

С.П.Боткин

О расширеніи легких<sup>1)</sup>

Источник: Клиническія лекціи профессора С.П.Боткина, читанныя въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1883–88 годах<sup>2)</sup>  
(сост. М.В.Яновскимъ). С.-Петербургъ: Типографія А. Пороховщикова; 1899 г.

S.P.Botkin

## About enlargement of the lungs

Вы видите передъ собой больного, пришедшаго на нашъ амбулаторный пріемъ съ жалобами на одышку и кашель. При разспросе оказывается, что одышка беспокоить его главнымъ образомъ при ходьбе, напримѣръ, когда онъ поднимается на гору или на лестницу, и сопровождается очень часто сердцебіеніемъ, а иногда и кашлемъ. Въ покойномъ состояніи одышка, кажется, не бываетъ. Кашель сильный и беспокоить его какъ днемъ, такъ и ночью, случается и при движеніи, и въ покое одинаково. При кашле отдѣляется мокрота, въ порядочномъ количествѣ, приблизительно около чайной чашки въ сутки, желтоватаго или бѣлаго цвета, не пахучая; иногда отдѣляется ея сразу довольно много. По утрамъ отдѣленіе мокроты труднѣе, а днемъ легче; примеси крови никогда въ ней не замечалъ. Потѣтъ иногда по ночамъ, во время сильныхъ приступовъ кашля, а сопровождаются-ли такіе приступы одышкой – верно сказать не можетъ, хотя скорее говорить утвердительно. Ощущеній зноба или жара не бываетъ. Кашель и одышка продолжаются уже года три.

Больной крестьянин занимался землепашествомъ и прежде этихъ трехъ лѣтъ хорошо работалъ, что теперь почти невозможно. Что началось прежде – кашель или одышка – этого ясно не помнить. Лѣтъ десять тому назадъ онъ свалился съ лошади и тѣлегой ушибло ему спину, которая послѣ этого болела недели четыре и затѣмъ прошла; наверно помнить, что кашля и одышки после этого не было. Никакихъ тяжелыхъ болезней не помнить, и какъ кашель, такъ и одышка развились повидимому постепенно, не предшествуясь какой-либо острой формой. Аппетитъ довольно плохой, испражненія на низъ правильны, иногда страдаетъ головными болями, сонъ нехорошъ, главнымъ образомъ тому мѣшаетъ кашель, мочеиспусканіе нормально. Вина пьетъ очень немного, не болѣе рюмки предъ обѣдомъ, и то не всегда. Лѣтомъ припадки его улучшаются, по зимамъ же бываетъ хуже. Живетъ въ деревнѣ, гдѣ мѣсто сухое, не болотистое и недѣли двѣ тому назадъ пріѣхалъ въ Петербургъ, гдѣ никакого улучшения не замѣчаетъ. Родителей своихъ помнить, они были вообще здоровы и умерли въ преклонныхъ годахъ. Братъевъ и сестеръ у него нѣтъ. Женатъ и имѣетъ 6 человекъ дѣтей, которыя всѣ здоровы. Въ послѣдніе годы похудѣлъ и силъ стало меньше, хотя болѣзнь его все время идетъ довольно ровно, безъ особенныхъ ухудшеній и улучшеній, только лѣтомъ, какъ сказано, всегда бываетъ лучше.

Вы видите человека стараго, 63 лѣтъ отъ роду, относительно хорошо сохранившагося, хотя очевидно похудѣвшаго, ибо кожа легко собирается въ складки и была прежде растянута. Скелетъ и мышечная система развиты довольно хорошо, подкожнаго жиру немного. Грудная клѣтка спереди немного несимметрична, правая ключица выдается нисколько побольше кпереди, чѣмъ лѣвая, и при ощупывании представляется болѣе толстой и на одномъ мѣстѣ замѣчается утолщеніе, такъ что повидимому мы имѣемъ дѣло со старымъ переломомъ ключицы, совершившимся, вѣроятно, очень давно, еще въ молодости. Грудная клѣтка спереди умѣренно возвышена, дыханіе довольно учащенное и при вздохахъ, особенно нѣкоторыхъ, образуется какъ будто вдавленіе *sub scrobiculo cordis*. Интеркостальный промежутокъ при покойномъ вздохѣ въ нижнихъ частяхъ грудной клѣтки втягивается, а брюшныя мышцы, опять-таки при покойномъ дыханіи, сокращаются при выдохѣ, слѣдовательно выдохъ совершается не пассивно, какъ это обыкновенно бываетъ, а активно. При усиленныхъ вздохахъ правая сторона расширяется нѣсколько меньше лѣвой, какъ сзади, такъ и спереди.

