

**K voprosu o vliianii antipyretica (antipirina, antifebrina, tallina) na techenie sakharnago diabeta : dissertatsiia na stepen' doktora meditsiny / Mikhaila Volkova ; tsenzorami, po porucheniiu Konferentsii, byli professora S.P. Botkin, A.A. Lesh i privat-dotsent N.P. Vasil'ev.**

### **Contributors**

Volkov, M. M. 1861-1913.  
Maxwell, Theodore, 1847-1914  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

S.-Peterburg : Tip. M.M. Stasiulevich, 1888.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/j9ecczvq>

### **Provider**

Royal College of Surgeons

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

Изъ клинической лабораторіи проф. С. П. Боткина.

Volkoff (M.) Antipyrin, antifebrin and thallin in diabetes  
(Abstr. L. 89, i. 347) [in Russian], 8vo. 1888

№ 85.

539 8

# КЪ ВОПРОСУ О ВЛІЯНІИ АНТИПΥРЕТІСА

(АНТИПИРИНА, АНТИФЕВРИНА, ТАЛЛИНА)

## НА ТЕЧЕНІЕ САХАРНАГО ДІАБЕТА.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

МИХАИЛА ВОЛКОВА,

ОРДИНАТОРА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ



No. 85.—Dr. Volkoff: Antipyrin, Antifebrin, and Thallin, in the Treatment of Diabetes. Four cases, with elaborate tables and beautifully-printed charts, are given. No very definite results were arrived at, but Dr. Volkoff, who was Professor Botkin's *ordinator* or *chef de clinique*, thinks that the antipyretics will be found to have some value, like that of salicylate of soda, in certain classes of cases of diabetes, the differentiation of which requires to be worked out.

ессора:

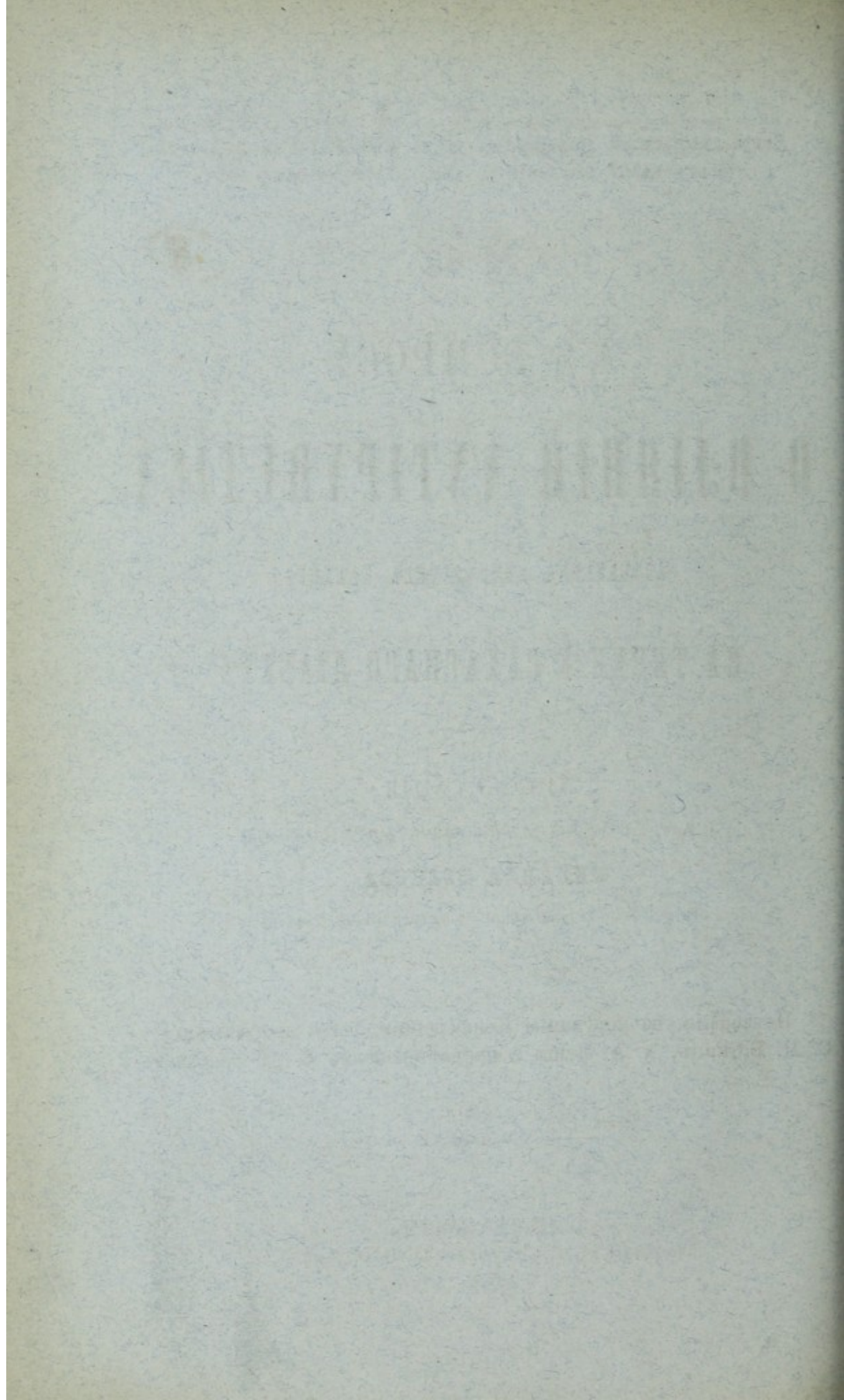
Васильевъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

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

1888.





Изъ клинической лабораторіи проф. С. П. Боткина.

Серія диссертаций, защищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-  
Медицинской Академіи за 1887—1888 учебный годъ.

№ 85.

# КЪ ВОПРОСУ О ВЛІЯНІИ ANTIPIRETICA

(АНТИПИРИНА, АНТИФЕБРИНА, ТАЛЛИНА)

## НА ТЕЧЕНІЕ САХАРНАГО ДІАВЕТА.

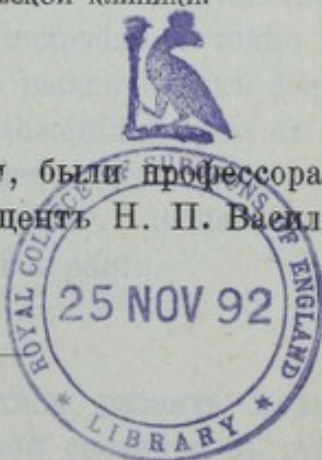
ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

МИХАИЛА ВОЛКОВА,

ОРДИНАТОРА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ.

Цензорами, по порученію Конференціи, были профессора:  
С. П. Боткинъ, А. А. Лешъ и приватъ-доцентъ Н. П. Васильевъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

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



Докторскую диссертацию лекаря Михаила Волкова, подъ загла-  
віемъ «Къ вопросу о вліяніи antipyretica (антипирина, антифебри-  
на, таллина) на теченіе сахарнаго діабета», печатать разрѣшается  
съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Кон-  
ференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экзем-  
пляровъ ея. С.-Петербургъ, Апрѣля 30 дня 1888 года.

Ученый Секретарь *В. Пашутинъ.*





По предложенію глубокоуважаемаго профессора С. П. Боткина, я занялся вопросом о вліянні antipyretica (главнымъ образомъ антипирина, антифебрина, таллина) на теченіе сахарнаго діабета. Настоящая работа представляетъ только часть данной мнѣ темы, заключающейся не только въ клиническомъ примѣненіи этихъ средствъ, но и въ экспериментальномъ ихъ испытаніи (на различныхъ формахъ гликозуріи). Оставляя за собою дальнѣйшую разработку этого вопроса, я представляю первую, клиническую, часть работы.

Идея примѣненія жаропонижающихъ при діабетѣ опирается на слѣдующія основныя соображенія:

а) на установленное уже клиническими и экспериментальными изслѣдованіями вліяніе ихъ на нервную систему, которая въ этиологіи діабета занимаетъ безспорно выдающуюся роль;

б) на существующій уже клинической опытъ относительно нѣкоторыхъ изъ нихъ—главнымъ образомъ салициловаго натра.

Такъ какъ въ числѣ жаропонижающихъ есть вещества, фізіологическое дѣйствіе которыхъ очень подробно и точно изслѣдовано, то испытаніе ихъ при столь мало выясненныхъ формахъ, какъ діабетъ, пріобрѣтаетъ интересъ приложенія метода *ex juvantibus*: позволительно надѣяться, что, можетъ быть, удастся сколько нибудь содѣйствовать уясненію загадочнаго процесса, пробуя подчинить его вліянню хорошо изученной терапіи.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи постараемся развить подробнѣе эти основныя соображенія: 1) роль нервной системы въ этиологіи діабета; 2) значеніе antipyretica, какъ *nervina*; 3) въ видѣ примѣра аналогичной терапіи, остановимся нѣсколько на значеніи салициловаго натра при діабетѣ.



## ВВЕДЕНИЕ.

### I.

Значеніе нервной системы въ этиологii диабета.—Возможность классификаціи формъ диабета съ точки зрѣнія нервной этиологii.—Лѣченіе диабета нервными средствами.—Объясненіе противорѣчивыхъ результатовъ терапii.

То, что сдѣлано до сихъ поръ по вопросу о диабетѣ, представляетъ богатый матеріалъ, отдѣльныя части котораго прекрасно разработаны, но для завершенія котораго въ одно стройное ученіе еще многое остается. Въ настоящее время ученіе о диабетѣ все еще обременено множествомъ разнорѣчивыхъ гипотезъ и, соответственно имъ, множествомъ противорѣчащихъ другъ другу терапевтическихъ приѣмовъ.

Въ числѣ наиболѣе изслѣдованныхъ отдѣловъ этого ученія видное мѣсто занимаетъ вопросъ о зависимости происхожденія диабета отъ страданія нервной системы. Я постараюсь сдѣлать краткій очеркъ состоянія этого вопроса, дающаго руководящую идею настоящей работѣ.

Вопросъ основывается на формахъ гликозурии, производимыхъ экспериментально нарушеніемъ цѣлости различныхъ отдѣловъ нервной системы. Можно различать центральныя и периферическія формы экспериментальной гликозурии. Центральнаго происхожденія гликозурия наблюдается при уколѣ опредѣленнаго мѣста дна IV желудочка (Cl. Bernard), при поврежденіяхъ thalami optici, ножекъ большаго мозга, Варолиева моста (Schiff), задней доли vermis cerebelli (Eckhardt). Какъ, на примѣръ гликозурии при периферическомъ поврежденіи нервной системы можно указать на гликозурию при перерѣзкѣ и раздраженіи центрального конца vagi, центрального конца depressoris <sup>1)</sup>, перерѣзкѣ или раздраженіи ischiadici <sup>2)</sup>.

Вполнѣ согласно съ экспериментальными, и клиническія наблюденія доказываютъ возможность существованія диабета какъ центрального, такъ и периферическаго происхожденія.

Во-первыхъ, неоднократно наблюдались случаи диабета, связанные съ *органическими* измѣненіями въ центральной нервной

<sup>1)</sup> Külz u. Eckhardt. Arch. f. Phys. XXIV, 97.—Laffont. Recherches expériment. sur la glycosurie, considérée dans ses rapports avec le système nerveux. Journ. de l'anat. et physiol. 1880, стр. 396.

<sup>2)</sup> Schiff; Froning. Versuche z. Diab. m. bei Ischias. Diss. Gött. 1880.—Laffont, l. c., стр. 393.



системъ: со склерозомъ medullae oblongatae, гипереміей, кровоизліяніями и атрофическими измѣненіями дна IV желудочка, гипереміей его plexus choroidei, съ новообразованіями и апоплексіями мозга (Ollivier) <sup>1)</sup>, при мозговомъ сифилисѣ <sup>2)</sup>. Обширный сводъ подобныхъ патолого-анатомическихъ данныхъ можно найти во всѣхъ лучшихъ трактатахъ о діабетѣ, особенно въ монографіи Frerichs'a (über d. Diabetes. Berl. 1884).

Сюда же относятся, можетъ быть, многіе случаи діабета при травмахъ головы (Buch <sup>3)</sup>, Cartellieri <sup>4)</sup>).

Наблюдались, далѣе, случаи діабета, связанные съ двумя патологическими процессами центральной нервной системы:—съ множественнымъ склерозомъ и tabes dorsalis.

Такъ Wechselbaum <sup>5)</sup> описалъ случай sclerosis multiplex, осложнившася діабетомъ, гдѣ при вскрытіи оказались склерозированныя бляшки на ala cinerea и у начала n. acustici. Случаи склероза со всѣми діабетическими симптомами (безъ вскрытія) приводятъ также Richardière <sup>6)</sup>, и Blanche Edwards <sup>7)</sup>.

Соединеніе tabes dorsalis съ діабетомъ наблюдали Reumont <sup>8)</sup> на сифилитической почвѣ, Weil <sup>9)</sup>, Oppenheim <sup>10)</sup> (въ связи съ явленіями, на основаніи которыхъ онъ предполагаетъ развитіе процесса у мѣста начала n. vagi), Fischer <sup>11)</sup>. Литература этого вопроса обстоятельно приведена у Hösslin'a <sup>12)</sup>.

Еще чаще наблюдалось появленіе діабета при такихъ страданіяхъ центральной нервной системы, гдѣ не удавалось находить въ послѣдней никакихъ органическихъ измѣненій. Этотъ діабетъ *функционально-нервнаго происхожденія* наблюдался при сотрясеніи мозга, въ связи съ психическими аффектами, умственнымъ напряженіемъ, душевными болѣзнями; сюда относятся многіе случаи діабета у лицъ съ нервною наслѣдственностью, при различ-

<sup>1)</sup> Gaz. hebdomad. 1874.

<sup>2)</sup> Scheinmann, Deutsche Med. Wochenschr. 1884, № 40 и 41.

<sup>3)</sup> Traumat. Diabetes. Jahrb. d. Ges. f. Natur- u. Heilkunde. 1883, 47.

<sup>4)</sup> Wien. Med. Zeit. 1886, стр. 51 (случай сильного ушиба головы объ острый край камня).

<sup>5)</sup> Wien. med. Wochenschr. № 32, 1881.

<sup>6)</sup> Revue de méd. 1886, 622.

<sup>7)</sup> Ibid. 703.

<sup>8)</sup> Berl. Klin. Woch. 1886, № 13.

<sup>9)</sup> Ibid.

<sup>10)</sup> Ibid. 1885, № 49.

<sup>11)</sup> Ctbl. f. Nervenkrankh. 1886, 18.

<sup>12)</sup> Spinalleiden und Diabetes. Münch. med. Woch. 1886, стр. 893.



ныхъ неврозахъ—хореѣ, эпилепсiи <sup>1)</sup>, Частота такихъ комбинацій даетъ право предположить въ нихъ связь, а не случайное совпаденіе.

Не подлежитъ сомнѣнію и возможность происхожденія діабета при страданіи *периферической нервной системы*. Сюда относятся извѣстные случаи діабета при ischias <sup>2)</sup>, послѣ пораженія trigemini (такъ Frerichs <sup>3)</sup>) объясняетъ одинъ случай діабета послѣ экстирпаціи глаза); при заболѣваніяхъ vagi (tumor; случай Henrat <sup>4)</sup>, приведенный у Senator'a).

Seltmann <sup>5)</sup> описываетъ случай ischias вслѣдствіе прижатія п. ischiadici саркомой, сопровождавшійся сначала временнымъ, а затѣмъ постояннымъ діабетомъ.

Подобные случаи, весьма вѣроятно, имѣютъ рефлекторное происхожденіе.

Наблюдался діабетъ при страданіи половыхъ органовъ: Loeb <sup>6)</sup> описыв. появленіе его при хроническомъ метритѣ, при фиброидахъ матки, Duncan <sup>7)</sup> у беременныхъ. Эти совпаденія могли быть случайными, но этого нельзя сказать про случай Imlach'a <sup>8)</sup>, гдѣ діабетъ исчезъ послѣ удаленія pyosalpinx'a.—Lecorché <sup>9)</sup> устанавливаетъ связь діабета съ наступленіемъ менструальнаго и климактерическаго періодовъ; послѣднее подтверждаетъ и Lawson Tait <sup>10)</sup>.

Loeb <sup>11)</sup> и Gull <sup>12)</sup> наблюдали совпаденія діабета съ приступами желчныхъ коликъ.

Описаны случаи діабета при страданіи п. sympathici (Duncan; ссылка у Senator'a, случай Poniklo <sup>13)</sup>)—интерстиціальныи процессъ въ узлахъ sympathici; раненія его—Mossdorf <sup>14)</sup>; страданіе plex. coeliaci—Любимовъ <sup>15)</sup>.

Возможно происхожденіе діабета и вслѣдствіе страданія органовъ,

<sup>1)</sup> Литер. у Cyr. Etologie et pronostic de la glycosurie. 1879, 79 и Auerbach. Deut. Arch. f. kl. Med. 1887, 488.

<sup>2)</sup> Külz. Braun, Eulenburg. Schm.-Jahrb. 1883.

<sup>3)</sup> L. c. 187.

<sup>4)</sup> Цимсень, Частн. патол. и тер. XIII, ч. 2, стр. 126.

<sup>5)</sup> Üb. die Wechselbeziehungen zwischen Ischias u. Diabetes mell. Diss. Erlang. 1884.

<sup>6)</sup> Berl. kl. Woch. 1881, 31.

<sup>7)</sup> Trans. of the obstetr. soc. of Lond. XXIV, стр. 251, 1883. По реф.

<sup>8)</sup> Br. Med. Journ. 1885, 61.

<sup>9)</sup> Arch. de gynécologie. 1885, 257.

<sup>10)</sup> Practitioner. XXXVI, 86, 401.

<sup>11)</sup> Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1879, 344. Случай окончился смертію въ 6 дней; секціи не было.

<sup>12)</sup> Schm. Jahrb. 1883, статья Blau.

<sup>13)</sup> Lancet. 1878, I, 9.

<sup>14)</sup> Buch. Traum. Diab. Jahrb. d. Ges. f. Natur- u. Heilkunde. 1883, 47.

<sup>15)</sup> Virch. Arch. LXI, 145.



служащихъ источникомъ сахара, или при страданіи находящагося въ нихъ периферическаго нервнаго аппарата. Такъ объясняется, вѣроятно, гликозурия по введеніи сахара въ желудокъ животнымъ съ перевязанными желчными протоками (работа Головина <sup>1)</sup>) и др) и соответствующіе ей клиническіе случаи при различныхъ страданіяхъ печени (напр., см. работу Roger, Contribution à l'étude des glycosuries d'origine hépatique <sup>2)</sup>).

