишокъ также плохо развиты, какъ и сердца (указанныя Soltmann'омъ), и часто поносъ со рвотой зависитъ именно отъ этого плохого развитія задерживающей центральной системы \*).
- 3) Вдуванія въ носъ салициловаго висмута съ хининомъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ значительно сокращаютъ количество приступовъ при коклюшѣ.
- 4) Кислородъ, восхваляемый нѣкоторыми авторами при леченіи лейкеміи, на самомъ дѣлѣ не болѣе какъ паліативъ.
- 5) Антипиринъ представляетъ собой прекрасное кровоостанавливающее средство.
- 6) Ограниченный срокъ прикомандированія врачей для усовершенствованія сильно вредитъ ихъ клиническому образованію.

\*). Собственное наблюдение.

Curriculum vitae.

Дмитрій Александрович Соколовъ, сынъ протоіерея, родился въ 1861 году въ С.-Петербургѣ. Въ 1871 году поступилъ въ 5-ю С.-Петербургскую гимназію, гдѣ и окончилъ въ 1880 году курсъ съ серебряною медалью. Въ томъ же году поступилъ на естественное отдѣленіе физико-математическаго факультета С.-Петербургскаго Университета; на слѣдующій годъ перешелъ на 2-ой курсъ Медицинскаго факультета Казанскаго Университета и оттуда черезъ годъ на 3-й курсъ Военно-Медицинской Академіи, въ которой и окончилъ въ 1885 году курсъ съ отличіемъ. По конкурсу оставленъ при академіи въ числѣ врачей для усовершенствованія. Въ продолженіе полугода занимался гигиеной, подъ руководствомъ проф. А. П. Доброславина, а затѣмъ перешелъ въ число ординаторовъ Академической Терапевтической клиники проф. С. П. Боткина, гдѣ и состоитъ по сіе время.