Осматривая грудную клѣтку спереди, съ цѣлью опредѣлить мѣсто сердечнаго толчка, мы не находимъ на нормальномъ мѣстѣ никакого ритмическаго движенія, а при ощупываніи находимъ только на ограниченномъ мѣстѣ между 6 и 7 ребромъ, слегка влѣво отъ соска, какое-то неясное ощущеніе, отвѣчающее по характеру сердечному толчку, но едва замѣтное. Идя же дальше вправо, мы ощущаемъ въ подложечной области довольно ясный толчекъ, во всякомъ случаѣ болѣе рѣзкій, чѣмъ на нормальномъ мѣстѣ. Ритмъ стр. сердечныхъ сокращеній (считаемыхъ по пульсу сонной артеріи) чаще нормальнаго, именно 24 въ  $\frac{1}{4}$  минуты, причемъ на 24 удара пульсовая волна два раза отсутствовала, и мы должны были, слѣдовательно, получить не 24, а 26 ударовъ въ четверть минуты, а ощупывая область сердца внимательно, вы усматриваете, что не каждое сердечное сокращеніе равносильно. Ощупывая лучевыя артеріи, вы находите ихъ ясно прощупываемыми внѣ пульсовой волны, довольно твердыми, а правая даже извилиста. Волна въ нихъ средней величины, иногда

<sup>1)</sup> Лекціи, читанныя втеченіе осенняго семестра 1885 года.

<sup>2)</sup> Статья печатается с сохранением оригинальной орфографии.

такъ-же проскакиваетъ, какъ и въ *carotis*, давленіе довольно порядочное, потому что я употребляю довольно большую силу, чтобы уничтожить пульсовую волну. Плечевыя артеріи имѣютъ стѣнки немного и равномерно утолщенные и слегка извилисты. Височная артерія правая извилиста, хотя не особенно рѣзко, лѣвая же не замѣтна. Разницы въ пульсѣ правой и лѣвой половины тѣла нѣтъ, но нельзя не указать на то, что на лѣвой сторонѣ вообще артеріи представляются болѣе узкими, со стѣнками менѣе измѣненными, чѣмъ на правой. Очевидно, что сосуды на обѣихъ сторонахъ тѣла принимаютъ неодинаковое участіе въ этомъ процессѣ измѣненія артеріальныхъ стѣнокъ, которое мы называемъ артеріосклерозомъ; такое неодинаковое участіе сосудовъ обѣихъ сторонъ тѣла въ развитіи этого процесса вы не разъ еще встрѣтите. При перкуссии грудной клѣтки спереди нахожу надъ правой ключицей незначительное уменьшеніе звучности, замѣтное тоже на самой ключицѣ и надъ ней и болѣе выраженное у акроміального конца. Перкутируя по парастернальной лѣвой линіи, вы не встрѣчаете на обычномъ мѣстѣ сердечнаго притупленія, да вообще не встрѣчаете яснаго притупленія тона вплоть до нижняго края 5-го ребра, гдѣ замѣчается притупленіе, книзу сливающееся съ тупостью печени, а влѣво не доходящее немного до сосковой линіи. Поперечный размеръ сердечной тупости неопредѣлимъ. Нижняя граница праваго легкаго находится на 7-мъ ребрѣ по сосковой и на 8-мъ по подмышечной линіи, селезеночное притупленіе тона начинается на нижнемъ краѣ 9-го ребра. Нижняя граница печени перкуторно выходитъ изъ-за края ложныхъ реберъ по сосковой линіи пальца на 2, а по аксиллярной на  $1\frac{1}{2}$ , а нижняя граница селезенки оканчивается краемъ ложныхъ реберъ. Изслѣдуя животъ пальпаціей, въ стоячемъ положеніи, я нахожу его умѣренно напряженнымъ, не прощупывая ни печени, ни селезенки такъ-же, какъ и не могу получить ощущенія флюктуаціи. Спина больного представляется немного сутуловатой, надъ и на лѣвой лопаткѣ нахожу незначительное уменьшеніе звучности и пожалуй то же самое встрѣчаю и подъ правой лопаткой немного снаружи отъ позвоночника, около котораго ясный легочный тонъ.