Но какіе органы служатъ источниками сахара въ тѣлѣ, и какъ относится къ ихъ функціи нервная система—это далеко еще не установлено, и здѣсь заключается самая темная часть ученія о діабетѣ.

Приведенными отношеніями, конечно, нельзя ограничивать этиологіи діабета; возможно существованіе другихъ его причинъ, менѣе намъ извѣстныхъ. Но трудно согласиться съ Auerbach'омъ <sup>3)</sup>, который въ своей недавно появившейся работѣ отрицаетъ значеніе нервной системы въ этиологіи діабета, основываясь на томъ, что въ большинствѣ случаевъ этой болѣзни нельзя опредѣлить ясной этиологіи.

Взглядъ на діабетъ, какъ на болѣзнь нервнаго происхожденія, имѣлъ результатомъ многочисленныя попытки примѣненія къ лѣченію его различныхъ средствъ, какъ признанныхъ специально за *pergina*, такъ и другихъ, отъ которыхъ все-таки ждали того или другого вліянія на нервную систему. Такимъ образомъ, были назначаемы опій, морфій, кодеинъ, бромистый калий, белладонна и т. п. Dehenne <sup>4)</sup>, Brown-Séguard, Ruysen <sup>5)</sup> примѣняли эрготинъ въ надеждѣ уменьшить гиперемію центральной нервной системы; мышьякъ назначался, между прочимъ, по аналогіи съ хорошимъ дѣйствіемъ его при другихъ нервныхъ болѣзняхъ <sup>6)</sup> и мн. др.

Мы не будемъ приводить обширной литературы терапіи діабета и ограничимся лишь общими выводами: при лѣченіи діабета *pergina* наблюдались и случаи значительнаго успѣха, и вполне отрицательные результаты—противорѣчія, которыя могли бы внушить убѣжденіе въ ненадежности какой бы то ни было терапіи при діабетѣ.

Какъ объяснить эти противорѣчія? Намъ кажется, что, помимо неизлѣчимости многихъ случаевъ діабета, причина разногласія

<sup>1)</sup> Арх. Клиники С. П. Боткина, т. III.

<sup>2)</sup> Revue de méd. 1886, 935.

<sup>3)</sup> Das Verhältniss d. Diab. mell. zu Affectionen des Nervensyst. Deut. Arch. f. Klin. Med. 1887, 484.

<sup>4)</sup> Note sur l'emploi des injections sous cutanées de l'ergotinine. Union méd. 1886, № 45.

<sup>5)</sup> Thèse de Paris. De l'ergotinine dans le diabète sucré. 1884.

<sup>6)</sup> Л. Поповъ. Сравн. изученіе дѣйствія нѣк. лѣкарств. средствъ при сахарномъ мочеизнур. Арх. кл. С. П. Боткина, т. IV, стр. 409.



результатовъ терапіи заключається и въ разнообразіи его формъ. Принявъ во вниманіе етіологію діабета, становиться понятнымъ различное отношеніе терапіи къ разнымъ его формамъ. Большая разница для терапіи, будетъ ли случай діабета съ органическими или функціональными измѣненіями; будетъ ли основное страданіе въ центральномъ или периферическомъ аппаратѣ, или, наконецъ, и въ какомъ-либо органѣ, служащемъ источникомъ сахара. Какъ довольно хорошую иллюстрацію этого взгляда, можно привести поучительный случай Mitchell Bruce'a (Practitioner 1887, xxxviii, 20). Въ одномъ случаѣ діабета Bruce давалъ морфіи внутрь; черезъ нѣкоторое время сахаръ исчезъ совершенно. Терапія была прекращена; когда сахаръ появился вновь и въ еще большихъ количествахъ, возобновили лѣченіе морфіемъ, новъвидѣподкожныхъ впрыскиваній; сахаръ уменьшился, но медленно и не очень значительно. По прекращеніи терапіи, сахаръ возстановился въ прежнихъ количествахъ; вновь возвратились къ приему морфія внутрь, въ нѣсколько большихъ чѣмъ прежде дозахъ, и сахаръ исчезъ изъ мочи. Изъ этого Bruce дѣлаетъ заключеніе, что мѣстомъ заболѣванія въ данномъ случаѣ была печень, а не центральная нервная система.

Изъ сдѣланнаго бѣглаго обзора можно вывести слѣдующія заключенія:

- 1) Участіе нервной системы въ етіологіи діабета не подлежитъ сомнѣнію <sup>1)</sup>).
- 2) Клиническіе признаки, дающіе картину діабета, могутъ сопровождать весьма разнообразныя разстройства нервной системы.
- 3) Польза *pervina* при діабетѣ установлена опытомъ.
- 4) Противорѣчія въ результатахъ терапіи діабета, вѣроятно, зависятъ отъ разнообразія его формъ.

## II.

*Antipyretica* какъ *pervina*. — Общія свѣдѣнія о примѣнявшихся нами *antipyretica*. — Экспериментальныя и клиническія доказательства вліянія ихъ на нервную систему.

Вещества, принадлежація къ такъ называемой группѣ жаропонижающихъ, представляютъ большую химическую близость. Это произ-

<sup>1)</sup> Считаемо необходимымъ оговориться по поводу того, что въ отдѣлѣ объ етіологіи мы рассматривали вмѣстѣ и случаи такъ называемой чистой гликозурии, и случаи діабета. Нѣкоторые авторы, какъ Frerichs, тщательно раздѣляютъ эти 2 формы. Намъ кажется, что клинически діабетъ представляетъ не двѣ, а большее количество формъ, отдѣльная етіологія которыхъ неизвѣстна. Поэтому, говоря объ етіологіи діабета, мы должны соединять въ одно цѣлое всѣ формы, характеризующіяся главнымъ признакомъ—выдѣленіемъ сахара мочью.

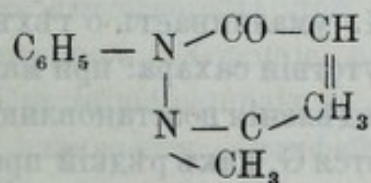


водныя ароматическія, хотя и различныхъ классовъ: алкоголи, кислоты, ангидриды, азотистыя производныя. Ихъ можно раздѣлить на два большіе отдѣла, различающіеся по химическому строенію, но близкіе по свойствамъ — на производныя бензола и на производныя нафталина. Изъ послѣднихъ примѣняются главнымъ образомъ азотистыя, представителемъ которыхъ является хиолинъ.

Изучаемыя нами соединенія взяты изъ обоихъ отдѣловъ. Къ первому относятся антифебринъ, фенацетинъ, изъ ранѣе примѣненныхъ—фенолъ и салициловая кислота. Ко второму—таллинъ и антипиринъ, а изъ ранѣе испробованныхъ—хининъ.

Наиболѣе изслѣдованы изъ всѣхъ этихъ веществъ антипиринъ и антифебринъ. Несмотря на то, что антипиринъ существуетъ всего около 4 лѣтъ, по своей разработанности и по обширности примѣненія, онъ занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ въ фармакологіи.

Антипиринъ или диметилноксихинизинъ  $C_{11}H_{12}N_2O$ , имѣетъ строеніе



открытъ Кногг'омъ въ 1884, введенъ въ употребленіе Filehne какъ жаропонижающее и имѣетъ въ этомъ отношеніи обширную литературу. Съ тѣхъ поръ, какъ по аналогіи съ *patr. salicylicum* онъ былъ примѣненъ съ большимъ успѣхомъ при сочленовномъ ревматизмѣ; по той же аналогіи начинается и его употребленіе какъ *nervinum*.

Впервые проф. Хомяковъ и Львовъ <sup>1)</sup>, а затѣмъ Ungar <sup>2)</sup> испробовали его съ большимъ успѣхомъ при лѣченіи мигреней. Такіе же результаты получили White, <sup>3)</sup> Mendel <sup>4)</sup>, Robinson <sup>5)</sup> и другіе авторы (см. напр., у Seiffert'a) <sup>6)</sup>.

Съ этихъ поръ начинается употребленіе его и при другихъ нервныхъ заболѣваніяхъ, главнымъ образомъ, какъ «средство противъ боли». Martius <sup>7)</sup>, Mendel <sup>8)</sup>, Germain Sée <sup>9)</sup>, Eulenburg <sup>10)</sup>,

<sup>1)</sup> Врачъ, 1885, стр. 867.

<sup>2)</sup> Centbl. f. klin. Med. 1886, 777.

<sup>3)</sup> Antipyrin in headache. N. Y. Med. Rec. 1886, реф. по Practitioner, 18, 86.

<sup>4)</sup> Ther. Monatshefte. 1887, 259.

<sup>5)</sup> Med. Record. 1887, May. По реф.

<sup>6)</sup> Seiffert, Ctbl. f. kl. Med. 1887, № 35.

<sup>7)</sup> Münch. med. Woch. 1887, № 2.

<sup>8)</sup> l. c.

<sup>9)</sup> Bull. de l'acad. de méd. 1887, № 35.

<sup>10)</sup> Wien. med. Presse, 1887.



Suckling <sup>1)</sup> примѣняютъ его при ланцинирующихъ боляхъ табетиковъ. Germain Sée, въ позднѣйшей работѣ, расширяетъ его примѣненіе, назначая его при подагрѣ, въ приступахъ болевой стенокардіи. Наконецъ, тотъ же авторъ <sup>2)</sup> сталъ употреблять антипиринъ въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ вмѣсто морфія при всевозможныхъ невралгіяхъ, подагрѣ, желчныхъ и почечныхъ коликахъ, приступахъ астмы и стенокардіи и высказываетъ убѣжденіе въ полной возможности замѣны морфія антипириномъ. Попытка Sée была съ успѣхомъ повторена S. Fraenkel'емъ <sup>3)</sup>.

Наблюденія Sée и другихъ были подтверждены многими авторами и въ настоящее время употребленіе антипирина какъ *nervinum* имѣетъ обширное распространеніе.

Скажу нѣсколько словъ объ интересномъ наблюденіи Guttman'a <sup>4)</sup>. Въ одномъ случаѣ онъ наблюдалъ при антипиринѣ неблагоприятное побочное дѣйствіе (сердцебіенія, ощущеніе жара, рвота), причемъ въ мочѣ нашелъ слѣды бѣлка и около 0,5% сахара. Къ сожалѣнію, G. умалчиваетъ о тѣхъ реакціяхъ, которыми онъ убѣдился въ присутствіи сахара: при малыхъ его количествахъ недостаточно одного опредѣленія возстановляющей способности мочи.

Случай разсматривается G. какъ рѣдкій примѣръ идіосинкразіи <sup>5)</sup>.

Экспериментальныя наблюденія надъ антипириномъ сдѣланы Sée <sup>6)</sup>, который убѣдился въ томъ, что антипиринъ понижаетъ рефлексъ, вызываетъ уменьшеніе чувствительности, мѣстную и общую аналгезію. Chouppre <sup>7)</sup> наблюдалъ, что у животныхъ, получившихъ предварительно антипиринъ, токсическія дозы стрихнина не вызывали судорожныхъ явленій.

Но самое точное изслѣдованіе фізіологическаго дѣйствія антипирина принадлежитъ д-ру И. Г. Завадовскому <sup>8)</sup>; онъ доказалъ своею работою, что и жаропонижающее дѣйствіе антипирина обусловлено его вліяніемъ на центральную нервную систему, на аппаратъ, завѣдующій регуляціей тепла. Подъ вліяніемъ антипирина на этотъ центральный аппаратъ, не только увеличивается отдача тепла, но и уменьшается его продукція въ тѣлѣ (слѣдовательно, напряженность метаморфоза, что извѣстно и клинически).

<sup>1)</sup> Br. Med. Journ. 1887, іюнь.

<sup>2)</sup> Ct. rend. hebd. des séances de l'acad. des sc. CV, 21887, по реф.

<sup>3)</sup> Deut. Med. Woch. 1887, № 41895.

<sup>4)</sup> Ther. Monatshefte 1887, 214.

<sup>5)</sup> Литература антипирина при діабетѣ будетъ приведена ниже (стр. 15).

<sup>6)</sup> Antipyrine contre la douleur. France méd. 1887, I, 573.

<sup>7)</sup> Rev. gén. de clin. et therap. 1887, 20.

<sup>8)</sup> О вліяніи антипирина на животный организмъ. Дисс. 1887.



Такимъ образомъ, антипиринъ есть вещество, вліяющее на метаморфозъ чрезъ посредство центральной нервной системы,— обстоятельство, интересное для можетъ имѣть терапіи діабета, гдѣ мы можемъ имѣть дѣло съ измѣненіемъ метаморфоза подѣ вліяніемъ страданія центральной нервной системы.

Почти все то, что сказано объ антипиринѣ, приходится повторить и относительно антифебрина.

*Антифебринъ* или *ацетанилидъ* есть анилинъ, замѣщенный ацетиломъ— $C_6H_5NH-CH_3-CO$ . Открытъ онъ Cahn и Нерр'омъ въ 1886 и ими же введенъ въ практику какъ жаропонижающее; тѣмъ же путемъ развилось и примѣненіе его какъ *nervinum*. Уже въ 1886 г. онъ примѣняется съ успѣхомъ при лицевыхъ невралгіяхъ (Kreiger) <sup>1)</sup>. Далѣе Weinstein <sup>2)</sup>, Sippel <sup>3)</sup>, Weil <sup>4)</sup> наблюдали его успокаивающее вліяніе на нервную систему; Fischer <sup>5)</sup> и Demieville <sup>6)</sup> видѣли отъ него успѣхъ при боляхъ табетиковъ.

W. Faust <sup>7)</sup> считаетъ антифебринъ при мигреняхъ даже болѣе полезнымъ, чѣмъ антипиринъ. Хорошіе результаты видѣли отъ него, какъ *sedativum*, Dujardin-Beaumetz <sup>8)</sup>, Secretan, Lépine и др.

Въ одномъ случаѣ отравленія антифебриномъ Doll <sup>9)</sup> наблюдалъ глубокое угнетеніе нервной системы и состояніе, напоминавшее гипнозъ.

Наиболѣе полное экспериментальное изслѣдованіе относительно антифебрина принадлежитъ д-ру Подановскому <sup>10)</sup>. Результаты его аналогичны съ результатами И. Г. Завадовскаго: антифебринъ понижаетъ раздражимость нервной системы, понижаетъ температуру, вліяя на специфическіе центры головного мозга и увеличивая отдачу тепла вмѣстѣ съ уменьшеніемъ его выработки.

Тетрагидропарахинанизоль или *таллинъ* открытъ Skraup'омъ и примѣненъ въ первый разъ какъ жаропонижающее Jaksch'емъ. Наболѣе употребительны соли этого основанія—*th. tartaricum* и *sulfuricum*; мы пользовались послѣднею.

<sup>1)</sup> Ctbl. f. Klin. med. 1886. № 44.

<sup>2)</sup> Wien. med. Blätt. № 9 и слѣд.

<sup>3)</sup> Münch. med. Wchnsch. 1887, № 12.

<sup>4)</sup> Bull. gén. de thér. 1887 февр.

<sup>5)</sup> Münch. med. Woch. 1887, № 23.

<sup>6)</sup> Rev. med. de la suisse norm. 1887, іюнь, по реф.

<sup>7)</sup> Deutsche Med. Woch. 1887, № 26575.

<sup>8)</sup> Progrès méd. 1887, № 2.

<sup>9)</sup> Deut. Med. Ztg. 1887, 72.

<sup>10)</sup> Къ фармакологіи антифебрина. Дисс. 1888.



Литература таллина, какъ жаропонижающаго, довольно велика; по мнѣнію большинства авторовъ, онъ уступаетъ антипирину; дѣйствіе его, хотя и быстро наступающее, мало продолжительно и нерѣдко сопровождается неблагопріятными побочными явленіями.

Таллинъ понижаетъ обмѣнъ, но, по Карсту <sup>1)</sup>, можетъ быть, задерживаетъ продукты окисленія.

Подобно антипирину, таллинъ былъ испробованъ и какъ *anti-rheumaticum*, но съ меньшимъ успѣхомъ (Johnson <sup>2)</sup>).

Незначительный успѣхъ таллина какъ жаропонижающаго и *antirheumaticum*, вѣроятно, былъ причиною того, что какъ *nervinum* онъ почти не примѣнялся. Pisenti <sup>3)</sup> изучалъ дѣйствіе таллина на лягушкахъ и наблюдалъ уничтоженіе произвольныхъ движеній, исчезаніе рефлекса *corneae*. У собакъ онъ видѣлъ малопостоянное дѣйствіе.

Тѣмъ не менѣе, въ виду значительной химической близости антипирина и таллина, можно предполагать аналогію и въ физиологическомъ дѣйствіи послѣдняго. Какъ аналогъ антипирина, таллинъ былъ испробованъ нами при діабетѣ.

Фенацетинъ испробованъ нами въ концѣ наблюденія, въ теченіи непродолжительнаго времени и на двухъ случаяхъ.

Фенацетинъ или пара-ацетфенетидинъ, замѣщенный ацетиломъ, этиловый эфиръ (пара) амидофенола, имѣетъ составъ  $C_6H_4 < \begin{smallmatrix} O.C_2H_5 \\ NH.CO-CH_3 \end{smallmatrix}$ ; описанъ впервые Hinsberg'омъ и Kast'омъ <sup>4)</sup> какъ жаропонижающее. Особенно рекомендуетъ его въ послѣднемъ отношеніи Kobler <sup>5)</sup>; очень интересно наблюденіе послѣдняго, что моча нѣкоторыхъ больныхъ послѣ фенацетина энергично восстанавливаетъ жидкость Fehling'a; онъ не рѣшается, однако, приписать это присутствію сахара.

Heusner <sup>6)</sup> примѣнилъ фенацетинъ какъ *nervinum*. Онъ видѣлъ отъ него хорошій эффектъ при невралгіяхъ, при повышенной возбудимости центральной нервной системы. Въ этихъ случаяхъ онъ дѣйствовалъ лучше антипирина и антифебрина и не оставлялъ никакихъ неблагопріятныхъ послѣдствій.

Вліяніе фенацетина на организмъ подробно еще не изслѣдовано.

<sup>1)</sup> Врачъ, 1886, № 2.

<sup>2)</sup> The Lancet. 1886, 386.

<sup>3)</sup> Sur l'action physiolog. de la thalline. Arch. ital. de biol. VII, I, стр. 134 (по реф.)

<sup>4)</sup> Centbl. f. med. Wiss. 1887, № 9.

<sup>5)</sup> Wien. med. Woch. 1887, № 26, реф. по Мед. Об. 1887. № 19

<sup>6)</sup> Ther. Monatsh. Мартъ, 1888.