Выслушивая сердце между 6 и 7 ребромъ немного влѣво отъ соска, я нахожу тоны его слабыми, глухими, но чистыми, безъ шумовъ и акцентовъ; по мѣрѣ передвиженія стетоскопа вправо къ средней линіи тѣла тоны становятся болѣе сильными и достигаютъ наибольшей интенсивности *sub scrobiculo cordis*, принимая здѣсь слегка металлическій оттѣнокъ, но оставаясь совершенно чистыми, безъ шумовъ. Передвигая стетоскопъ вверхъ по лѣвой парастернальной линіи, нахожу, что тоны здѣсь опять слабѣютъ, но шумовъ нѣтъ; на мѣстѣ же выслушивания аорты, у края грудины подъ 2-мъ ребромъ, слышу только одинъ 2-ой тонъ, перваго же ясно не различаю. Этотъ 2-ой тонъ самъ по себѣ слышенъ также слабо, но относительно другихъ тоновъ онъ несомнѣнно акцентуированъ. Въ сонныхъ артеріяхъ 2 ясныхъ тона, съ легкимъ металлическимъ оттѣнкомъ, особенно на 2-мъ тонѣ, безъ шумовъ.

Выслушивая дыханіе, нахожу, что надъ правой ключицей везикулярный вдохъ укороченъ и вмѣстѣ съ тѣмъ выдохъ длиннѣе, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. На правой же сторонѣ, начиная съ 4-го ребра, слышу хрипы влажные, среднепузырчатые и болѣе мелкіе субкрепитирующие вплоть до низу. Сзади надъ правой лопаткой укороченный вдохъ и немного удлиненный выдохъ едва замѣтны, а далѣе книзу, приблизительно съ угла лопатки, начинаютъ опять появляться влажные хрипы средней величины, хотя въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ впереди. Общее впечатлѣніе слуховое такое же, какъ и зрительное, т.-е., что правая сторона несомнѣнно расширяется меньше лѣвой и въ ней много хриповъ, затемняющихъ, конечно, везикулярное дыханіе. Перкутируя на нижней границѣ легкихъ справа и заставляя больного дышать, я несомнѣнно убѣждаюсь, что съ правой стороны діафрагма при глубокихъ вдохахъ присасывается, ибо граница яснаго легочнаго тона при этомъ не только не понижается, а повышается приблизительно на палецъ или болѣе; на лѣвой сторонѣ этого нѣтъ, и діафрагма работаетъ правильно, т.-е. сокращается при вдохѣ, относясь къ нему, слѣдовательно, активно. Затѣмъ надо еще прибавить, что при откашливаніи больного я слышу запахъ, весьма характерный для разлагающагося задержаннаго продукта въ бронхіальныхъ расширеніяхъ; запахъ, весьма рѣзкій при кашлѣ, при обыкновенномъ вдохѣ не замѣтенъ; очевидно, что показаніе больного относительно отсутствія запаха въ его мокротѣ — невѣрно.

Языкъ больного умѣренно обложенъ бѣловатымъ налетомъ, губы слегка синеваты, небольшая иктеричность склеръ, зѣвъ ничего особеннаго не представляетъ. При лежачемъ положеніи больного на спинѣ — перкуторныя отношенія измѣняются не рѣзко; пожалуй, то притупленіе тона, которое мы нашли въ области сердца на 5 ребрѣ, стало еще менѣе замѣтно, тоны сердца сдѣлались еще болѣе глухими, хриповъ слышно меньше, чѣмъ въ стоячемъ положеніи, а діафрагма, по крайней мѣрѣ въ настоящую минуту, въ лежачемъ положеніи относится къ акту вдоха уже не пассивно, а активно.

Отека ногъ нѣтъ и никогда не было.

При изслѣдованіи мочи въ ней были найдены небольшіе слѣды бѣлка. Мокрота не могла быть изслѣдована.

Резюмируемъ же теперь все, что мы нашли при объективномъ изслѣдованіи.

Несомнѣнно прежде всего то, что границы легкихъ расширены, увеличены какъ съ лѣвой, такъ и въ особенности съ правой стороны. Этимъ объясняется исчезновеніе тупого тона сердца, которое, слѣдовательно, прикрыто; этимъ же объясняется и пониженіе верхней границы тупости печени и селезенки. Итакъ, легкія растянуты. Вы знаете, что я могу вызвать такое расширеніе легкихъ у каждаго человѣка искусственно, если заставить его вдохнуть глубоко, и задержать этотъ вдохъ. Но всякій человѣкъ не можетъ долго держать свою грудную клѣтку въ такомъ положеніи, а спускаетъ ее опять на обычное состояніе, такъ сказать, полувдоха — полувыводоха. Ну, а у этого субъекта, какъ видите, такое растянутое состояніе легкихъ держится болѣе постоянно: онъ

все время держать свою грудную клѣтку какъ бы въ положеніи глубокаго вдоха. Вотъ это-то состояніе мы съ полнымъ основаніемъ называемъ расширеніемъ легкихъ и находимъ его зависящимъ отъ различныхъ причинъ, вообще затрудняющихъ обмѣнъ газовъ въ легкихъ. Такъ, мы наблюдаемъ его нерѣдко въ продолженіи нѣсколькихъ дней, недѣль или болѣе тогда, когда при затрудненномъ уже газообмѣнѣ отъ какой-либо причины, ну, напримѣръ, вслѣдствіе болѣзни сердца или сосудовъ, присоединяется еще новое затрудненіе въ силу, положимъ, бронхита. Вы имѣете, напримѣръ, сердечнаго больного, у котораго и безъ того кровообращеніе въ маломъ кругу измѣнено; онъ получаетъ острый бронхитъ и на вашихъ глазахъ развивается такое состояніе расширенія легкихъ, а пройдетъ это новое препятствіе и черезъ 2 или 3 недѣли вашъ больной представитъ вамъ мало-по-малу опять нормальный перкуторныя границы легкихъ.

Вотъ это *временное* состояніе расширенія легкихъ, являющееся какъ-бы уравнивающимъ, компенсаторнымъ условіемъ при различныхъ затрудненіяхъ газообмѣна, это состояніе, которое можетъ затягиваться на нѣсколько недѣль и затѣмъ исчезаетъ, — мы должны строго отличать клинически отъ другихъ случаевъ, гдѣ оно назадъ идти не можетъ, да никогда и не идетъ, гдѣ расширеніе это хотя и выражается тѣми же признаками, т.-е. увеличеніемъ границъ легочнаго звука при перкуссіи, смѣщеніемъ сердца, печени и селезенки, но составляетъ явленіе *постоянное*, обусловленное уже грубыми анатомическими измѣненіями легочной ткани и извѣстное подъ именемъ везикулярной эмфиземы, представляющей результатъ уменьшенія эластичности легочной ткани, вслѣдствіе атрофіи самыхъ эластическихъ элементовъ. При этой атрофіи могутъ исчезать цѣлыя участки альвеолярныхъ перегородокъ, такъ что изъ цѣлой массы легочныхъ пузырьковъ образуется одинъ, замѣтный нерѣдко даже простому, невооруженному глазу. Необходимо замѣтить далѣе, что простое временное расширеніе легочной ткани, уподобляющееся глубокому вдоху, развивается-ли оно, напримѣръ, въ силу усиленнаго тонуса вдыхательныхъ мышцъ или отъ другихъ причинъ — все равно — конечно, можетъ, при извѣстномъ состояніи своего развитія, въ свою очередь затруднять газообмѣнъ, ибо грудная клѣтка спадается не полно, воздухъ не достаточно вентилируется въ мелкихъ бронхахъ и легочныхъ пузырькахъ, обмѣнъ газовъ становится менѣе быстрымъ, и у васъ появляется цѣлый рядъ обычныхъ уравнивающихъ условій со стороны, напримѣръ, брюшныхъ мышцъ, сокращающихся при каждомъ выдохѣ и выдавливающихъ, такъ сказать, газы изъ этихъ мало вентилирующихся дыхательныхъ путей.

Кромѣ этихъ двухъ состояній расширенія легкихъ, одного временнаго, развивающагося компенсаторно, и другого постояннаго, представляющаго результатъ опредѣленныхъ анатомическихъ измѣненій структуры легкаго, вы должны отмѣчать клинически еще простое состояніе расширенія, также дающаго вамъ тѣ же самые клиническіе симптомы, т.-е. пониженіе границы тупого тона печени, прикрытіе сердца, одышку и т. д., но которое будетъ являться не въ силу компенсаціи при различныхъ затрудненіяхъ обмѣна газовъ и не вслѣдствіе анатомическихъ измѣненій легочной ткани, какъ при везикулярной эмфиземѣ, а просто по причинѣ низкаго стоянія діафрагмы. Такимъ образомъ мы должны отличать клинически три причины для расширенія легкихъ: 1) везикулярная эмфизема, 2) временное компенсаторное расширеніе, 3) низкое стояніе діафрагмы.