На основаніи того, что доказано для антипирина и антифебрина, и предполагая аналогичное объяснение для действия менее исследованных средств, можно сделать следующие выводы:

Antipyretica суть средства по преимуществу нервныя; действие ихъ объясняется главнымъ образомъ влияніемъ ихъ на центральную нервную систему. Понижая ея возбудимость, они являются прекрасными болеутоляющими средствами; действуя на центры, управляющие продукціей тепла и, следовательно, напряженностью обмена, а также и на регуляцію отдачи тепла,—они оказываютъ влияние на температуру.

### III.

Краткія свѣдѣнія о влияніи на теченіе диабета *natri salicylici*. — Литература антипирина при диабетѣ.

Второе обстоятельство, наводящее на мысль о примѣненіи antipyretica при диабетѣ, есть аналогія со средствомъ изъ той же группы, уже испытаннымъ въ терапіи диабета,—съ салициловымъ натромъ.

Впервые салициловая кислота испробована при диабетѣ Ebstein'омъ <sup>1)</sup>, искавшимъ въ ней, какъ и въ фенолѣ, действия съ точки зрѣнія ферментативной теоріи, которую онъ продолжаетъ развивать до сихъ поръ (*Die Zuckerharnruhr, ihre Theorie u. Praxis*. Wiesb. 1887). Большія дозы *ac. salicylici* (5—10, 0 p. die), испытанныя послѣ предварительно установленной діеты, дали Е. хорошіе результаты. Въ одномъ случаѣ сахаръ исчезъ изъ мочи (на какое время,—неизвѣстно).

Удачная попытка Ebstein'a вызвала появленіе цѣлаго ряда наблюденій, относительно которыхъ мы сдѣлаемъ краткія замѣчанія.

Müller Warneck <sup>2)</sup> далъ 2 нечисто поставленныхъ (по отношенію къ діетѣ) наблюденія съ такими эффектами салициловаго натра, которые скорѣе можно назвать токсическими.

Ryba и Plumert <sup>3)</sup> наблюдали различные результаты на случаяхъ, которые они классифицируютъ лишь въ смыслѣ давности процесса (чѣмъ свѣжѣе случай, тѣмъ успѣшнѣе терапія).

Fürbringer <sup>4)</sup> высказывается въ пользу салициловаго натра,

<sup>1)</sup> Berl. klin. Woch. 1876, № 24.

<sup>2)</sup> Berl. klin. Woch. 1877, № 3. Цитир. по дисс. Peters'a.

<sup>3)</sup> Prag. med. Woch. 1879. Цит. по Peters'y.

<sup>4)</sup> Deut Arch. f. kl. Med. XXI, v—vi. По Peters'y.



но результаты его противорѣчивы. Критерій Fürbringer'a, отноше-  
ніе сахара къ азоту мочи, врядъ ли можно принять, вслѣдствіе  
отсутствія между ними постоянного отношенія при діабетѣ.

Разнорѣчивы и результаты Schaetzke (у Peters'a); случаи его  
не разобраны этиологически, не указанъ діетическій режимъ.

Peters <sup>1)</sup> въ своей работѣ приводитъ еще одинъ случай, по-  
видимому, малярійнаго происхожденія, хорошо уступавшій сали-  
циловому натру. Онъ старается объяснить дѣйствіе *patri salicylici*  
вліяніемъ его на центральную нервную систему.

Dornblüth <sup>2)</sup> хвалитъ дѣйствіе салиц. натра и еще болѣе—са-  
лицина; дѣйствіе салициловой кислоты, противодіабетическое и жаро-  
понижающее, также объясняетъ вліяніемъ на центральную нервную  
систему.

Saundby <sup>3)</sup> различаетъ діабетъ по возрасту, считая діабетъ стар-  
шаго возраста (за 45 л.) излѣчимымъ. Салициловый натръ, какъ  
щелочь, считаетъ полезнымъ, но отрицаетъ его специфическое вліяніе.

Willemin <sup>4)</sup>, приводя разнорѣчивыя литературныя данныя отно-  
сительно *patri salicylici*, предполагаетъ, что причина разнаго  
успѣха заключается въ разнообразіи формъ діабета; считая успѣхъ  
*patri salicylici* временнымъ, онъ рекомендуетъ осторожность при  
его употребленіи.

Evetzky <sup>5)</sup> видѣлъ успѣхъ отъ салициловаго натра и совѣтуетъ  
доводить его до токсическихъ (!) дозъ, а затѣмъ постепенно  
уменьшать приемы.

Проф. Latham <sup>6)</sup> (On some points in the pathology of rheumatism,  
gout and diabetes) объясняетъ удачныя результаты салициловаго  
натра своею химическою теоріей связи нѣкоторыхъ случаевъ діа-  
бета съ ревматизмомъ (разстройство функціи мышцъ); онъ считаетъ  
*natr. salic.*, какъ *antirheumaticum*, крайне полезнымъ въ ревмати-  
ческихъ случаяхъ діабета. Однако, та теорія, на которой основы-  
вается Latham, — теорія мышечнаго происхожденія діабета, оста-  
ется еще недоказанной.

Слѣдуя теоріи Latham'a, Sinclair Holden <sup>7)</sup> (The salicylic tre-  
atment of glycosuria) также наблюдалъ успѣхъ отъ салициловаго натра

<sup>1)</sup> Uber Natron salicyl. beim. D. m. Diss. Kiel. 1880.

<sup>2)</sup> Z. Praxis u. Theorie d. D. m. Diss. Rostock. 1884.

<sup>3)</sup> The treatment of d. m. Practitioner 1886, 401.

<sup>4)</sup> De l'acide phénique et de l'ac. salicylique dans le traitement du diabète  
Gaz. méd. de Strasb. 1877, 25.

<sup>5)</sup> New York Med. Journ. 1879.

<sup>6)</sup> British Med. Journal. 1886, I 629, 736.

<sup>7)</sup> Br. M. Journ. 1886, I, 816.



въ случаяхъ съ ревматическими явленіями, однако видѣлъ больше эффекта по отношенію къ полиуріи, чѣмъ къ гликозуриі.

Различные результаты, но чаще успѣхъ отъ салициловаго натра видѣли Carlick <sup>1)</sup>, Buzzard <sup>2)</sup>, Cruppi <sup>3)</sup>; Kamen <sup>4)</sup>, наоборотъ, имѣлъ результаты очень неудачные, даже отравленіе.

Въ общемъ, и относительно салициловаго натра можно сказать то же, что о *pervina*. Несомнѣнны случаи его успѣшнаго дѣйствія, но бываютъ и неудачные случаи. Мы встрѣчаемъ здѣсь и попытки разобраться въ причинахъ этого разногласія (Willemín, Latham), хотя нѣкоторые изъ объясненій (Latham) носятъ крайне гипотетическій характеръ.

За послѣднее время мы находимъ и случаи примѣненія *антипирина для терапіи діабета*. Первое указаніе принадлежит Gönner'у <sup>5)</sup>. Къ сожалѣнію, намъ не удалось достать оригинальной статьи его, и мы приводимъ это наблюденіе по реферату. Случай G. относится къ 60-лѣтнему старику, уже лѣчившемуся другими средствами, при помощи которыхъ сахаръ съ 6<sup>0</sup>/о упалъ до 2,9<sup>0</sup>/о. Антипиринъ былъ назначенъ по 3,0 p. die—и въ 3 дня сахаръ представлялъ уже неясно опредѣлимые слѣды, а черезъ 10 дней исчезъ совершенно.

Germain Sée <sup>6)</sup> описалъ два случая хорошаго дѣйствія антипирина на теченіе неврита у діабетиковъ, но не говоритъ ничего о вліяніи антипирина на теченіе основнаго процесса.

Слѣдующее указаніе встрѣчается въ *Semaine médicale*, 18 апрѣля 1888 г., въ отчетѣ о засѣданіи *Société de Thérapeutique*. Huchard сообщилъ о 3 случаяхъ діабета, съ успѣхомъ лѣченныхъ антипириномъ, но 2 изъ нихъ относятся къ *diab. insipidus*. Въ одномъ изъ нихъ количество мочи при дозахъ антипирина 2—6 граммъ въ сутки уменьшилось съ 18 постепенно до 5—3 литровъ.

3-й случай—*diabetes mellitus* съ весьма высокими цифрами сахара—до 800 grm. p. die (о діетѣ не говорится). Эффектъ терапіи наблюдался на 4-й день; сахаръ уменьшился вдвое, количество мочи также, мѣнѣе измѣнились цифры мочевины. По прекращеніи терапіи, прежнія цифры возобновились. Дозы были въ 6,0 p. die.

---

<sup>1)</sup> Diss. Üb. Diab. mell. Kiel. 1882.

<sup>2)</sup> Lancet 1882, I, 81.

<sup>3)</sup> Z. path. d. Diab. mell. Diss. Gött. 1879.

<sup>4)</sup> Prag. med. Woch. 1880, № 17, 18.

<sup>5)</sup> Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte, 1887, № 19. Реф. по Ther. Monatsh. 1887, 451.

<sup>6)</sup> Antipyr. contre la douleur. France méd. 1887, I, 573.



Н. наблюдалъ успѣхъ антипирина при morb. Basedowii (goître exophthalmique) и отсюда перешелъ къ мысли объ употребленіи его при діабетѣ.

При этомъ Dujardin-Beaumetz упомянулъ о своихъ 3 наблюденіяхъ, въ которыхъ антипиринъ принесъ большую пользу, уменьшивъ полиурію и количество сахара въ мочѣ.

## ГЛАВА I.

### Общая характеристика наблюденій.

#### I. ПРИЕМЫ НАБЛЮДЕНІЯ.

Диета больныхъ: пища, питье, движеніе.

Теперь перейдемъ къ изложенію того, какъ производилось наше наблюденіе.

При поступленіи въ клинику, больнымъ устанавливался опредѣленный режимъ, который по возможности строго поддерживался въ продолженіи всего наблюденія и вліяніе котораго на теченіе болѣзни опредѣлялось по прошествіи извѣстнаго срока (minimum недѣля, до установки постоянныхъ цифръ), — раньше чего не назначалась никакая терапия. Чтобы точно слѣдить за количествомъ пищи и вмѣстѣ съ тѣмъ за размѣрами аппетита больныхъ, вѣсъ съѣденнаго аккуратно опредѣлялся. Не желая обременять дальнѣйшаго изложенія цифрами, я не стану повсюду приводить эти вѣсовые количества, ограничиваясь средними цифрами и указаніями на сколько-нибудь значительныя ихъ измѣненія.

Пища по возможности назначалась безуглеводная, такъ какъ благоприятное вліяніе подобной пищи при діабетѣ является общепризнаннымъ фактомъ. Она состояла изъ мяснаго или куринаго бульона (безъ картофеля и тому подобныхъ приправъ), изъ жареной говядины или телятины въ формѣ бифштекса и котлетъ, приготовленныхъ безъ булки. Непремѣнно составною частью пищи были яйца, варенныя по желанію больныхъ въ крутую.

Въ послѣднее время наблюденія, по предложенію проф. И. Р. Тарханова, любезно присылавшаго необходимый матеріалъ, былъ испробованъ для питанія діабетиковъ описанный имъ искусственный прозрачный тата-бѣлокъ. Въ формѣ желе онъ очень хорошо переносился больными; вкусъ его можно было разнообразить прибавленіемъ сахарина, ванили, приготовленіемъ съ молокомъ. Это



желе настолько нравилось больнымъ, что они предлагали замѣнять имъ яйца и часть жаркого. Вообще его можно вполнѣ рекомендовать для питанія диабетиковъ, какъ кушанье, съ пользою обогащающее ихъ однообразный столъ.

Пища назначаема была въ количествѣ, удовлетворявшемъ потребности больныхъ. Такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ не могли совершенно обходиться безъ углеводной пищи, то имъ назначаемо было ежедневно по 100—110 grm. бѣлаго хлѣба. Въ таблицѣ 14 (2-е набл.) мы имѣемъ хорошій примѣръ того, какъ отражалось это назначеніе на количествѣ сахара въ мочѣ.

Всѣ больные, будучи убѣждены въ необходимости для нихъ назначаеваемой діеты, соблюдали ее весьма аккуратно, кромѣ одного, мальчика К—ва, который, несмотря на тщательный надзоръ, неоднократно былъ уличаемъ въ ея нарушеніи.

Изрѣдка больнымъ позволялось доставать изъ дома небольшія количества ветчины, сыра, творога и лакомствъ въ видѣ миндаля и орѣховъ.

Питье назначаемо было въ желаемомъ количествѣ и объемъ выпиваемой жидкости ежедневно опредѣлялся; больные приучались отмѣривать свое питье полными стаканами, заранѣе калиброванными. Питье состояло изъ слабаго чая или кофе, воды, къ которой прибавлялось немного лимоннаго сока, и молока.

Относительно назначенія молока диабетикамъ мы не встрѣчаемъ опредѣленныхъ, установившихся указаній въ литературѣ. Съ одной стороны, употребленіе молока отвергается въ виду содержанія въ немъ молочнаго сахара. Такимъ образомъ, напр., абсолютно запрещаетъ его Cantani (нѣм. перев. его книги *der Diabetes mellitus*, 1880, стр. 372), Ebstein, очень осторожно относится къ нему Frerichs (стр. 261). Въ одной изъ новѣйшихъ работъ по діетѣ диабетиковъ (Cless, *üb. die diätetische Behandl. d. D. m.*, Deutsche Med. Wochenschr. 1887 стр. 953) о запрещеніи молока говорится какъ о мѣрѣ, не допускающей никакихъ сомнѣній.

Съ другой стороны молочная діета была рекомендована для лѣченія діабета. Donkins предложилъ способъ лѣченія снятымъ молокомъ, находя, что диабетики хорошо усваиваютъ молочный сахаръ и казеинъ, но дурно (?) жиръ. Но лишь немногіе наблюдатели (Balfour <sup>1)</sup>, *on the treatment of diab. m. by milk*) видѣли успѣхъ отъ способа Donkins'a; другіе же отрицаютъ его пользу.

Külz, изучая вліяніе на діабетъ разныхъ видовъ сахара, испробовалъ и молочный. Онъ получалъ различные результаты, но находить возможными случаи не повышенія сахара въ мочѣ при

<sup>1)</sup> Edinb. med. Journ. 1870, XV, 708.

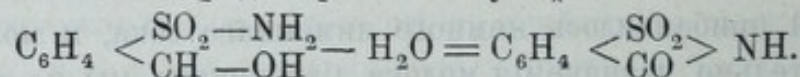


употребленіи молочнаго сахара (Beiträge z. Pathol. u. Lehre d. Diab. mell. ч. I, 157).

Въ виду наблюденій Kūlz'a, можно скорѣе согласиться съ мнѣніемъ Senator'a (Цимсень, част. патол. и тер., XIII, II, стр. 215), что нельзя безусловно воспрепятствовать употребленію молока. Его высокія питательныя достоинства могутъ перевѣсить невыгоды отъ введенія въ организмъ нѣкотораго количества сахара. Неоднократно въ теченіе нашихъ наблюденій мы рѣзко увеличивали количество молока, и большею частью не видѣли отъ этого значительнаго вліянія на количество сахара (см. табл. 9, 19, 23, 24; въ табл. 3, 17, 18—наблюдалось нѣкоторое его увеличеніе).

Сахаръ былъ совершенно исключенъ изъ пищи діабетиковъ и для замѣны его, какъ вещества вкусоваго, былъ употребляемъ сахаринъ, примѣненіе котораго съ этою цѣлью при діабетѣ теперь очень распространено и рекомендуется даже въ популярныхъ сочиненіяхъ.

Сахаринъ добытъ Fahlberg'омъ при обработкѣ каменноугольныхъ продуктовъ (изъ толуола  $C_6H_5CH_3$ ); его не слѣдуетъ смѣшивать съ другимъ веществомъ, состава  $C_6H_{10}O_5$ , ангидридомъ сахариновой кислоты, ранѣе получившимъ это названіе. Сахаринъ Fahlberg'a есть ангидридъ ортоаминосульфобензойной кислоты:



Замѣчательно, что соотвѣтственные мета и пара-производныя лишены сладкаго вкуса.

Это мелкокристаллическій порошокъ, плохо растворимый въ холодной водѣ; реакція раствора кислая, вкусъ сильносладкій съ кисловатымъ оттѣнкомъ, по Adusso и Mosso въ 200 разъ слаще сахара.

Вліяніе сахара на организмъ изслѣдовано Adusso и Mosso; (реф. по Stbl. f. kl. M. 1886, 750)—экспериментально,—и Salkowski<sup>1)</sup>; онъ найденъ безвреднымъ, переходящимъ безъ измѣненій въ мочу<sup>2)</sup>. Kohlschütter и Elsasser<sup>3)</sup> видѣли даже терапевтическое дѣйствіе большихъ количествъ сахара при діабетѣ, однако, объясняютъ уменьшеніе сахара и мочевины просто потерей аппетита больными вслѣдствіе непріятнаго, долго не проходящаго сладкаго вкуса.

Въ послѣднее время появились неблагоприятныя для сахара

<sup>1)</sup> Virch. Arch. CV, 46.

<sup>2)</sup> Въ томъ же направленіи высказываются Leyden, Stutzer, Fischer и Rabon (Ther. Monatsh. 1887, 395).

<sup>3)</sup> Deut. Arch. f. kl. M. XLI, 178.



указанія. Reunier и Mercier <sup>1)</sup> нашли, что онъ не только замедляетъ пищевареніе (на что отчасти указываетъ и Salkowski), но вызываетъ еще усиленное выдѣленіе хлористыхъ щелочей.

Мы примѣняли сахаринъ только какъ вещество вкусовое. Для этого приготавлился растворъ изъ 12,0 сахара на 6 литровъ воды (0,2%), при умѣренномъ нагрѣваніи. 3 чайныхъ ложки такого раствора на стаканъ воды были достаточны для сладкаго вкуса. Никакихъ неблагопріятныхъ явленій не замѣчалось, кромѣ небольшого поноса, совпавшаго съ назначеніемъ сахара въ 1-мъ наблюдении.

Больнымъ рекомендовалось, по мѣрѣ ихъ силъ, движеніе; въ хорошую погоду ими дѣлались прогулки и внѣ клиники (конечно, лишь тѣми больными, на аккуратность которыхъ въ выполненіи діететическихъ правилъ можно было положиться).