Вы можете сейчасъ же возразить мнѣ, что во всѣхъ этихъ случаяхъ діафрагма стоитъ низко. Да, но въ послѣднемъ случаѣ это низкое стояніе діафрагмы развивается, какъ самостоятельное *первичное* явленіе, и знать это необходимо, ибо оно встрѣчается весьма нерѣдко и можетъ вести васъ къ цѣлому ряду грубыхъ клиническихъ ошибокъ. Въ особенности это необходимо знать вамъ, какъ будущимъ военнымъ врачамъ, ибо не зная этого, вы будете говорить объ освобожденіи отъ службы подобнаго субъекта, какъ эмфизематика, вы будете, на основаніи этихъ узкихъ объективныхъ симптомовъ, признавать эмфизему тамъ, гдѣ ея нѣтъ, а есть только одинъ изъ ея симптомовъ, именно пониженіе легочной границы, причина котораго заключается просто въ низкомъ стояніи діафрагмы. Это явленіе наблюдается весьма часто у военныхъ и, главнымъ образомъ, у кавалеристовъ, въ особенности у тѣхъ, которымъ пришлось сѣсть на лошадь въ относительно раннемъ возрастѣ, когда костная система не вполне еще развилась, не вполне возмужала. При постоянной верховой ѣздѣ, когда такой субъектъ трясется на своемъ конѣ вообще болѣе, чѣмъ можетъ выдерживать его организмъ, когда ему приходится ѣздить часто и съ наполненнымъ пищей желудкомъ и иногда съ увеличенными, болѣе тяжелыми, отъ той или другой причины, печенью и селезенкой, когда, наконецъ, онъ, можетъ быть, обладаетъ и недостаточнымъ тонусомъ, недостаточнымъ противодѣйствіемъ со стороны брюшныхъ мышцъ, сокращающихся вяло и слабо, — такой субъектъ сплошь и рядомъ, отправляясь, напримѣръ, на войну съ нормальными легочными границами и проведя тамъ на лошади большую часть своего времени, представитъ вамъ, не смотря на то, что никогда не подвергался бронхиту, несомнѣнное измѣненіе объема легкихъ и формы груди вслѣдствіе низкаго стоянія діафрагмы, развившагося, по моему мнѣнію, несомнѣнно отъ подобныхъ механическихъ условій. Это наблюденіе я сдѣлалъ на большомъ числѣ кавалеристовъ и убѣдился, повторяю, что это состояніе опущенія діафрагмы встрѣчается у нихъ весьма часто и нерѣдко въ весьма развитой степени. Это хорошо знакомо старымъ врачамъ и вело не разъ къ насмѣшкамъ и глумленію надъ точными способами изслѣдованія, какъ перкуссія и аускультация, на основаніи которыхъ молодые врачи при недостаточномъ анализѣ больного субъекта дѣлали діагностику эмфиземы тамъ, гдѣ ея вовсе не было. Поэтому каждый разъ, когда вы встрѣтитесь съ расширеніемъ легкихъ, вы должны вспомнить, что это обусловливается не одной только эмфиземой, какъ говорили нѣсколько лѣтъ тому назадъ, когда не знали ни временнаго расширенія легочной ткани, ни низкаго стоянія діафрагмы.

Вы спросите теперь: какие же отличительные признаки этих трех видов расширения легочной ткани?

Я должен признаться, что со временем вам, конечно, будет возможно и сразу отличать эти состояния, но должен предупредить, что по одним только объективным данным отличить этого нельзя. Конечно, вы не будете теперь в затруднении, если больной укажет вам на свою профессию, да прибавит, что он не страдает никакими дыхательными расстройствами, и поставите диагноз низкого стояния диафрагмы; в других случаях, надо будет взять во внимание всю картину болезни; в третьих — вам придется с течением болезни убедиться, есть ли это состояние только временное, в форме приступа, или нет, и оставить, следовательно, вопрос открытым до тех пор, пока минует бронхит, или вообще этот приступ затруднения дыхания, от какой бы причины он ни зависел.