Польза умѣреннаго движенія при діабетѣ несомнѣнна и доказана многими изслѣдователями (Külz <sup>2)</sup>, Cantani <sup>3)</sup>, Zimmer <sup>4)</sup>). Нельзя только изъ мышечнаго движенія дѣлать строгой терапевтической системы: необходимо, чтобы оно вполне соотвѣтствовало силамъ больныхъ. Опыты Külz'a и Zimmer'a показали, что у слабыхъ больныхъ съ тяжелыми формами діабета движеніе повышало выдѣленіе сахара. Zimmer старается вывести изъ этого заключеніе о продукціи сахара мышцами. Вѣроятно же предположить просто угнетающее, ослабляющее дѣйствіе чрезмѣрнаго движенія на такихъ больныхъ, что, конечно, тяжело отзывается на теченіе болѣзни, даже способствуя наступленію комы <sup>5)</sup>. Во всякомъ случаѣ, умѣренное движеніе полезно для діабетиковъ, повышая ихъ силы и отчасти содѣйствуя потребленію сахара.

Чтобы поддерживать функцію кожи, которая у діабетиковъ весьма склонна къ заболѣваніямъ, нашимъ больнымъ разъ или два въ недѣлю дѣлались теплыя (град. около 30) ванны.

#### Изслѣдованіе мочи.

Моча аккуратно собиралась больными, съ предосторожностями противъ возможныхъ потерь, за сутки, съ 7 часовъ утра одного до 7 ч. утра слѣдующаго дня въ чистыя градуированныя банки. По опредѣленіи ея количества, моча смѣшивалась до постояннаго удѣльнаго вѣса и уже тогда употреблялась для анализа.

<sup>1)</sup> Реф. по „Врачу“ 1888 № 13. Bull. med. 1888, 1 Апрѣля.

<sup>2)</sup> Beiträge. Стр. 179—216.

<sup>3)</sup> Cantani, l. c. 188, 389.

<sup>4)</sup> Zimmer. Die Muskeln eine Quelle; Muskelarbeit ein Heilmittel bei Diab. Karlsb. 1880. стр. 39.

<sup>5)</sup> Prout и др. см. Senator, Цимс. ч. пат. и тер., 155.



Количество сахара опредѣлялось титрованіемъ Fehling'овой жидкости разведенною въ 5 — 10 разъ мочею. Это опредѣленіе производилось всегда въ одно время, около 11 ч. утра, во избѣжаніе ошибокъ отъ разложенія сахара. Титрованіе производилось по способу, выработанному Cl. Bernard'омъ и описанному въ курсѣ проф. В. В. Пашутина <sup>1)</sup> и статьѣ Laffont'a <sup>2)</sup>. Для разведенія Fehling'овой жидкости я бралъ крѣпкій растворъ (около 1½ ф. на литръ) ѣдкаго кали и прибавлялъ 40 — 50 к. с. этого раствора къ 5 к. с. жидкости. Первоначально я оканчивалъ реакцію, замыкая отводную трубку, но впослѣдствіи нашелъ болѣе удобнымъ достигать отсутствія воздуха просто постояннымъ кипяченіемъ жидкости, причемъ она лучше перемѣшивается. Въ продолженіе анализовъ жидкость Fehling'a нѣсколько разъ повѣрялась титрованіемъ (тѣмъ же способомъ) свѣже-приготовленнымъ растворомъ химически чистаго винограднаго или молочнаго сахара. Въ смыслѣ точности, описываемая реакція, кажется, не оставляетъ желать лучшаго: какія нибудь двѣ капли избытка, прилитыя къ обезцвѣченной жидкости, уже ясно окрашивали ее въ желтый цвѣтъ.

Нѣсколько разъ опредѣлялся сахаръ параллельно и поляризационнымъ аппаратомъ Wild'a, но цифры по этому способу значительно разнились отъ цифръ по Fehling'у; въ виду погрѣшностей, допускаемыхъ при этомъ способѣ вслѣдствіе различной пигментаціи мочи и большихъ предѣловъ возможной ошибки, способъ этотъ, несмотря на нѣкоторые его преимущества (отдѣленіе сахара отъ другихъ восстанавливающихъ веществъ въ мочѣ, см. Leo, сообщ. въ Verein f. inn. Med. <sup>3)</sup> и Virch. Arch. CVII, 99),—для наблюденія за теченіемъ діабета нами не былъ примѣняемъ.

Мочевина опредѣлялась по способу Liebig'a провѣреннымъ титромъ азотнокислой ртути съ поправкой на хлориды по Rautenberg'у и на процентное содержаніе мочевины. Полученныя съ этими поправками цифры мочевины вообще немного разнились отъ полученныхъ азотометрическими опредѣленіями (кромѣ періодовъ лихорадки).

Хлористый натрій и фосфорный ангидридъ опредѣлялись обыкновенными приѣмами титрованія.

Неоднократно, главнымъ образомъ, въ теченіе 1-го наблюденія, производились азотометрическія опредѣленія по способу Kjeldahl'я.

<sup>1)</sup> Проф. Пашутинъ. Курсъ общей и эксперим. патологіи. 1885, стр. 206.

<sup>2)</sup> L. с. стр. 375.

<sup>3)</sup> Deut. Med. Ztg. 1886, 1112.



Цѣль ихъ была—изслѣдовать интенсивность окисленія при діабетѣ. Для этого опредѣлялся азотъ мочи и азотъ мочевины, полученной по способу Chavane et Richet со всѣми предосторожностями, указанными въ диссертацияхъ д-ровъ Евдокимова и Бафталовскаго (стр. 13 и 20); послѣдній ставитъ этотъ способъ ниже, чѣмъ способъ осажденія экстрактивнымъ веществъ фосфорномолибденовою кислотою но все-таки считаетъ его довольно точнымъ.

Изслѣдовать азотистый обмѣнъ у діабетиковъ намъ, къ сожалѣнію, не удалось. Это изслѣдованіе представляется очень труднымъ; въ виду значительныхъ количествъ пищи и ея разнообразія (больные не соглашались на однообразную пищу), приходится дѣлать анализы изъ нѣсколькихъ порцій послѣдней; при этомъ всѣ ошибки, помножаемыя на высокія цифры, значительно возрастаютъ. Въ началѣ наблюденія мы имѣли въ виду заняться этимъ изслѣдованіемъ, но сосредоточеніе нѣсколькихъ наблюденій (до 4) вмѣстѣ не дало возможности исполнить эту задачу.

Изъ качественныхъ реакцій, кромѣ опредѣленія бѣлка, индикана и т. п., примѣнялись реакціи съ полуторнохлористымъ желѣзомъ (на ацетоуксусную кислоту) и реакціи на ацетонъ. Первая реакція, по Jaksch'у, повѣрялась кипяченіемъ и вытягиваніемъ эфиромъ (исчезаніе пурпуроваго цвѣта при кипяченіи и изъ эфирной вытяжки).

Ацетонъ опредѣлялся въ мочѣ реакціей Legal'я съ нитропруссиднымъ натріемъ,  $\text{NaHO}$  и уксусной кислотой, и въ дистиллатѣ — реакціей Lieben'a на іодоформъ и реакціей Penzoldt'a на индиго (орто-нитробензалдегидъ съ ѣдкою щелочью; индиго растворяется въ хлороформѣ). Подробности этихъ реакцій можно найти въ прекрасной монографіи Jaksch'a (*über Acetonurie und Diaceturie*. Berl. 1885).

Мочевой осадокъ, мокрота и испражненія больныхъ изслѣдовались микроскопически.

## II. Предметъ наблюденія.

Этіологія нашихъ случаевъ діабета.—Изслѣдованіе больныхъ; состояніе ихъ нервной системы.—Количества пищи и питья.—Особенности мочи: количество, качественные данныя, содержаніе твердыхъ составныхъ частей.

Діабетиковъ, находившихся подъ наблюденіемъ, было четверо. Одинъ изъ нихъ былъ въ клиникѣ въ продолженіе почти всего учебнаго года, 191 день; второе наблюденіе продолжалось 94 дня, третье—77 и четвертое—34.



Всѣ больные русскіе, крестьяне или мѣщане, различныхъ профессій (двое занимались торговлей, одинъ служить на желѣзной дорогѣ и одинъ городовымъ).

Возрастъ больныхъ различный. Младшій изъ нихъ былъ еще мальчикъ, 15 лѣтъ; онъ представлялъ форму діабета тяжелаго и быстрого теченія, кончившуюся смертельнымъ исходомъ. Остальные люди зрѣлаго возраста, 30—40 лѣтъ.

Этіологія нашихъ случаевъ вообще неясна. Двое изъ нихъ въ анамнезѣ не дали почти ничего, съ чѣмъ можно было бы связать происхожденіе болѣзни, кромѣ развѣ довольно тяжелой работы, особенно по переноскѣ тяжестей (1-е и 2-е набл.). Но при вскрытіи одного изъ нихъ, мальчика К—ва, найдены были значительныя измѣненія въ мозгу, особенно продолговатомъ, дающія право считать этотъ діабетъ мозговымъ. Что вызвало эти мозговые измѣненія, остается невыясненнымъ.

Вѣроятно, центрального происхожденія діабетъ и въ 4-мъ набл., гдѣ его можно связать съ сильною травмой головы.

Особый интересъ въ этіологическомъ отношеніи представляетъ 3-й случай (А—въ). Здѣсь діабетъ развился послѣ сильнаго психическаго потрясенія, связаннаго съ значительными физическими усиліями. Но, кромѣ того, этотъ больной представляетъ еще важную особенность. Въ послѣдніе дни пребыванія въ клиникѣ у него обнаружилось присутствіе глиста, *Botryoscephalus latus*. Конечно, трудно приписать этому паразиту самое происхожденіе діабета, но зная тѣ разнообразныя рефлекторныя явленія, которыми сопровождается его присутствіе (особенно *Botryosceph. latus*) и особенно принимая въ соображеніе случаи развитія рефлекторнымъ путемъ анеміи, нельзя отрицать возможности вліянія глиста по крайней мѣрѣ на теченіе болѣзни <sup>1)</sup>. Представлялось въ высшей степени интереснымъ сравнить теченіе діабета до и послѣ изгнанія глиста, но, къ сожалѣнію, примѣненіе глистогонныхъ (*Filix mas*, вѣроятно въ зависимости отъ времени года) окончилось неудачею, а служебныя занятія больного, требовавшія его отъѣзда, и приближавшееся закрытіе клиники заставили отложить это наблюденіе.

Кромѣ этихъ этіологическихъ моментовъ, можно было бы остановиться на пищевомъ происхожденіи діабета, вслѣдствіе бывшей у нѣкоторыхъ изъ больныхъ склонности къ сладкой

<sup>1)</sup> Въ литературѣ существуютъ указанія на связь діабета съ глистами. Devay (gaz. méd. de Paris, 1849, 398) описываетъ одинъ случай, гдѣ изгнаніе глиста (*ténia cucurbitaire, cucumerina*) совпало съ излѣченіемъ ясно выраженаго діабета. Суръ въ цитиров. книгѣ, стр. 83, ссылается еще на набл. Furstenaу, но мнѣ не удалось его достать.



и мучной пищѣ. Однако, возможность такого происхожденія діабета очень сомнительна въ виду того, какъ часто наблюдается обильное употребленіе подобной пищи и какъ рѣдки, сравнительно, случаи діабета.

Главными сторонниками этого взгляда являются Bouchardat <sup>1)</sup> и особенно Cantani <sup>2)</sup>. С. приписываетъ этому этиологическому моменту преимущественное значеніе, какъ истощающему химическую дѣятельность извѣстныхъ органовъ и ведущему къ порочному образованію сахара (парагликозы). Онъ повсюду ищетъ эту этиологію въ обширномъ рядѣ своихъ наблюденій и ею же старается объяснить случаи ухудшенія болѣзни и смерти. Нельзя согласиться, однако, съ приводимыми С. доказательствами. Онъ обращается къ статистикѣ, не приводя цифръ (точные цифры врядъ ли и возможны); указываетъ на чистоту діабета въ Италіи, гдѣ народъ питается преимущественно крахмалистой, сладкой пищей и фруктами, у негровъ на сахарныхъ плантаціяхъ <sup>3)</sup>; тѣмъ же объясняетъ частоту діабета у евреевъ. При отсутствіи точной статистики легко впасть въ ошибку, въ которую, кажется намъ, впадаетъ Cantani. Частота диагностируемаго діабета врядъ ли пропорціональна частотѣ его существованія; весьма возможно, что многіе случаи діабета остаются нераспознанными. Нѣтъ ничего удивительнаго, что распознаваніе становится легче въ случаяхъ употребленія обильной углеводной пищи: діабетъ выразится рѣзче, съ болѣе интенсивной полифагіей, полидипсіей, полиуріей—и скорѣе обратитъ на себя вниманіе.

Давность діабета у всѣхъ больныхъ не очень значительна. У больнаго А—ва онъ существуетъ, повидимому, болѣе года, но ясно выразился лишь около 8 мѣс. тому назадъ, у остальныхъ—около 8—9 мѣс.

Въ клинику больные поступали съ явленіями значительнаго исхуданія и потери силъ, жалуясь особенно на слабость въ ногахъ, съ рѣзко-выраженными жаждой, полифагіей, полиуріей. Всѣ они представлялись очень истощенными людьми съ блѣдной, сухой кожей, склонной къ шелушенію, съ увеличеннымъ, особенно внизу, объемомъ живота. Со стороны легкихъ у всѣхъ замѣчались ненормальныя явленія въ видѣ разлитаго хроническаго бронхита и верхушечнаго катарра.—Печень была ясно увеличена въ 1-мъ случаѣ; въ 4-мъ наблюденіи печень и селезенка были увеличены, болѣзненны и подвижны.

<sup>1)</sup> l. c. стр. 283 и слѣд.

<sup>2)</sup> De la glycosurie ou diabète sucré. 1875.

<sup>3)</sup> Ср. противоположное наблюденіе Brouardel'я (Thèse de concours 1869).



Особое вниманіе обращалось на изслѣдованіе нервной системы. Опредѣлялась чувствительность кожи къ индукціонному току, чувство мѣста эстезіометромъ Sieweking'a, состояніе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ, состояніе органовъ чувствъ—зрѣнія, слуха и вкуса.

Изслѣдованіе колѣнныхъ рефлексовъ при діабетѣ представляетъ интересныя данныя. Съ тѣхъ поръ какъ Bouchard <sup>1)</sup> на своихъ лекціяхъ впервые указалъ на утрату колѣнныхъ рефлексовъ у діабетиковъ, и это подтверждено было Landouzy и Dreyfous'омъ, изслѣдованіе колѣнныхъ рефлексовъ стало часто примѣняться при діабетѣ. Въ большинствѣ случаевъ наблюдалась ихъ потеря. Авторы не рѣшаются связывать ее съ органическими измѣненіями въ нервной системѣ, но придаютъ ей важное діагностическое и прогностическое значеніе. P. Marie et Guinon <sup>2)</sup> (*Sur la perte du réflexe rotulien dans le diabète sucré*) считаютъ эту потерю плохимъ признакомъ и приводятъ статистику Bouchard'a, по которой смертность при сохраненныхъ рефлексахъ—7,14%, а при потерѣ ихъ—14,63%.

Случаи съ повышенными рефлексами Dreyfous <sup>3)</sup> не считаетъ даже за истинныя формы діабета, а за случайное осложненіе гликозуріей различныхъ страданій нервной системы.

Что касается до нашихъ больныхъ, то мы находимъ у нихъ значительное угнетеніе колѣнныхъ рефлексовъ. Въ самомъ тяжеломъ изъ нашихъ случаевъ (1-й, К—въ) и въ 4-мъ, также тяжеломъ, они почти отсутствовали, но ихъ не было и въ 3-мъ случаѣ, болѣе легкомъ.

Другія аномаліи въ сферѣ нервной системы были выражены слабо. Встрѣчались небольшія разстройства чувствительности, разница ея на обѣихъ сторонахъ тѣла, уменьшеніе вкусовой чувствительности и т. п. Подробнѣе объ этомъ при изложеніи отдѣльныхъ случаевъ.

У одного изъ больныхъ (П., 4 набл.) были значительныя невралгическія боли—мигрени, интеркостальныя невралгіи, *ischias*; парестезіи въ нижнихъ конечностяхъ.

Количество выпиваемой жидкости, до назначенія терапіи, представляло максимальныя цифры до 12 литровъ и минимальныя около 4—5 литровъ *p. die*; количество съѣдаемой пищи было почти одинаковое у всѣхъ больныхъ, среднимъ числомъ около 900 гр. бульона, 700—800 гр. жаренаго мяса, 200—300 гр. яицъ (200 гр. бѣлковаго желе).

<sup>1)</sup> Cours de maladies par réaction nerveuse. 1881—2.

<sup>2)</sup> Revue de médéc. 1886, 640.

<sup>3)</sup> Revue de médéc. 1886, 1028.



Температура больныхъ, какъ обыкновенно при диабетѣ, нормально держалась на низкихъ цифрахъ 36—37°. Цифры за 37°, напр., въ 1-мъ наблюдѣніи, могли считаться уже лихорадочными.

Количество мочи сильно разнилось въ нашихъ наблюдѣніяхъ. Самую высокую полиурию представлялъ 4-й случай, гдѣ количество мочи доходило до 12 литровъ. Отношеніе количества мочи къ количеству вводимой жидкости непостоянно,—преобладаетъ то первое, то второе. При пользованіи количествами выпитаго, приводимыми въ нашихъ таблицахъ, необходимо имѣть въ виду, что они имѣютъ не столько абсолютное, сколько относительное значеніе, такъ какъ мы не опредѣляли содержанія воды въ твердой пищѣ, а равнымъ образомъ не присоединяли къ этимъ цифрамъ количествъ бульона (очень постоянныхъ, около 1000 гр.), опредѣлявшихся по вѣсу. Поэтому поучительными являются лишь очень рѣзкія разницы. Съ другой стороны, надо имѣть въ виду разницу объемовъ слабыхъ растворовъ (вводимыя жидкости) и концентрированныхъ (моча).

Преобладаніе количества выпитой жидкости надъ количествомъ мочи объясняется (см. табл.) или усиленнымъ выведеніемъ воды кишечникомъ (поносъ), или задержкою ея въ тѣлѣ, изъ котораго она выводится уже въ послѣдующіе дни. Наоборотъ, преобладаніе мочи зависитъ или отъ выведенія задержанной ранѣе воды, или, можетъ быть, отъ выдѣленія воды, высвобождающейся при распадѣ тканей.