Конечно, иногда и опытному врачу трудно бывает сделать правильный диагноз, и мне приходилось даже в клинике, при точном и длительном наблюдении за больными, ошибаться, устанавливая диагностику эмфиземы там, где было только временное расширение легкого, в чем я впоследствии несомненно убеждался. Недостаточное знание этого последнего состояния и неумение его диагностировать и повело между прочим к тому, что говорили об *излечимости* везикулярной эмфиземы, при помощи, например, Вальденбурговского аппарата, а это такой абсурд, как если бы вы мне сказали, что у кого-либо вырос отрезанный палец. Вы поймете теперь хорошо, что излечить эмфизему, как результат анатомического расстройства, восстановить эту атрофию легочной ткани — мы не можем, как не можем одинаково лечить и то первичное низкое стояние диафрагмы, которое развивается под влиянием профессии. Выяснив вам немного этот вопрос о различного рода расширениях легочной ткани, мы должны вернуться к нашему больному и спросить, с чем имеем дело у него.

Вы видите человека, хворающего уже 3 года, притом постоянно, хотя летом его состояние немного и улучшается. Болезнь его повидимому все нарастает, кашель его не оставляет, отделение мокроты постоянное и она несомненно вонючая, одышка делается все сильнее, так что последнее время он не может и работать. Думать, что это понижение легочной границы составляет явление временное, как это бывает в других случаях, — было бы сомнительно. Мы, очевидно, имеем дело с хроническим процессом, локализующимся в бронхах преимущественно правой стороны, которая и дышит у него вообще слабее, на которой мы имеем очевидные остатки бывшего перелома ключицы, а весьма вероятно и бывшего плеврита: диафрагма работает с этой стороны слабо и часто относится к акту вдоха пассивно, да есть и уменьшение звучности тона под правой лопаткой в языкообразной форме, весьма характерной для остатков бывшего плевритического процесса. Едва ли я сделал большую ошибку, сказав, что здесь был плеврит, под влиянием которого и бронхит — то на этой стороне мог распространиться на более мелкие бронхи, вследствие уменьшенной вентиляции. Усматривая же все это у субъекта, у которого развивается вся форма к 63 году жизни, когда эластическая ткань легкого сама по себе получает склонность атрофироваться и когда небольшой причины для затруднения дыхания бывает достаточно, чтобы легочная ткань, раз расширенная, так и оставалась в этом состоянии, когда, следовательно, эмфизема развивается легко, — я могу позволить себе сделать предположение, что в данном случае расширение легких не временное, а эмфизематозное, вследствие атрофии легочной ткани. А предположив это, я могу легко объяснить и другие симптомы, потому что раз есть эмфизема, то она, изменяя кровообращение и влияя на слизистую оболочку бронхов, поддерживает и хронический катархит, который, в свою очередь, дурно влияет на эмфизему, и нет причины, чтобы в тех условиях, в каких больной находится, состояние его улучшилось.

Мало-по-малу у таких субъектов, особенно, если дело пошло с плевры, может развиваться и интерстициальное воспаление легочной ткани, располагающее в свою очередь бронхи к расширению и образованию бронхоэктазий. Такое расширение бронхов, следующее за продолжительным бронхитом, в силу интерстициального процесса — составляет весьма частое явление при везикулярной эмфиземе и представляет обычную причину отхаркивания вонючей, характерного запаха, мокроты в значительном иногда количестве.

Эмфизема, постоянный хронический катархит бронхов, к тому же мелких, конечно и ведут за собой расстройство в малом круге кровообращения, производят затруднение в обмене газов, дают одышку, увеличивающуюся каждый раз, как только больной будет развивать в себе условия, при которых образуется большое количество угольной кислоты, и требовать усиленной доставки кислорода, чего нельзя достигнуть без усиления вентиляции легочной ткани. Понятно, что усиленная работа, как, например, перенесение тяжестей или ходьба, в особенности в гору или по лестнице, будет тотчас усиливать его одышку. Но кроме этого уменьшения дыхательной поверхности, производимого эмфиземой, опуханием слизистой оболочки бронхов и усиленной ее секрецией, мы нашли также и изменения со стороны сердца, относительно которых должны поставить себе вопрос, представляют ли они только последствие его эмфиземы, или, напротив, имеют также и самостоятельную причину?

Вы помните, что сердце оказалось здесь несомненно смещенным и притом так, как оно всегда смещается при расширении легких, именно *sub scrobiculo cordis*. Но, судя по состоянию артерий больного, по характеру пульса, по его, наконец, преклонному возрасту, нельзя не сделать предположения о существовании у него также и артеросклероза, а как последствие этого мы должны сделать и другое предположение — о последовательном изменении сердца, в форме гипертрофии левого желудка, а может быть и начавшегося

уже измѣненія самой мышцы сердца, именно, ея перерожденія. Если это такъ, то несомнѣнно, что одышка вслѣдствіе уменьшенія дыхательной поверхности будетъ увеличиваться еще и состояніемъ его сердца, желудочки котораго работаютъ не вполнѣ достаточно, особенно въ тотъ моментъ, когда усиленное окисленіе въ тѣлѣ требуетъ и большей работы сердца. Такимъ образомъ дѣлается вполнѣ понятной его одышка, сильно увеличивающаяся при движенияхъ и сопровождающаяся одновременно ошущеніемъ сердцебиенія, такъ часто развивающагося именно при страданіяхъ лѣваго желудочка.

Итакъ, мы имѣемъ дѣло съ эмфиземой, хроническимъ бронхитомъ и вѣроятно бронхіэктазіями въ правой легочной верхушкѣ (судя по замѣчающемуся притупленію тона, выдоху и укороченному вдоху надъ правой ключицей), развившимися вслѣдъ за интерстиціальнымъ процессомъ, пошедшимъ съ плевры, старымъ правостороннимъ плевритомъ, наконецъ, измѣненіями сердца, послѣдовавшими, во 1) за страданіемъ периферическихъ сосудовъ (на лѣвомъ желудочкѣ) и во 2) за измѣненіями легочныхъ сосудовъ въ силу эмфиземы (на правомъ желудочкѣ).

Теперь спрашивается, можемъ-ли мы закончить этимъ разборъ нашего случая? Нѣтъ, ибо въ его болѣзни есть нѣкоторые моменты, недостаточно полно объясняемые съ точки зрѣнія нашего діагноза. Вы помните, что больной, человѣкъ неинтеллигентный и невнимательно слѣдящій за своимъ состояніемъ, не могъ хорошо выяснитъ намъ субъективную картину своей болѣзни, не могъ ясно указать на характеръ своего затрудненія дыханія. А въ то же время вы имѣете дѣло съ человѣкомъ преклоннаго возраста съ ясно выраженнымъ артеріосклерозомъ и измѣненіями сердца, да къ тому же получившимъ 10 лѣтъ назадъ сильный ушибъ спины, и я долженъ указать на то, что въ подобныхъ случаяхъ, вполнѣ, т.-е. или съ дальнѣйшимъ теченіемъ болѣзни, или иногда только *post mortem*, можете получить явленіе до извѣстной степени неожиданное, въ формѣ аневризмы аорты, которая, въ свою очередь, если допустить ея существованіе, могла бы намъ многое объяснить. Въ этомъ случаѣ какъ субкрепитирующіе хрипы, держашіеся на правой сторонѣ, такъ и вообще преобладаніе всѣхъ явленій на этой же сторонѣ можетъ имѣть свое объясненіе въ сдавленіи праваго бронха аневризмой. А если вы помните, что, бесѣдуя съ вами объ аневризмахъ аорты, мы указали на то, что онѣ могутъ долгое время протекать скрытно, не давая никакихъ объективныхъ и даже субъективныхъ признаковъ, то поймете, что у субъектовъ, подобныхъ нашему больному, съ измѣненіями сосудовъ и сердца — мы никоимъ образомъ не можемъ отрицать возможности существованія также и аневризмы аорты.