Моча зеленовато-желтаго цвѣта, иногда ароматическаго запаха, легко бродитъ даже при употребленіи сахара и antipyretica, реакція ея ясно кислая; бѣлокъ найденъ былъ лишь въ 1-мъ наблюдѣніи передъ наступленіемъ комы.—Въ 1-мъ и 4-мъ набл. моча давала ясную реакцію съ  $\text{Fe}_2\text{Cl}_6$  и всѣ реакціи на ацетонъ. Прогностическое значеніе этихъ реакцій составляетъ еще спорный вопросъ, но наши случаи дѣйствительно подтверждаютъ мнѣніе Jaksch'a <sup>1)</sup> о неблагоприятномъ значеніи реакціи съ  $\text{Fe}_2\text{Cl}_6$ . Оба наши случая представляли тяжелыя формы и въ первомъ изъ нихъ реакція съ  $\text{Fe}_2\text{Cl}_6$  слабѣла съ улучшеніемъ состоянія больного и рѣзко усилилась передъ наступленіемъ комы. Въ самый день комы она сдѣлалась нѣсколько слабѣе.

Въ первое время наблюдѣнія производились сравнительные анализы дневной и ночной мочи (съ 8 утра до 8 веч. и наоборотъ). Этихъ анализовъ сдѣлано нами по 18 и результаты ихъ могутъ быть резюмированы слѣдующимъ образомъ:

---

<sup>1)</sup> Üb. Acetonurie und Diaceturie, стр. 82 и 122.



- 1) Количество дневной мочи больше, чѣмъ ночной.
- 2) Ночная моча значительно болѣе концентрирована.
- 3) Количество сахара въ дневной почти всегда значительно больше.
- 4) % мочевины въ ночной мочѣ почти безъ исключенія больше.
- 5) % сахара преобладаетъ чаще въ дневной мочѣ.

Суточные количества сахара въ нашихъ случаяхъ весьма различны. Самая высокая гликозурия замѣчается въ 1-мъ случаѣ, даже при безуглеводной пищѣ, самая низкая во 2-мъ, гдѣ при безуглеводной діетѣ количество сахара было около 50 grm. p. die. Процентъ содержанія сахара сильно мѣняется.

Колебанія количествъ сахара значительны въ 1-мъ случаѣ и не велики въ остальныхъ. Выдѣленіе сахара находится въ строгой зависимости отъ діеты, о чемъ мы уже говорили (стр. 17); психическое состояніе больныхъ также на немъ отражается (ср. табл. 25). Во время лихорадки сахаръ падалъ; это обуславливается какъ специфическимъ вліяніемъ лихорадочнаго процесса, такъ и уменьшеніемъ доставки питательнаго матеріала (табл. 2). Несомнѣнное уменьшеніе сахара наблюдалось и передъ наступленіемъ комы (табл. 13); однако и въ продолженіи комы до самой смерти сахаръ не исчезъ изъ мочи.

Суточные количества мочевины достигаютъ громадныхъ размѣровъ въ IV набл. — около 140 и 160 граммовъ; это однѣ изъ наивысшихъ цифръ, наблюдавшихся при діабетѣ. Самыя низкія — въ II набл., гдѣ онѣ не выше нормальныхъ при азотистой діетѣ (около 40,0). Цифры мочевины поднимались при переходѣ на азотистую пищу, пока не устанавливалось извѣстное равновѣсіе, нарастали передъ наступленіемъ асфе лихорадки (табл. 2); онѣ рѣзко колеблются въ I-мъ наблюдении, довольно постепенно повышаясь и затѣмъ разомъ падая на низкія цифры, какъ будто въ этомъ случаѣ происходитъ задержка мочевины въ организмѣ.

Отношенія сахара къ мочевины измѣняются въ каждомъ отдѣльномъ наблюдении; интересно, что въ первомъ (самомъ тяжеломъ) случаѣ, это отношеніе чаще всего близко къ 5, числу, какъ извѣстно, теоретически вычисленному S. Haughton'омъ (по гипотетической формулѣ распада бѣлка на сахаръ и мочевину), и наблюдавшемуся Gaehtgens'омъ, Dickinson'омъ, Pettenkofer'омъ и Voit'омъ <sup>1)</sup>.

Въ теченіе 1-го наблюдени (подготовительный періодъ, при лѣченіи малыми дозами *natri salicylici* и *opія*), съ цѣлью опре-

<sup>1)</sup> Курсъ Общ. Патол. проф. Пашутина, стр. 309, 324—5.



дѣлать состояніе процессовъ окисленія при діабетѣ, были производимы неоднократно опредѣленія азота мочи и мочевины по способу Kjeldahl'я (см. выше). Я приведу цифры нѣсколькихъ, наиболѣе удачныхъ, анализовъ, произведенныхъ при возможно благоприятныхъ условіяхъ (отсутствіе поноса, лихорадки и пр.):

N мочи.	N мочевины.	N экстр. в—въ.	%-ное отношеніе N мочевины къ N мочи.
32,83582.	30,34590.	2,48992.	92,4.
25,22550.	23,75400.	1,47150.	90,2.
29,09522.	26,49677.	2,59915.	91,7.
27,05780.	23,46850.	3,58930.	86,7.
31,79417.	27,43743.	4,35674.	86,3.
25,07290.	21,83680.	3,23610.	87,03.
38,01897.	35,51330.	2,50567.	93,4.
40,19739.	38,62843.	1,56896.	96,1.
28,13961.	23,96046.	4,17915.	85,1.

Сравнивая эти %-ныя отношенія съ найденными д-ромъ Бафта-ловскимъ (85—92%)<sup>2)</sup> для здоровыхъ людей при животной пищѣ, мы видимъ, что онѣ очень мало отъ нихъ отличаются. Отношеніе не только нормальное, но даже иногда выше нормальнаго. Такъ что, повидимому, и по крайней мѣрѣ для изслѣдованнаго случая, интенсивность окисленія при діабетѣ не отличается отъ нормальной.

Цифры фосфорнаго ангидрида абсолютно повышены, но отношеніе ихъ къ мочевиѣ близко къ нормальному, кромѣ одного случая, о которомъ подробно будетъ сказано ниже.

Содержаніе хлоридовъ представляетъ мало особенностей. Цифры ихъ абсолютно повышены, но отношеніе къ мочевиѣ довольно постоянно (U : Cl около 3). Въ началѣ наблюденія, при переходѣ на мясную діету, эти цифры обыкновенно очень малы, затѣмъ постепенно повышаются, пока не устанавливается извѣстное равновѣсіе. Въ одномъ наблюденіи (случай 2-й) цифры хлоридовъ сравнительно велики: объ этомъ случаѣ подробнѣе будетъ сказано ниже.

<sup>2)</sup> Вліяніе различнаго рода пищи на качество и количество азотистаго метаморфоза у человѣка. Дисс. 1887, стр. 50.



### III. Клиническія особенности наблюденій.

Классификація формъ діабета на основаніи клиническихъ признаковъ весьма мало выработана. Давно уже принято различать тяжелую и легкую форму на основаніи различнаго содержанія сахара въ мочѣ при углеводной и безуглеводной діетѣ; съ другой стороны существуетъ мнѣніе, что это не формы, а скорѣе различные стадіи одной и той же болѣзни. Hoffmann <sup>1)</sup> дѣлаетъ попытку различать формы діабета на такъ назыв. конституціональную (предшествующее ожирѣніе, расстройства функціи кожи и почекъ, болѣе благопріятное теченіе) и случайную или неврогенную (мозговые измѣненія, отсутствіе ожирѣнія, неизлѣчимость) <sup>2)</sup>.

Намъ кажется, что на основаніи не одного только содержанія сахара въ мочѣ, но и другихъ клиническихъ признаковъ, можно наблюдать бѣльшее разнообразіе формъ діабета. Эта клиническая классификація въ настоящее время только устанавливается; но при дальнѣйшемъ ея изученіи, по мѣрѣ подкрѣпленія ея патолого-анатомическими основаніями, она можетъ пріобрѣсти діагностическую важность и дать цѣнные терапевтическія заключенія.

Попробуемъ подробнѣе выяснить особенности нашихъ случаевъ съ клинической точки зрѣнія.

Первый нашъ случай (мальчикъ К—въ) представляетъ тяжелую форму діабета. При возможно безуглеводной діетѣ цифры сахара очень высоки (300—400 и болѣе граммъ въ сутки); количество мочи вообще велико—до 9 литровъ—и она сильно концентрирована; отношеніе сахара къ мочевины довольно постоянно (близко къ 5); количества Ph и хлористаго натрія не представляютъ никакихъ особенностей.

Своеобразенъ для этого случая *типъ очень рѣзкихъ колебаній мочевины, сахара и мочи, особенно первой*. Кривая мочевины производитъ такое впечатлѣніе, какъ будто продукты распада бѣлковыхъ веществъ задерживаются въ организмѣ и выдѣляются затѣмъ большими количествами. Въ разсмотрѣнныхъ мною кривыхъ (нашей клиники и въ имѣвшихся у меня работахъ) я не встрѣчалъ такихъ рѣзкихъ колебаній. Дѣлать какія нибудь заключенія относительно этого типа теченія болѣзни представляется еще невозможнымъ.

Иныя особенности представляетъ второй случай (Ф—въ), поставленный на безуглеводной діетѣ. (табл. 14). Нельзя не обра-

<sup>1)</sup> V Kongr. f. innere Medicin, Wiesbad. стр. 22 sqq. 1886. Прил. къ Stbl. f. kl. M.

<sup>2)</sup> Онъ рекомендуетъ салициловую кислоту при второй формѣ, особенно въ свѣжихъ случаяхъ.



тить вниманія, что цифры вводимой жидкости и мочи слишком высоки для количества выделяющагося сахара и мочевины; зато количества хлористаго натрія велики по отношенію къ мочеви́нѣ (отнош. U:Cl около 1,5), чего въ другихъ случаяхъ не наблюдается. Удѣльный вѣсъ (1,010—1,016) крайне низокъ для сахарнаго діабета. Сахара около 50—70 гр.; мочевины около 40—50 гр. при исключительно мясной діетѣ. Отношеніе сахара къ мочеви́нѣ очень низкое, около  $\frac{1}{3}$ , количества  $\text{Ph}_2\text{O}_5$  не представляютъ ничего особаго.

Въ виду этихъ особенностей становится весьма вѣроятнымъ предположеніе, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ *комбинированной формой* diabetes mellitus и insipidus. Случаи присоединенія этихъ формъ другъ къ другу извѣстны въ литературѣ <sup>1)</sup> (главнымъ образомъ въ видѣ перехода одной формы въ другую). Увеличенное содержаніе хлористаго натрія въ мочѣ при diabetes insipidus составляетъ довольно обыкновенное явленіе (см. Senator, l. c. 244.—Oppenheim, Weit. Beitrag z. Polyurie. Ztschr. f. klin. Med. 1883, стр. 556).

При назначеніи углеводной пищи этотъ случай теряетъ свои особенности и приближается къ обыкновенному типу diabetes mellitus. Терапія болѣе вліяетъ на полиурію, чѣмъ на гликозурию.

Третій случай (А—въ, набл. III, табл. 21 и слѣд.), не представляя рѣзкихъ особенностей по отношенію къ количеству мочи, ея удѣльному вѣсу, количествамъ сахара, мочевины и хлоридовъ, замѣчателенъ повышеннымъ, въ теченіи всего наблюденія, содержаніемъ въ мочѣ фосфора. Отношеніе мочевины къ  $\text{Ph}_2\text{O}_5$  здѣсь не около 13, какъ нормально и въ другихъ нашихъ случаяхъ діабета, а всего лишь около 8—9. Въ виду этой интересной особенности я останавлиюсь нѣсколько на вопросѣ о содержаніи фосфатовъ въ нормальной и діабетической мочѣ.

Слѣдуя основной по этому вопросу работѣ Zülzer'a <sup>1)</sup>, (Ueber das Verhältniss d. Phosphorsäure zum Stickstoff im Urin), отношеніе фосфорной кислоты (точнѣе ангидрида) къ азоту мочи, взятое въ ‰ и называемое Z. «относительною величиною выдѣленія фосфорной кислоты» (relativer Werth der Phosphorsäureausscheidung), находится въ зависимости отъ разныхъ условій (качества пищи, возраста, работы и пр.) и измѣняется въ разныхъ болѣзненныхъ

<sup>1)</sup> Senator. l. c. 209, 245. Frerichs. 131.

<sup>2)</sup> Virchow Archiv, 1876, LXVI, 223 и 282. Мнѣ не удалось достать новейшей книги Zülzer'a. Untersuchungen über die Semiologie des Harns. Berl. 1884.



состояніяхъ. Причина этой измѣнчивости, по Z., слѣдующая: фосфоръ въ организмѣ, кромѣ своей тѣсной связи съ бѣлковыми веществами, составляетъ еще непремѣнную составную часть лецитина (сложное производное глицерино-фосфорной кислоты). Смотри по тому, происходитъ ли обмѣнъ въ направленіи бѣлковъ или лецитина, мѣняется и отношеніе фосфора къ азоту.

Для нормальнаго человѣка въ возрастѣ нашего больного и въ условіяхъ его питанія (главнымъ образомъ мясная пища), эта величина около 17—20; у диабетиковъ, по Zülzer'у, пользующемуся случаями Külz'a, Seegen'a, Gaehtgens'a и собственнымъ, она не превышаетъ этой нормы, а даже ниже ея.

Это подтверждается и Czapek'омъ (Ue. d. Stoffwechsel eines Diabetikers), по наблюденію котораго эта величина у диабетиковъ меньше нормы и сильно колеблется (для ночной мочи).

Вычисляя отношеніе Zülzer'a для нашихъ цифръ, мы получаемъ величину около 26, значительно больше нормальной, такъ что, повидимому, кромѣ гликозурии имѣемъ дѣло еще съ фосфатурией.

Подобные случаи уже обратили на себя вниманіе. Teissier <sup>2)</sup> изслѣдуя случаи повышеннаго выдѣленія фосфора, убѣдился въ существованіи особаго патологическаго состоянія, характеризующагося постояннымъ и избыточнымъ выдѣленіемъ фосфатовъ мочою, съ симптомами, подобными сахарному диабету. Случаи этого состоянія, названнаго имъ фосфорнымъ диабетомъ, онъ раздѣляетъ на 4 группы: на фосфатурию 1) при функціональныхъ разстройствахъ нервной системы, 2) при легочныхъ болѣзняхъ, 3) при сахарномъ диабетѣ, иногда чередующуюся съ нимъ, и 4) самостоятельную. Не говоритъ объ отношеніи Ph къ мочевины:

Ch. Ralfe <sup>3)</sup> (Phosphatic diabetes) приводитъ подобные случаи изъ своихъ наблюденій. Фосфатурия нерѣдко сопровождалась полиуріей. Въ случаяхъ 4-й категоріи наблюдались многіе диабетическіе симптомы: полиурія, увеличеніе аппетита, сухость кожи, ревматическія боли (Teissier наблюдалъ даже развитіе катарактъ). Случаи эти характеризуются увеличеннымъ выдѣленіемъ фосфорной кислоты безъ соотвѣтственнаго увеличенія другихъ составныхъ частей мочи и такимъ образомъ отличаются отъ diabetes insipidus и азотурии. R. соединяетъ обѣ послѣднія группы (3 и 4) въ одну, объясняя здѣсь фосфатурию ненормальнымъ образованіемъ фосфорной

<sup>1)</sup> Prag. med. Wochensch. 1878, 141.

<sup>2)</sup> Du diabète phosphatique. 1876. Цитир. по Ralfe'у. и Мед. Обзор. 1876.

<sup>3)</sup> Lancet, 1887, 411, 462.



кислоты въ организмѣ, а не упадкомъ питанія (*defective nutrition*), какъ въ первыхъ двухъ категоріяхъ.

Согласно съ мнѣніемъ Teissier и Ralfe'a, и въ нашемъ случаѣ можно предположить такую комбинацію сахарнаго и фосфорнаго *діабета* (3-я категорія Teissier).

Четвертый случай нашего наблюденія (въ періодѣ до терапіи) (II—ій, табл. 27) также представляетъ свои особенности. Здѣсь выступаетъ прежде всего необыкновенно высокая полидипсія и полиурія (до 12 литровъ), моча довольно концентрирована, удѣльный вѣсъ около 1,020 и эта концентрація ея зависитъ не столько отъ содержанія сахара (около 400 grm. при діетѣ смѣшанной, меньше чѣмъ въ I-мъ набл. при мясной діетѣ),—а отъ огромнаго содержанія мочевины, цифры которой доходятъ до 140—160 grm. Цифры хлоридовъ несоотвѣтствуютъ ей (отнош. U : Cl около 5 : 1), отношеніе мочевины и фосфора близко къ нормѣ.

Эта рѣзкая особенность даетъ право смотрѣть на этотъ случай, какъ на діабетъ съ крайне повышеннымъ азотистымъ обмѣномъ, какъ на комбинацію *глизурии* и *азотурии*, сопровождающуюся высокой полиуріей.

## ГЛАВА II.

Теченіе нашихъ случаевъ діабета; вліяніе терапіи.

Переходя къ описанію отдѣльныхъ наблюденій, скажемъ нѣсколько словъ относительно плана ихъ изложенія.

Для большей наглядности, наблюденія представлены въ видѣ таблицъ и кривыхъ. Таблицы содержатъ въ себѣ данныя относительно измѣненій вѣса больныхъ, количествъ выпитой жидкости, мочи, ея удѣльнаго вѣса, содержанія сахара, мочевины, хлоридовъ и фосфатовъ, соотвѣтственно различнымъ періодамъ терапіи. Чтобы судить не только абсолютно объ этихъ количествахъ, но и о связи ихъ между собою, приводятся отношенія количествъ сахара и мочевины, мочевины и хлоридовъ, мочевины и фосфатовъ. Процентное содержаніе сахара, какъ непостоянное и мало поучительное, изъ большинства таблицъ выпущено. Таблицы содержатъ и краткія замѣчанія относительно важнѣйшихъ перемѣнъ въ діетѣ и состояніи больныхъ. Температура (кромѣ лихорадочныхъ цифръ) приведена только на кривыхъ; цифры пульса и дыханій настолько однообразны и мало интересны, что мы ихъ выпустили повсюду и только сдѣлаемъ о нихъ нѣсколько замѣчаній въ текстѣ.



Текстъ служить поясненіемъ къ таблицамъ. Онъ содержитъ въ себѣ свѣдѣнія о клинической картинѣ отдѣльныхъ наблюденій въ ихъ началѣ, объ измѣненіяхъ, замѣчавшихся въ дальнѣйшемъ теченіи, а также заключенія о вліяніи различной терапіи.