Кромѣ того, вы можете спросить насъ о причинахъ появленія у него бѣлка въ мочѣ. Ну, здѣсь, конечно, мы должны сказать, что по одному изслѣдованію нельзя сдѣлать правильнаго заключенія и мы можемъ только, такъ сказать, намѣтить эти причины. Вы знаете, что хроническій бронхитъ, особенно съ больнымъ и гнилостнымъ отдѣленіемъ и съ задержкой этихъ продуктовъ въ бронхіэктазіяхъ, ведетъ нерѣдко къ послѣдовательному страданію почекъ, захватывающему преимущественно паренхиму, и вызываетъ иногда даже амилоидное перерожденіе. Конечно, разъ подобное измѣненіе почекъ существуетъ, то у васъ скоро появятся болѣе рѣзкія признаки страданія почечной ткани въ видѣ отековъ, соотвѣтственнаго измѣненія мочи и т. д., которые рѣдко дадутъ вамъ возможность сомнѣваться. Помните только то, что, видя подобную мочу одинъ разъ и не имѣя еще возможности рѣшить, есть-ли это альбуминурія ренальная или, можетъ быть, просто везикальная, вы, конечно, можете говорить о такомъ предположеніи только, какъ о возможномъ. Во всякомъ случаѣ, если бы альбуминурія оказалась здѣсь явленіемъ постояннымъ, то предположеніе это было-бы болѣе вѣроятнымъ, чѣмъ думать, что бѣлокъ есть здѣсь послѣдствіе почечнаго стаза и нарушенія равновѣсія кровообращенія, другихъ и притомъ обыкновенно болѣе раннихъ признаковъ котораго здѣсь нѣтъ.

Что касается до показаній къ лѣченію, которымъ вы въ подобныхъ случаяхъ можете сдѣлать весьма много въ смыслѣ улучшенія состоянія больного, то вашей задачей должно быть: прежде всего повліять на его бронхитъ, помогая выведенію этихъ гнилостныхъ массъ, мѣшающихъ поступленію воздуха, затѣмъ уменьшить приступы кашля, сохраняя ему этимъ силу дыхательныхъ мышцъ, и, наконецъ, подѣйствовать на сердце, регулируя его работу, — все это въ высшей степени важно. Конечно, самое лучшее въ подобныхъ случаяхъ, если только возможно, перемѣнить климатъ на болѣе теплый, гдѣ больной можетъ долго оставаться на чистомъ воздухѣ, что вмѣстѣ съ улучшеніемъ гигіены его помѣщенія и улучшеніемъ общаго питанія будетъ хорошо вліять на бронхитъ и гораздо рѣже вызывать обострѣнія. У нашего больного, гдѣ это невозможно, мы конечно должны употреблять терапевтическія средства прежде всего изъ ряда отхаркивающихъ; и я предложилъ бы *radix senegae* въ формѣ настоя изъ ℥j на ℥ vi воды, къ которому прибавилъ бы средство, успокаивающее его приступы кашля, но въ то-же время не мѣшающее дѣятельности бронхіальнаго мышѣчнаго аппарата, не задерживающаго еще болѣе выдѣленія мокроты. Прекрасный препаратъ для этой цѣли представляетъ *tinctura opii benzoica*, которая и употребляется мной обыкновенно въ небольшихъ количествахъ вмѣстѣ съ *inf. senegae*.

Въ эту же микстуру я прибавилъ бы какое-либо изъ сердечныхъ средствъ, какъ *digitalis*, *adonis* или, лучше всего, *convallaria majalis*, составляя микстуру хотя-бы въ такой формѣ:

*Inf. rad. seneg. ex ℥j—℥ vi*

*Adde:*

*Tr. opii benzoic. ℥β*

*Tr. convall. maj. ℥j*

4—6 разъ въ сутки по столовой ложкѣ.

Не слѣдуетъ пренебрегать въ подобныхъ случаяхъ и массажемъ грудной клѣтки, который для простаго человѣка заменяется растираніемъ какой-либо мазью и притомъ бальзамической, самое дешевое и удобное для приготовленія самимъ больнымъ — изъ *oI. terebinthinae* (одну часть на 2 части масла), которое онъ такимъ образомъ отчасти бы и вдыхалъ. Такимъ путемъ вы навѣрное достигнете извѣстнаго улучшения и сдѣлаете вашему больному пользу, особенно если наше предположеніе о бленоройномъ бронхитѣ подтвердится.

Наконецъ, мы не можемъ не упомянуть и о пользѣ въ такихъ случаяхъ препаратовъ дегтя, которые будутъ пригодны въ данномъ случаѣ, въ особенности тогда, когда кровообращеніе будетъ совершаться лучше и задышаться онъ будетъ меньше, а явленія бронхита останутся. Изъ этихъ препаратовъ для бѣднаго человѣка удобнѣе всего, конечно, будетъ дегтярная вода, которую онъ готовить можетъ самъ, взбалтывая деготь съ водой, или пилюли, содержания 2—3 капли чистаго *pix liquida* въ каждой.

УДК 616.24-002