При оцѣнкѣ успѣховъ послѣдней необходимо обращать вниманіе не на одно только содержаніе сахара въ мочѣ, необходимо слѣдить и за другими явленіями, и особенно за состояніемъ силъ и самочувствіемъ больныхъ. Вообще ошибочнымъ представляется тотъ взглядъ, по которому уменьшеніе и уничтоженіе содержанія сахара въ мочѣ ставится цѣлью терапіи, къ которой слѣдуетъ стремиться во что бы то ни стало. Сахаръ въ мочѣ не есть, вѣроятно, *materia reccans*, а лишь главный признакъ болѣзненнаго процесса; по его количеству мы можемъ судить о силѣ послѣдняго, подобно тому какъ по количеству сравнительно безвредной угольной кислоты въ воздухѣ мы судимъ о содержаніи въ немъ другихъ, гораздо болѣе вредныхъ началъ. Устраняя одинъ симптомъ, мы можемъ не устранять нисколько основного страданія.

Такой взглядъ на терапію мы встрѣчаемъ однако не у всѣхъ наблюдателей. Съ одной стороны, напр. Budde <sup>1)</sup> ставитъ основнымъ принципомъ сохраненіе равновѣсія и силъ больного и затѣмъ, по возможности, пониженіе сахара. Saundby <sup>2)</sup>, въ уже цитированной работѣ, дѣлаетъ такую программу: 1) уменьшеніе жажды больныхъ, 2) уменьшеніе количества выводимой жидкости, 3) возстановленіе нормальнаго равновѣсія, и 4) если можно, уничтоженіе гликозурии. Онъ находитъ, что часто больные теряютъ въ здоровьѣ при назначеніи правилъ, оказывающихъ успѣшное вліяніе на подавленіе гликозурии.

Принципъ сохраненія силъ прежде всего и соотвѣтствующаго регулированія умственной и физической жизни больныхъ выставляется и Frerichs'омъ, <sup>3)</sup> и Senator'омъ <sup>4)</sup>,

Съ другой стороны, нерѣдко встрѣчается одностороннее стремленіе къ непремѣнному удаленію сахара изъ мочи діабетиковъ. Въ качествѣ примѣровъ подобныхъ терапевтическихъ ошибокъ, приведемъ два поучительныхъ случая—Müller Warneck'a и Kratschmer'a.

Müller Warneck <sup>5)</sup> примѣнилъ въ одномъ случаѣ діабета ежеднев-

<sup>1)</sup> Om diab. mell. med särskilt Hensyn til dens. Behandling. Kjöbenh. Ref. въ Schm. Jahrb. 1885, 207, 139.

<sup>2)</sup> Practitioner, 1886, 1. c.

<sup>3)</sup> Frerichs, 1. c. 258

<sup>4)</sup> Senator, 1. c. 218.

<sup>5)</sup> Цитир. по дисс. Peters'a стр. 10.



ныя дозы въ 9, 13,5 и наконецъ 15 граммъ *patri salicylici*. Количество сахара упало съ 384 до 16 грм., но обнаружились слѣдующія явленія: больной, по словамъ автора, сталъ жаловаться на слабость въ ногахъ и шаткость движеній; появились паретическіе симптомы; больной шатается при движеніи и наталкивается на встрѣчные предметы. Состояніе психическое угнетено, мыслительная способность понижена, рѣчь медленная и сбивчивая, больной не можетъ писать вслѣдствіе дрожанія руки; сильная головная боль, шумъ въ ушахъ, наконецъ полное отсутствіе аппетита.

Kratschmer <sup>2)</sup> приводитъ случай, лѣченный опиѣмъ—*extr. opii aquos.*, начиная съ 0,160 грм. *p. die* и кончая 2 граммами (!) *pro die*. Сахаръ почти исчезъ изъ мочи, но больной, по словамъ К., представлялъ постоянную сонливость: днемъ и ночью его клонить ко сну, но сонъ проходитъ при малѣйшемъ шумѣ. Сонливость доходитъ до того, что больной чувствуетъ себя какъ бы въ туманѣ; къ этому присоединяются тошнота и запоры, смѣняющіеся сильнымъ поносомъ.

Причина уменьшенія сахара, конечно, не заключается здѣсь въ благопріятномъ вліяніи этихъ средствъ на теченіе діабета. Ее слѣдуетъ искать отчасти въ глубокомъ угнетеніи функций организма, отравленнаго высокими дозами *patri salicylici* и опиѣ, отчасти и въ уменьшеніи усвоенія питательнаго матеріала (отсутствіе аппетита въ 1-мъ и расстройство пищеваренія во 2-мъ случаѣ). Понятно, что подобная терапія, подрывая и безъ того слабое питаніе больныхъ, только увеличиваетъ шансы для развитія неблагоприятныхъ осложнений.

На этихъ основаніяхъ при назначеніи терапіи соблюдаема была осторожность въ дозировкѣ, обращалось большое вниманіе на самочувствіе больныхъ и избѣгались количества, близкія къ токсическимъ.

Планъ наблюденія за терапіей вообще былъ такой: передъ назначеніемъ cadaго средства дѣлался промежутокъ, чтобы опредѣлить теченіе болѣзни безъ терапіи <sup>2)</sup>. Эти промежутки въ началѣ были приблизительно двухнедѣльные; затѣмъ, вслѣдствіе краткости срока пребыванія больныхъ въ клиникѣ, они дѣлались короче, чтобы только по возможности не смѣшать эффекта разныхъ періодовъ терапіи.

<sup>1)</sup> Sitzungsberichte d. Wiener Akademie der Wissenschaften. 1872, стр. 279.

<sup>2)</sup> Слово „терапія“ употребляется повсюду въ смыслѣ „фармацевтической терапіи“.



## НАБЛЮДЕНІЕ I-е.

(граф. табл. I).

Мальчикъ Н. К—овъ пробылъ въ клиникѣ 191 день; половину до зимнихъ праздниковъ и затѣмъ, послѣ небольшого перерыва, почти до закрытія клиники. Этотъ случай діабета окончился смертію въ припадкахъ комы.

### 1.

Н. К—въ, 15 лѣтъ, уроженецъ Ярославской губерніи, поступилъ въ клинику 17/ix 1887. По рассказамъ его, отца его и хозяина лавки, гдѣ онъ служилъ, болѣзнь стала обнаруживаться около середины августа. Больной сталъ замѣчать за собою слабость, увеличеніе жажды и аппетита, чрезвычайно частое мочеотдѣленіе; окружающіе обратили вниманіе на его исхуданіе. Въ началѣ сентября діабетъ былъ діагностированъ, назначено лѣченіе щелочами и кодеиномъ; нѣсколько дней больной чувствовалъ себя лучше, но не видя значительнаго успѣха, поступилъ въ клинику.

Въ раннемъ дѣтствѣ, по рассказу отца, перенесъ тяжелое воспаленіе легкихъ; затѣмъ вообще былъ здоровъ. Въ декабрѣ 1885 лѣчился въ клиникѣ отъ тифлита, съ тѣхъ поръ до появленія настоящей болѣзни пользовался вполне удовлетворительнымъ здоровьемъ. Никогда не получалъ значительныхъ ушибовъ; обращеніемъ дома и на работѣ пользовался хорошимъ; пищу и помѣщеніе имѣлъ всегда удовлетворительныя. Любилъ сладкія кушанья и ѣлъ ихъ довольно много.

Больше года служить въ посудной лавкѣ; работалъ ежедневно по 18—20 часовъ, занимаясь продажей и переноской посуды (на головѣ)—иногда болѣе пуда и на довольно большія разстоянія — версты по 4 и болѣе. Спать приходилось часовъ по 6. Вообще же работа была ему по силамъ.

Отецъ больного вообще здоровый человѣкъ, алкоголикъ, сифилиса никогда не имѣлъ; со стороны отца до сихъ поръ здоровы дѣдъ и бабушка больного. Мать умерла во время родовъ. Братьевъ двое, совершенно здоровы. Нѣтъ никакихъ указаній на нервную, артритическую или діабетическую наследственность.

При осмотрѣ, больной представляется порядочно развитымъ для своихъ лѣтъ; костная система сформирована правильно. Обращаетъ вниманіе значи-



тельная степень исхуданія; судя по большимъ складкамъ, въ которыя захватывается кожа, прежде былъ хорошо упитанъ. Кожа блѣдна, суха, покрыта слабо коричневатыми пятнами, слегка шелушится; слизистыя оболочки блѣдны, зубы мелкіе, съ большими промежутками, каріозны. Дыханіе имѣетъ особенный, слегка яблочный запахъ.

Правая ключица опущена, обѣ половины грудной клѣтки расширяются равномерно. Лопатки и остистые отростки позвонковъ сильно выдаются. Животъ значительно увеличенъ въ нижней части; ясной флюктуациі нѣтъ.

Толчекъ разлитой, всего яснѣе ощущается въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ на  $\frac{1}{2}$  пальца правѣ соска. Увеличенныя железы паховыя и аксиллярныя.

Въ стоячемъ положеніи верхняя граница сердца у края sterni надъ 4-мъ ребромъ, лѣвая слегка правѣ лѣвой mammillar'ной; нижняя неясно опредѣляется въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ. Въ лежачемъ положеніи верхняя граница ясно опредѣляется на 3-мъ ребрѣ, остальные мало измѣняются.

Верхняя гран. печени въ стоячемъ положеніи съ 6-го ребра по mammillar'ной, надъ 8-мъ по передней axillar'ной, смѣщается не очень обширно при глубокихъ вдохахъ. Область селезенки маскируется тимпанитомъ.

Печень прощупывается при глубокихъ вдохахъ почти на палецъ подъ краемъ ложныхъ реберъ; селезенка не прощупывается.

Жесткое дыханіе и удлиненный выдохъ справа, особенно надъ ключицей; слѣва выдохъ слабѣе. Тоны сердца чисты, 2-й слегка акцентуированъ на pulmonalis и аортѣ, на carotid'ахъ 2 тона, венныхъ шумовъ нѣтъ.

Колебные рефлексы понижены, слѣва почти отсутствуютъ; кожные рефлексы нормальны; замѣчается небольшое уменьшеніе осязательной чувствительности справа при изслѣдованіи эстезіометромъ; изслѣдованіе индукціоннымъ токомъ не указываетъ отступленій отъ нормы ни количественныхъ, ни качественныхъ. При изслѣдованіи вкусовой чувствительности слабыми растворами хлористаго натрія, уксусной кислоты, хинина и сахарина—преобладаетъ чувствительность къ сладкому, всего слабѣе къ кислому; вкусъ яснѣе ощущается на правой сторонѣ языка и у корня. Со стороны слуха не замѣчается никакихъ уклоненій. При изслѣдованіи зрѣнія замѣчается пониженіе остроты зрѣнія, не соответствующее имѣющейся у больного степени астигматизма, но при офтальмоскопированіи ни ретина, ни другія части глаза измѣненій не представляютъ.

При изслѣдованіи испражнений не замѣчено ничего ненормальнаго.

Моча больного имѣетъ ароматическій оттѣнокъ запаха, реакція кислая, бѣлка не содержитъ, съ  $\text{Fe}_2\text{Cl}_6$  даетъ ясное пурпуровое окрашиваніе.

Иногда у больного замѣчалась enuresis nocturna, обстоятельство, значительно мѣшавшее точности наблюденія.

Больной поставленъ на строгую мясную діету; ежедневно получаетъ около 1000 гр. бульона, 700—800 гр. котлетъ, 250 гр. яицъ и около 1000 к. с. молока.

До назначенія антипирина, предварительно давались больному сначала небольшія дозы кодеина ( $\frac{1}{8}$  gr. на приемъ 4 раза)—какъ прежняя его терапия; затѣмъ, съ 21/ix назначенъ *patrum salicyl.* по 5 gr. 3 раза въ день; далѣе, съ 28/ix—*solut Fowleri* съ *Aq. Quassiae* изъ  $\mathfrak{Jj}$  на  $\mathfrak{Jj}$  по 10 капель 2 раза въ день. Вслѣдствіе сильнаго поноса, мышьякъ пришлось оставить и назначенъ былъ съ 3/x опій, по  $\frac{1}{10}$  gr. 4 раза въ день.

Періодъ до назначенія опія представленъ въ 1-й таблицѣ. Въ теченіи этого времени въ состояніи больного не было переменъ, кромѣ поноса 26/ix, совпавшаго съ первымъ назначеніемъ сахарина. Температура держится около



36—37°, пульсъ 64—88, дыханіе 24 — 25. Часть мочи въ первые 2 дня была потеряна.

Просматривая 1-ю таблицу, мы видимъ, что вѣсъ больного слабо колеблется, падая значительно при наступленіи поноса; значительно колеблется всѣ остальные цифры. Въ первые дни, какъ обыкновенно, моча содержитъ мало хлористаго натрія.

Вліяніе салициловаго натра выражается крайне слабо; можетъ быть, въ видѣ нѣкотораго уменьшенія количество мочи.

Съ 3/х назначенъ опій; характеръ теченія болѣзни не измѣняется.

6-го окт. больной началъ жаловаться на кашель; t° 36,9—37,5.

7-го эти жалобы усилились. При перкуссіи найдено только уменьшеніе звучности подъ правой лопаткой; t° 37,4—37,9.

8/х. Головная боль, кашель сильно мучитъ больного, сильный насморкъ и конъюнктивитъ; больной постоянно чихаетъ. Притупленіе подъ правой лопаткой ясное; *fremitus pectoralis* ослабленъ; слегка ослаблено здѣсь же и по правой *axillar'*ной дыханіе; t° 38,1—38,6, п. 78, д. 22.

9/х. Плохо спалъ ночь, жалуется на ознобъ; болитъ голова. Уменьшеніе звучности замѣчается по всей правой сторонѣ, особенно сзади; при выслушиваніи жесткое дыханіе и выдохъ; сзади дыханіе справа внизу ослаблено; t° 37—37,2, п. 88, д. 18.

10/х. Чувствуетъ себя немного лучше. Справа притупленіе начинается спереди на 5-мъ ребрѣ по *mamillar'*ной, съ 6-го по *axillar'*ной, сзади пальца на 2 надъ нижнимъ угломъ лопатки; границы притупленія мѣняются при перемѣнѣ положенія. На мѣстѣ притупленія ослаблены дыханіе и *fremitus pectoralis*; t° 37—37,6, п. 80, д. 19.

11/х. Чувствуетъ себя лучше, насморкъ прошелъ, кашель слабѣе. Перкуторно—тоже. Подъ правой лопаткой при первыхъ вздохахъ слышны были довольно крупные, звучные хрипы. Надъ лѣвой лопаткой небольшое притупленіе; t° 36,5—37,8, п. 64, д. 20.

12/х. Жалуется только на кашель. Притупленіе справа внизу совершенно ясное; *frem. vocalis* ясно ослабленъ; t° 37,1—37, п. 84, д. 20.

13/х. Чувствуетъ себя гораздо лучше. Объективно нѣтъ измѣненій, подъ правой лопаткой попадаютъ хрипы; t° 36,9—37,2, п. 84, д. 20.

Съ этого времени самочувствіе больного быстро улучшается, но объективныя явленія остаются довольно долго и совершенно слабѣютъ только къ концу мѣсяца. Больной продолжаетъ опій по  $\frac{1}{2}$  gr. 3 раза въ день до 30/х; чувствуетъ себя хорошо. По временамъ замѣчаются у него сильный потъ — главнымъ образомъ на лицѣ, шеѣ и передней поверхности груди, лицо сильно краснѣетъ и горячо на-ощупь; t°, пульсъ, дыханіе—не представляютъ ничего особаго.

Разсматриваемый періодъ представленъ на 2-й таблицѣ. Наибольшій интересъ здѣсь имѣетъ лихорадочный періодъ съ 6/х, при осложненіи болѣзни гриппомъ съ плевритическими явленіями. Вѣсъ больного падаетъ, достигая *minimum'a* по окончаніи лихорадки, колич. выпитаго и мочи сильно увеличались въ первые дни лихорадки; сахаръ, поднявшійся на высокія цифры (до 507,9) передъ началомъ гриппа, держится на нихъ въ первые дни, пока существуетъ высокая t°, и затѣмъ рѣзко падаетъ, достигая 14/х цифры 200,0. Мочевина при наступленіи лихорадки начинаетъ выдѣляться въ увеличенномъ количествѣ и соотвѣтственно ея асметъ достигаетъ наивысшихъ цифръ — 105,5 граммъ. Затѣмъ цифры мочевины значительно спадаютъ и въ теченіе остальной части періода количества ея содержатся по обыкновенному типу. Хлориды выдѣляются въ количествахъ, довольно пропорціональных мочевины.



Въ продолженіи періода лѣченія опіемъ при отсутствіи лихорадки мы замѣчаемъ мало переменъ въ теченіи болѣзни; всѣ цифры сохраняютъ тотъ колеблющійся типъ, который характеренъ для этого случая. Въ состояніи больного не послѣдовало никакихъ измѣненій. Всѣ постепенно нарастаютъ.

Съ 30/x начато было лѣченіе восходящими дозами *антипирина*—по 3, 5, 8, 10, 12 гранъ на пріемъ 3 раза въ день съ цѣлью опредѣлить вліяніе различныхъ его количествъ. Въ состояніи больного въ теченіе этого время, кромѣ поноса 19—21 ноября, особыхъ переменъ не было; всѣ его постепенно прибывалъ, самочувствіе было хорошее. Просматривая третью таблицу, относящуюся къ этому періоду, мы не можемъ констатировать вліянія терапіи. Въ первые дни сахаръ и мочевины достигаютъ даже небывало высокихъ цифръ (592,0 сах.; 122,0 мочевины), и общій уровень сахара и мочевины выше прежняго. Только къ концу періода, при дозахъ антипирина въ 10—12 гр. наблюдается, хотя и небольшое, общее уменьшеніе всѣхъ цифръ и сглаживание ихъ колебаній. (табл. 3).

Такъ какъ при употребленіи восходящихъ дозъ антипирина можно было ждать привыканія къ нему и менѣе яснаго дѣйствія, то, опытъ былъ видоизмѣненъ. Больной былъ оставленъ на 15 дней безъ всякой терапіи, на прежней діетѣ (табл. 4), послѣ чего ему назначены были сразу дозы антипирина по 15 гранъ на пріемъ 3 раза въ день.

Въ концѣ періода лѣченія восходящими дозами, антипирина и въ началѣ періода безъ лѣченія, съ 22/xi, у больного развивается новое осложненіе, протекающее безъ лихорадки—фуникулитъ и эпидидимитъ. У него замѣчается краснота и припухлость въ области праваго *funiculi spermatici* и яичка, болѣзненность при надавливаніи; значительныя боли въ этой области. При употребл. компрессовъ изъ аq. Goulardi эти явленія въ теченіи недѣли исчезли (къ 1/xii).

За 15 дней, проведенныхъ на одной діетѣ безъ терапіи, мы не замѣчаемъ никакихъ переменъ ни въ общемъ состояніи больного, ни со стороны его мочи (см. табл. 4).

Съ 12/xii начато примѣненіе антипирина по 45 gr. p. die. Количества пищи передъ этимъ почти не колебались; лихорадки нѣтъ, самочувствіе больного хорошее; поноса нѣтъ.

Назначеніе антипирина сопровождалось несомнѣннымъ успѣхомъ. Просматривая табл. 5, мы видимъ, что быстро и значительно падаетъ количество вводимой жидкости. Самъ больной обращаетъ вниманіе на значительное уменьшеніе жажды. Уменьшается нѣсколько и аппетитъ, часть пищи остается несѣденной. Сравнимъ количества пищи за нѣсколько дней этого періода:

12/xii.	Бульон.	990 грм.	19/xii.	1300.	21/xii.	1100.	22/xii.	910.
	Котл.	780 "		530.		575.		490.
	Курицы	230 "		170.		200.		100.
	Яицъ.	260 "		180.		180.		170.

Количество мочи почти безостановочно падаетъ, опускаясь даже ниже 3000, уд. вѣсъ ея измѣняется мало. Сахаръ съ 369,0 постепенно падаетъ до 160 и ниже, сохраняя наклонность къ колебаніямъ, но на болѣе низкомъ уровнѣ.

Количество мочевины уменьшается, хотя слабѣе, чѣмъ сахаръ, такъ что отношеніе S:U падаетъ; послѣднія цифры мочевины уже находятся въ предѣлахъ нормы; количества хлоридовъ и фосфатовъ уменьшаются довольно параллельно мочевины.

На температуру и пульсъ антипиринъ не оказываетъ никакого вліянія. ° даже держится нѣсколько выше прежняго, пульсъ 84—88, дыханій 20—22.



Вѣсъ больного продолжаетъ повышаться и достигаетъ самыхъ высшихъ цифръ, самочувствіе больного прекрасное; онъ выглядитъ полнѣе и здоровѣе прежняго; чувствуетъ въ себѣ больше силы.

23/хп это 98-дневное наблюденіе пришлось прекратить, такъ какъ больной, чувствуя себя гораздо лучше, выписался изъ клиники на праздники. При послѣднемъ изслѣдованіи онъ представляетъ улучшеніе и объективныхъ явленій: надъ правой ключицей притупленія почти нѣтъ, оно сильнѣе надъ лѣвой лопаткой; при выслушиваніи, дыханіе менѣе жестко; плевритическихъ явленій нѣтъ.

Больному данъ совѣтъ продолжать ту же діету, терапія оставлена; послѣ праздниковъ онъ рѣшилъ возвратиться въ клинику. Въ теченіи слѣдующихъ 2 недѣль больной не придерживался строгой діеты, но чувствовалъ себя хорошо, только жажда вновь увеличилась. Объективно (при изслѣдованіи на амбулаторномъ приѣмѣ) не представлялъ никакихъ новыхъ измѣненій.

## 2.

8/і. Больной возвратился въ клинику. Ни субъективно, ни при объективномъ изслѣдованіи не представляетъ ничего новаго; выглядитъ нѣсколько похудѣвшимъ.

Рѣшено было повторить наблюденіе съ антипириномъ при предшествующей діететической подготовкѣ.

Съ 8/і—22/і больной не получаетъ никакой терапіи (табл. 6). За это время не представляетъ никакихъ перемѣнъ въ своемъ состояніи, кромѣ поноса 19/і. Темпер. 36—37°, п. 72—84, д. 23—24. Изъ 6 таблицы видно, что вѣсъ больного нѣсколько уменьшился, количества выпитаго и мочи среднимъ числомъ небольшія—около 5 литровъ, но больше чѣмъ передъ праздниками; такія же колебанія. Сахаръ колеблется на цифрахъ около 300 гр., мочевины около 60—50, содержаніе хлористаго натрія умѣренное, отношеніе мочевины къ NaCl около 3. Только содержаніе фосфатовъ кажется нѣсколько повышеннымъ, ихъ отношеніе къ мочевиной около 11.

Количества пищи (среднія) — бульона 1000, котл. 600, кур. 200, яицъ 200 граммъ; количество молока около 1800 к. с.

13/і замѣчается рѣзкое и необыкновенно сильное нарастаніе сахара и мочевины (до 587 сах. и 88 мочевины); вѣсъ больного упалъ. Что обусловило это повышеніе сахара и пр., трудно сказать; перемѣнъ въ діетѣ не было.

Съ 22-го назначенъ *антипиринъ* по 15 гр. и примѣнялся 19 дней. Просматривая табл. 7, мы не находимъ уже ничего подобнаго эффекту антипирина съ 12—23 дек. Правда, къ концу періода количества мочи, сахара и особенно мочевины понижаются, но далеко не такъ значительно. 9/і у больного небольшой поносъ.

Вѣсъ больного мало измѣняется, самочувствіе его хорошо, t°, пульсъ и дыханіе не представляютъ никакихъ измѣненій.

10 февр. антипиринъ оставленъ, до 19 числа больной не получаетъ терапіи.

Въ продолженіи этого періода (табл. 8), теченіе болѣзни представляетъ серьезное осложненіе гастроэнтеритомъ.

Уже съ 9/і начался поносъ; 11/і появились боли въ животѣ, рвоты; t° вечеромъ дошла до 38,0.

12/і. Больной жалуется на сильный поносъ, рвоту послѣ cadaго принятія пищи, боли въ животѣ, отсутствіе аппетита. Животъ при дотрогиваніи, особенно въ нижней части и справа, очень болѣзненъ, t° 37—38,2, п. 108.



Съѣлъ всего 100 грм. котл. и 160 грм. яицъ. Назначенъ Morph. pur. съ aq. amygda. amar; emulsio ol. ricini; ледъ для глотанія, согрѣвающий компрессъ на животъ.

13/II рвота прекратилась, поносъ и боли по прежнему. Замѣчается вновь припухлость и болѣзненность въ области прав. funiculi spermatici. t° 37,3—37,2.

14/II. Болѣзненные явленія уменьшаются; t° 37,2—37,4.

15/II. Чувствуетъ себя лучше, болѣе почти нѣтъ; t° 37,1—36,8.

Подъ вліяніемъ лихорадочнаго состоянія и уменьшенія приѣма пищи, а также и сильнаго поноса—количества питья, мочи, сахара, мочевины, хлоридовъ значительно падаютъ (сахаръ до 116,278) и только къ концу наблюдаемаго періода нарастаютъ вновь.

Съ 19/II назначенъ антифебринъ по 5 gr. въ 3 приѣма. Таблица 9 представляетъ относящіяся сюда цифры. Въ теченіи этого періода наиболѣе ясно замѣтно уменьшеніе цифръ мочевины (около 50,0); сахаръ вовсе не падаетъ, кромѣ дней, соотвѣствующихъ поносамъ, гдѣ теряется значительное количество воды кишечникомъ и сильно падаетъ количество мочи (22-го и 23-го). Поэтому отношеніе сахара къ мочевиנѣ здѣсь значительно возрастаетъ. Нѣкоторое уменьшеніе замѣчается еще по отношенію къ количествамъ мочи, уже не достигающимъ цифръ табл. 6-й и 7-й.

Темпер. 36—37°, пульсъ 70—90, дыханіе около 24—25.

Послѣ антифебрина оставленъ небольшой промежутокъ безъ терапіи (5 дней), въ теченіи котораго не замѣчается ничего новаго (съ 5/III—9/III), и затѣмъ былъ назначенъ *thallinum sulfuricum* также по 5 gr. въ 3 приѣма (табл. 10). Слѣдующіе два дня послѣ его назначенія характеризуются рѣзкимъ уменьшеніемъ суточныхъ количествъ питья, мочи, сахара и мочевины. Однако, въ эти дни у больного замѣчается небольшой поносъ; правда, и количество выпитой жидкости сильно упало 11-го. Послѣ этихъ двухъ дней всѣ цифры возрастаютъ и держатся безъ особой наклонности къ пониженію, вслѣдствіе чего таллинъ и былъ оставленъ. Онъ производилъ еще неблагоприятное впечатлѣніе своимъ запахомъ (слегка напоминающимъ запахъ *Melilotus officinalis*), который портилъ больному аппетитъ.

Послѣ отміны таллина рѣшено было испробовать еще какія нибудь средства изъ ранѣ примѣнявшейся терапіи. Мы обратились опять къ *опію* въ формѣ, рекомендуемой Kratschmer'омъ <sup>1)</sup> Extr. Opіi aquosum, который, послѣ 3-дневнаго промежутка, и былъ назначаемъ по ¼ gr. 3 раза въ день. Трудно сдѣлать заключенія изъ этого періода, такъ какъ больной терялъ часть мочи; но въ общемъ сахаръ держится на меньшихъ цифрахъ. Нельзя не обратить однако вниманіе на то, что это уменьшенное содержаніе сахара теперь дѣлается постояннымъ, прежнихъ цифръ онъ уже не достигаетъ. Невысоки и цифры мочевины и хлоридовъ и замѣчается преобладаніе количествъ вводимой жидкости надъ колич. мочи при отсутствіи значительной потливости и даже въ дни безъ поносовъ. Въмѣстѣ съ этимъ вѣсъ больного прибываетъ. Объективно онъ не представляетъ новаго, но съ виду выглядитъ хуже прежняго и чувствуетъ себя нѣсколько слабѣе.

Послѣ 4-дневнаго промежутка безъ терапіи, 29/III былъ испробованъ *фенацетинъ* по 10 gr. 3 раза въ день; но на второй день его примѣненія у больного на лицѣ, рукахъ и ногахъ развивается сплошная красная сыпь, сильно зудящая; t° 30-го вечеромъ 37°,8; 31-го 37°,8 — 37°,4. Хотя уже съ 27/III больной представлялъ ненормальные явленія въ видѣ рѣзкой красноты

<sup>1)</sup> Sitzungsber. d. Wiener Akad. d. Wiss. 1872, стр. 279.



лица, особенно щекъ, и чувства жара въ лицѣ, тѣмъ не менѣе, въ виду возможности развитія экзантемы отъ фенацетина, подобно антипиривной, терапия была отмянена. Дѣйствительно, сыпь исчезла на слѣдующій же день.

3/iv больной сталъ жаловаться на сильнѣйшія боли въ правомъ ухѣ, не дающія ему спать. Около барабанной перепонки обнаруженъ серозный пузырь; назначено наркотическое вливаніе (*Morphii acet. gr. j* на  $\mathfrak{3j}$  *aq. dest.*) и смазываніе іодомъ за ухомъ;  $t^{\circ}$  37,6—37,2, п. 88, д. 24.

4/iv. Боли значительно легче. Замѣчаются увеличенныя шейныя железы, особенно съ правой стороны;  $t^{\circ}$  36°,8—36,6, п. 84, д. 23.

5/iv. Количество сахара съ 321 грамма упало до 187; рѣзко уменьшилось количество мочи, содержаніе мочевины. Боли въ ухѣ легче, но продолжаютъ;  $t^{\circ}$  36,8—37,6, п. 84, д. 21.

6/iv. Нарывъ около барабанной перепонки прорвался, изъ уха вытекаетъ гноевидная жидкость. Назначено промываніе изъ *acid. carbol.*; салолъ по 10 gr. 3 раза. Больной чувствуетъ себя хуже;  $t^{\circ}$  36,5—39,9, п. 92, д. 23.

7/iv. Больной жалуется на лихорадочное состояніе, сильную слабость, потерю аппетита, небольшую боль въ горлѣ. Въ зѣвѣ небольшая краснота; перкуторно и аускультативно ничего новаго. Изъ уха выдѣляется гной;  $t^{\circ}$  37,7—38°, п. 92, д. 24. Въ мочѣ впервые появляется бѣлокъ. Полосканье изъ *natr. bibor.*; салолъ оставленъ.

8/iv. Чувствуетъ себя значительно хуже, слабость увеличивается. Жалуются на боль при глотаніи, сухость во рту, одышку. Дыханіе представляетъ особый характеръ—вдохъ чрезвычайно глубокий. Больного постоянно клонитъ ко сну. Объективно ничего новаго,  $t^{\circ}$  37,8—38°. Въ мочѣ бѣлокъ; она имѣетъ сильный яблочный запахъ; содержитъ ацетонъ и даетъ необычайно рѣзкую реакцію съ  $\text{Fe}_2\text{Cl}_6$ . Сахаръ упалъ до 122,8 граммъ, п. 100, д. 24.

9/iv. Ночью на 9-е больной стоналъ и метался; былъ переведенъ въ отдѣльную палату. Состояніе сопорозное, въ сознаніе приходитъ съ трудомъ. *Dyspnoë*, глубокий шумящій вдохъ. Ковечности холодны, кожа лица покрыта шелушащимися чешуйками; лицо блѣдно. Дыханіе не имѣетъ яснаго ароматическаго запаха. Ночью больной пилъ много воды, подъ утро пересталъ пить и съ трудомъ глотаетъ вливаемую ему въ ротъ.

Въ 12 ч. дня глубокое коматозное состояніе, послѣдніе проблески сознанія исчезли, характеръ дыханія тотъ же; глаза обращены кверху и неподвижны. При выслушиваніи, въ концѣ вдоха повсюду свистящіе хрипы. Не говоритъ и не стонетъ;  $t^{\circ}$  35°,7—34°,2; п. 104, д. 24. Мочи получено около 150 к. с., она имѣетъ яблочный запахъ, содержитъ бѣлокъ; реакція *Lieben'a* и *Legal'a* съ мочою и дистиллатомъ обнаруживаютъ большое количество ацетона; реакція съ  $\text{Fe}_2\text{Cl}_6$  слабѣе. Сахара въ мочѣ 4,386%.

10/iv. Ночью состояніе больного все ухудшается, пульсъ едва ощутимъ, *dyspnoë* по прежнему. Глубокая кома, больной лежитъ безъ звука и движенія, судорожныхъ явленій нѣтъ. Къ 2 часамъ слабѣетъ дыханіе, пульсъ исчезаетъ. Въ 2 часа ночи медленно и спокойно наступила кончина больного.

*Вскрытіе* произведено было 11/iv К. Н. Виноградовымъ; протоколъ вскрытія представляетъ слѣдующія данныя.

Кости черепнаго свода немного утолщены. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки темняной доли, преимущественно съ правой стороны, рыхлая тонкія перепонки съ свѣжими экстравазатами. *Pia* гиперемирована, отечна, снимается легко; по верхнему краю полушарій устьяна пахионовыми грануляціями. На правомъ полушаріи между *pia* и мозгомъ ограничен-



ныя сращенія, многія извилины при этомъ сморщены, тонки. Ткань мозга плотна, рѣжется съ трудомъ, на поверхности разрѣза изъ венъ выступаютъ мелкія капли крови. Боковые желудочки содержатъ немного жидкости.

На днѣ 4-го желудочка эпандима малопрозрачна, *striae acusticae* лѣвой стороны атрофированы, ткань плотна. Сосуды на основаніи мозга не измѣнены.

Спинной мозгъ блѣденъ, довольно плотной консистенціи въ верхней своей части, границы сѣраго вещества сглажены.

Сердце длиною 9,5 см., шириною 10; по бороздамъ замѣчается небольшое количество атрофированнаго жира, на перикардіальной сторонѣ помутнѣнія. Въ полостяхъ сердца темная кровь съ небольшими свертками; стѣнка лѣваго жел. 8 мм. толщиною, дрябла, блѣдна; клапаны безъ измѣненій. Полость праваго желудочка растянута, съ фибринозными свертками. На intim'ѣ аорты небольшое количество желтоватыхъ утолщеній.

Легкія приращены старыми перепонками. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго гнѣздо, непроходимое для воздуха, въ разрѣзѣ представляющее творожистыя измѣненія, къ гнѣзду этому подходит расширенный бронхъ. Остальная часть легкаго отечна. Ткань праваго легкаго немного отечна; въ верхней долѣ плотный сѣроватый узелъ съ горошину.

Между кишками и брюшными стѣнками ложныя перепонки, окрашены въ сѣроаспидный цвѣтъ. Почки немного увеличены, дряблы, представляютъ неравномѣрную инъекцію венозныхъ сосудовъ. Кортковый слой блѣденъ; изъ сосочковъ выжимается немного бѣловатой жидкости.

Селезенка увеличена, 15,5 см. длины, 7 см. ширины; капсула сморщена, ткань блѣдна и дрябла. Въ большомъ сальникѣ около селезенки два добавочные органа съ горошину.

Печень въ поперечникѣ 22 см., длина правой доли 16, лѣвой 14 см., капсула нѣсколько сморщена; ткань мягка, слегка хруститъ при разрѣзѣ, малокровна съ небольшими желтоватыми узелками.

Слизистая оболочка желудка блѣдна, покрыта толстымъ слоемъ слизи. Въ тонкихъ кишкахъ небольшая инъекція венозныхъ сосудовъ. Въ подвздошной и толстыхъ кишкахъ солитарныя железы увеличены до размѣровъ просянаго зерна, блѣдны; мѣстами замѣчаются небольшіе экстравазаты. Брыжеечныя и забрюшинныя железы увеличены, блѣдны и мягки. Pancreas видимыхъ, грубыхъ измѣненій не представляетъ.

Правый сѣмянной канатикъ утолщенъ, ткань яичка плотна, слизистая оболочка уретры въ кавернозной части немного утолщена.

Въ глоткѣ и гортани слизистая оболочка покрыта бѣловатою густою слизью. Слизистая оболочка трахеи гиперемирована. Миндалевидныя железы увеличены, изъ нихъ выдавливается бѣловатая слизь.

На основаніи данныхъ вскрытія можно заключить, что происхожденіе діабета въ этомъ случаѣ было связано съ измѣненіями въ центральной нервной системѣ, главнымъ образомъ въ продолговатомъ мозгу. Смерть послѣдовала при отсутствіи значительнаго истощенія, при сохраненіи сахара въ мочѣ—вслѣдствіе осложненія діабетической комой, толчкомъ для развитія которой, вѣроятно, послужилъ воспалительный процессъ наружнаго уха.



# НАБЛЮДЕНІЕ I.

Н. К- въ.

Таблица 1 <sup>1)</sup>. Діета, natr. salicylicum, мышьякъ.

ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	‰.	U.	Cl.	S:U.	U:Cl.	
19 ix	37100	—	4600	1,031	198,276	4,3	—	—	—	—	Часть мочи потер.
20	36750	—	6350	1,027	269,067	4,2	76,4	—	—	—	
21	37350	—	7850	1,028	327,1	4,2	63,3	23,5	5,19	2,7	Natr. salicyl. 15 гр. p. die.
22	37350	7970	7750	1,029	408,52	5	79,9	24,5	5,1	3,2	
23	37450	4185	7500	1,028	281,55	3,7	75,8	26,8	3,7	2,8	
24	36400	5150	7000	1,026	275,064	3,9	80,9	26,5	3,4	3,05	
25	37450	5780	8550	1,029	428,98	5	84,2	27,8	5,1	3	
26	37100	4610	6400	1,028	337,513	5,3	59,5	20,2	5,6	2,9	
27	35600	5540	5700	1,033	328,75	5,6	63,8	19,2	5,2	3,3	Понось.
28	35500	4250	4550	1,028	240,4	5,3	62,7	17,2	3,8	3,6	Sol. Fowleri.
29	36550	4550	7000	1,026	374,77	5,3	70,0	29,4	5,3	2,4	
30	36800	5810	5550	1,031	332,1	6	67,9	25,8	4,8	2,6	
1 x	36450	4520	8300	1,031	467,045	5,6	81,3	30,4	5,7	2,7	
2	36100	5960	5900	1,033	413,958	7	79,6	20,4	5,2	3,9	Сильн. поносъ.

<sup>1)</sup> Значеніе сокращеній, употребляемыхъ въ таблицахъ:

В.—вѣсъ больного въ граммахъ.

К. В.—суточное количество вводимой жидкости въ куб. сант.

К. М.— " " мочи въ куб. сант.

d.—удѣльный вѣсъ мочи.

S.—суточное количество сахара въ граммахъ.

U.— " " мочевины въ граммахъ.

Cl.— " " хлористаго натрія въ граммахъ.

Ph.— " " P<sub>2</sub>O<sub>5</sub> въ граммахъ.

S : U.—отношеніе количествъ сахара и мочевины.

U : Ph.— " " мочевины и P<sub>2</sub>O<sub>5</sub>.

U : Cl.— " " " и NaCl.



Таблица 2. Опій, періодъ лихорадки.

Ч.	В.	К В.	К. М.	d.	S.	‰.	U.	Cl.	S:U.	U:Cl.	
3	36000	6370	6400	1,032	460,273	7,2	87,0	22,3	5,2	3,9	Pulv. Opіi grm. 0,4
4	36750	5420	6200	1,031	396,117	6,4	67,5	28,3	5,8	2,4	p. die. t. 36,7—37.
5	36500	7400	6700	1,029	507,935	7,6	66,3	20,3	7,6	3,3	36,7—37.
6	37000	5480	6300	1,029	495,512	7,8	68,04	20,4	7,3	3,4	36,9—37,5.
7	36800	8360	8900	1,030	478,268	5,3	89,8	39,1	5,3	2,3	37,4—37,3.
8	37950	6740	9600	1,026	467,547	4,9	105,5	21,2	4,4	5	38,1—38,6.
9	35600	5475	4900	1,030	306,42	6,2	65,2	18,2	4,5	3,6	37—37,2.
10	36800	5265	4700	1,029	335,714	7	59,7	18,8	5,6	3,1	37—37,6.
11	36850	3660	5500	—	235,04	4,3	81,9	24,7	2,8	3,2	36,5—37,8.
12	35650	4380	4300	1,030	247,126	5,7	60,2	17,6	3	3,4	37,1—37.
13	36000	—	5750	1,025	239,583	4,1	89,2	25,3	2,7	3,4	36,9—37,2.
14	36250	4170	4800	1,024	200,0	4	75,8	28,8	2,6	2,3	Гриппъ оканчив.
15	35750	5860	6800	1,020	255,639	3,7	85,0	34,0	3	2,5	
16	35750	5860	6900	1,027	363,158	5,3	101,4	30,9	3,5	3,2	
17	35500	5630	5400	1,026	226,804	4,2	72,4	25,9	3,1	2,7	
18	35800	5270	6900	1,026	334,951	4,8	76,8	26,2	4,3	2,9	
19	35700	5780	5300	1,029	298,59	5,4	62,0	20,6	4,8	3	
20	36500	6020	7300	1,026	448,583	6	70,9	24,09	6,3	2,9	Pulv. Opіi 0,6 p.
21	35900	6740	6700	1,028	345,36	5,1	71,0	21,4	4,8	3,3	die.
22	36100	5780	5300	1,029	308,139	5,8	71,5	19,6	4,3	3,6	100 grm. булки.
23	35700	7680	8000	1,030	465,116	5,8	90,6	29,6	5,1	3	
24	36350	8300	5400	1,030	360,0	6,6	56,16	15,2	6,3	3,6	
25	36100	5740	7400	1,027	389,47	5,2	91,3	22,9	4,2	3,9	
28	36700	7360	6600	1,030	412,5	6,2	80,2	23,1	5,1	3,4	Анализы за 26 и
29	36300	7540	6330	1,035	367,443	5,8	79,13	20,8	4,6	3,7	27 потеряны.



Таблица 3-я Антипиринъ въ восход. дозахъ.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	U.	Ph.	Cl.	S:U.	U:P.	U:Cl.	
30	36200	4920	6100	1,030	310,202	76,3	—	23,2	4	—	3,3	9—15 gr. p. die.
31	36700	6170	5500	1,035	335,366	71,2	—	19,3	4,7	—	3,7	Порція молока увел. на 500 к. с.
1 x1	36500	6280	8800	1,031	494,381	117,6	7,6	34,3	4,2	15,4	3,4	
2	36850	9320	9000	1,031	592,105	122,3	7,4	25,2	4,8	16,5	4,8	
3	37250	6160	6600	1,033	402,439	98,3	5,8	22,4	4,1	16,9	4,4	
4	36650	6340	6000	1,031	329,67	78,0	5,8	22,8	4,2	13,4	3,4	
5	37700	6430	6400	1,029	347,8	81,9	5,8	22,4	4,2	14,1	3,7	
6	36700	6240	5900	1,028	307,29	90,3	6,2	22,3	3,4	14,5	4	
7	37050	5950	5950	1,032	345,9	93,5	6,6	24,3	3,7	14,1	3,8	
8	37000	5930	6850	1,029	417,683	88,1	5,4	20,5	4,7	16,3	4,4	
9	36850	6790	7400	1,032	462,5	96,6	7,5	24,4	4,8	12,8	4	24 gr. p. die.
10	37100	9170	9000	1,030	523,256	99,0	7,6	31,5	5,2	12,9	3,2	
11	37800	6550	6300	1,0295	357,954	89,4	6,3	27,1	4	12,5	3,3	
12	37200	7980?	4850	1,031	303,125	56,26	3,9	18,9	5,4	14,1	2,9	
13	36800	9040	8200	1,031	512,500	99,6	7,3	31,2	5	13,8	3,2	
14	37350	5970	5200	1,029	249,975	86,3	5,7	23,4	2,9	15,1	3,7	
15	37450	7080	7500	1,028	360,577	96,0	7,4	30,0	4	12,9	3,2	30 gr. p. die.
16	37750	7680	6900	1,028	313,636	83,8	6,9	28,2	3,7	12,1	2,9	
17	36700	5450	6650	1,029	277,083	107,2	8,1	35,9	2,5	13,4	2,9	
18	37700	6480	5250	1,028	277,04	63,7	4,9	27,3	4,3	13	2,3	
19	37350	5250	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36 gr. p. die. По- носъ. Моча по- теряна.
20	36950	5500	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
21	37200	4080	4200	1,028	201,923	59,6	4,2	22,7	3,4	14,1	2,6	Повносъ прекр.
22	36600	5250	6150	1,029	256,25	80,9	7,4	36,9	3,1	10,9	2,2	Развивается
23	37300	5510	6200	1,029	344,4	84,8	7,3	32,8	4	11,7	2,7	фуникулитъ
25	3730	5900	5600	1,032	318,181	90,28	6,7	29,6	3,5	13,5	3	t. не лихор.
26	37850	6860	7450	1,030	444,214	125,4	7,6	32,7	3,5	16,5	3,8	



Таблица 4. Безъ лѣченія.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	%	U.	Cl.	Pb.	S: U.	U: Ph.	U: Cl.	
27	38250	5660	5050	1,031	269,44	5,3	79,7	24,7	5,6	3,4	14,2	3,2	
28	38000	7100	5750	1,028	281,862	4,9	62,1	27,6	5,5	4,5	11,5	2,2	
29	37850	5900	6100	1,030	305,0	5	77,5	26,2	6,1	3,8	12,7	3	Фуникулитъ проходитъ.
30	37900	7580	8500	1,028	442,708	5,2	90,9	18,7	6,6	4,8	13,7	4,8	
$\frac{1}{x_{11}}$	37700	7100	8300	1,029	461,111	5,5	118,6	47,3	7,8	3,9	15,1	2,5	
2	37750	8540	6800	1,027	314,815	4,7	100,5	30,6	7,6	3,2	13,2	3,3	
3	37750	7580	7350	1,026	325,0	4,4	77,9	34,5	7,3	4,2	10,6	2,2	
4	38000	8060	7100	1,028	377,659	5,3	103,6	24,8	8,2	3,6	13	4,2	
5	37800	6620	6050	1,027	280,09	4,6	82,8	29,6	6,3	3,4	13	2,8	
6	38500	7340	8550	1,029	464,674	5,4	96,6	37,3	8,1	4,8	12	2,6	170 gr. творога.
7	37750	6860	4450	1,029	227,09	5,1	60,5	20,0	5,1	3,7	11,8	3	100 gr. творога.
8	37750	7340	6050	1,028	290,863	4,6	95,5	27,8	6,5	3	13,2	3,4	
9	38000	5900	4450	1,028	211,904	4,7	48,0	20,0	5,1	4,4	9,5	2,4	
10	37900	7580	7300	1,030	388,3	5,3	108,7	24,6	7,3	3,5	14,9	4,5	
11	38100	8540	7800	1,028	387,45	4,9	99,1	25,7	7,4	3,9	13,3	3,8	

Таблица 5. Antipyrin 45 gr. p. die.

12	37600	4940	6200	1,035	369,047	5,9	73,47	33,5	7,1	5,5	10,2	2,2
13	37750	5420	4450	1,031	227,04	5	64,5	20,4	4,8	3,5	13,7	3,1
14	38350	5420	4150	1,022	253,05	6,1	60,6	12,4	4,0	3,5	15	4,9
15	38250	4460	3850	1,030	192,5	5	50,0	12,8	3,8	3,8	13,1	3,9
16	38000	3980	4050	1,030	194,7	4,8	51,7	17,1	5	3,7	10,3	3
17	38200	4700	5600	1,028	259,259	4,6	79,5	19,0	6,7	3,2	11,8	4,1



Ч.	B.	K. B.	K. M.	d.	S.	%	U.	Cl.	Ph.	S : U.	U : Ph.	U : Cl.	
18	37750	3390	3850	1,030	178,24	4,6	52,7	11,9	4,5	3,4	11,8	4,4	
19	37700	3390	3550	1,029	184,443	5,1	44,9	14,2	3,2	4,1	14	3,2	
20	37700	2910	2650	1,029	132,5	5	31,9	10,1	2,4	4,1	13,2	3,2	
21	37000	3150	2850	1,031	151,6	5,3	38,4	11,7	4,1	3,9	9,5	3,3	
22	37800	3150	3050	1,032	166,145	5,4	34,9	10,9	3	4,1	11,6	3,2	
23	37350												Вывисы.

Таблица 6. Безъ лѣченія.

9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Таблица 7. Antipyrin 45 gr. p. die.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	°	U.	Cl.	Ph.	S. : U.	U : Ph.	U : Cl.	
22	37000	6000	6300	1,033	375,0	5,9	68,2	17,6	5,8	5,5	11,7	3,9	
23	38100	5440	5500	1,033	371,621	6,7	69,0	22,0	—	5,4	—	3,1	
24	37100	6360	6150	1,033	404,6	6,4	81,6	31,3	6,4	5	12,5	2,2	
25	37800	5240	4700	1,030	279,761	5,9	76,0	21,5	4,7	3,6	16,1	3,4	
26	37000	5130	6000	1,030	250,0	4,1	70,5	17,0	5,8	3,5	12,1	4,1	
27	37000	5960	6500	1,031	546,878	8,4	73,06	21,4	6,4	7,4	11,2	3,4	
28	36950	5390	5500	1,031	343,75	6,2	56,7	24,7	5,2	6	10,9	2,3	
29	37950	6430	6700	1,032	418,75	6,2	73,4	25,7	6,7	5,7	10,9	2,8	
30	37450	4080	3600	1,030	236,84	6,5	46,8	15,8	3,5	5	13,3	2,9	
31	36750	5130	4800	1,031	324,324	6,7	57,3	21,0	—	5,6	—	2,7	
1 II	37550	5080	5950	1,030	361,585	6	69,5	22,6	5,9	5,2	11,7	3	
2	36250	5760	5000	1,031	357,142	7	52,1	19,0	5	6,8	10,4	2,7	
3	36950	3940	4300	1,030	268,750	6	54,4	15,0	3,8	4,9	14,3	3,6	
4	36600	5440	4700	1,028	244,791	5,2	50,4	23,9	4,2	4,9	12	2,1	
5	37250	4560	3700	1,030	201,086	5,4	52,9	—	4,1	3,8	13	—	
6	36200	5180	4400	1,029	229,166	5,2	47,6	22,8	3,1	4,7	15,1	2	
7	36950	4920	4800	1,029	266,6	5,5	60,8	24,0	—	4,3	—	2,5	
8	37350	5700	4900	1,031	234,883	5,8	60,5	28,0	4,9	4,7	12,1	2,1	
9	37500	4450	3100	1,028	161,46	5,2	48,1	10,5	—	3,3	—	4,3	Понось.

Таблица 8. Безъ лѣченія, гастро-энтеритъ.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	U.	Cl.	S. : U.	U : Cl.	
10	37000	3360	5300	1,029	301,136	61,2	10,0	4,9	6,1	Сильный поносъ,
11	36300	—	2000	1,032	116,278	28,4	6,4	4	4,4	рвота.



Ч.	B.	K. B.	K. M.	d.	S.	U	Cl.	S : U.	U : Cl.	
12	36250	3570	2100	1,035	121,627	—	8,4	—	—	
13	36200	4190	2500	1,035	130,208	43,6	6,2	3	7,2	
14	37200	2080	2700	1,033	143,617	47,9	9,2	3	5,3	
15	35850	4140	4000	1,032	232,558	52,3	12,0	4,4	4,3	
16	37100	2340	4050	1,034	255,0	53,0	12,9	—	2,5	
17	34950	4400	3600	1,029	180,0	48,8	19,1	3,7	2,5	
18	35500	4040	3600	1,032	209,32	54,4	18,0	3,8	3	Б. оправляется.

Таблица 9. Antifebrin 15 gr. p. die.

19	35500	5430	4900	1,032	266,304	64,7	29,4	4,1	2,2	Мол. увел. на 200,0.
20	34850	5120	3900	1,031	232,142	48,9	23,4	4,7	2,1	(2000).
21	35500	6210	4400	1,031	250,0	70,5	26,4	3,5	2,6	
22	36700	3500	2300	1,032	147,564	28,8	15,6	5	1,8	
23	36100	4080	2300	1,033	147,564	29,6	9,8	4,9	3	Моча потер.
24	35000	4870	3900	1,035	278,576	49,4	15,6	5,6	3	Мол. прежн. кол. (1800).
25	35250	5130	4100	1,033	269,736	43,9	19,7	6,1	2,2	
26	36350	5490	5100	1,033	318,750	54,6	20,9	5,6	2,6	
27	35750	4200	4800	1,032	342,857	50,9	23,5	6,7	2,2	
28	35700	3600	3800	1,030	271,428	33,8	15,9	7,9	2,1	
29	36500	3670	3800	1,033	256,756	46,8	20,9	5,3	2,2	
$\frac{1}{III}$	36100	3600	3700	1,031	192,708	50,2	25,6	3,8	1,9	Бълк. желе 150,0.
2	36600	4630	4500	1,030	288,461	47,8	22,5	6	2,2	
3	37250	4320	5000	1,030	297,619	56,6	24,0	5,2	2,2	
4	36550	4460	4900	1,030	284,883	62,03	23,5	4,5	2,6	



Таблица 10. Безъ лѣченія; таллинъ 15 gr. p. die.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	U.	Cl.	S:U.	U:Cl.	
5	36700	4780	5400	1,030	337,500	62,3	30,2	5,4	2	
6	37200	6600	6500	1,032	421,621	78,9	32,5	5,3	2,1	
7	37250	3620	4000	1,034	285,714	66,9	24,0	4,2	2,7	
8	36950	3700	4000	1,033	265,624	64,1	28,0	4,1	2,2	
9	36700	4800	4000	1,033	294,117	55,6	26,0	5,2	2,1	
10	37200	5640	5250	1,0315	298,295	76,2	32,5	3,9	2,3	Назначенъ таллинъ.
11	38750	3040	2700	1,033	177,631	37,5	17,5	4,7	2,1	
12	36450	—	2800	1,032	184,210	39,2	12,3	4,7	3,2	
13	35350	5020	4000	1,032	256,410	44,5	22,0	5,8	2	
14	36700	4040	3800	1,030	271,428	50,8	19,8	5,3	2,5	
15	37200	5020	5000	1,0315	307,948	65,8	25,0	4,7	2,6	
16	36250	4760	3900	1,030	260,476	48,6	16,2	5,3	3	

Таблица 11. Безъ лѣченія; опій.

17	37000	5140	4750	1,030	304,487	71,3	16,1	4,2	4,4	Extr.. Opii aquos. <sup>3</sup> / <sub>4</sub> gr.p. die.
18	37450	5340	4400	1,029	275,0	50,2	24,6	5,5	2	
19	37350	6580	6100	1,030	381,250	78,8	31,7	4,8	2,4	
20	36000	3150	3670	1,032	219,512	56,9	22,3	3,6	2,5	
21	36700	4135	3700	1,030	261,25	51,8	19,2	5	2,7	
22	37500	4135	3600	1,0295	187,5	41,6	18,0	4,5	2,8	
23	37950	8100?	5500	1,032	319,767	64,6	33,0	4,9	1,9	
24	37250	4035	2800	1,035	184,210	39,45	12,8	4,7	3	







## НАБЛЮДЕНІЕ II.

(Табл. 14—20; граф. табл. 2).

Мы имѣли возможность наблюдать этотъ случай діабета, благодаря любезности главнаго врача Обуховской больницы, д-ра *Θ. Θ. Германа*, уступившаго клиникѣ этого больнаго.

Больной, крестьянинъ *В. Ф—евъ*, 35 лѣтъ, уроженецъ Ярославской губерніи, относитъ первые признаки своей болѣзни къ концу сентября 1887 года. Съ этого времени развились у него чрезмѣрная жажда, усиленный аппетитъ, полиурія; съ этого же времени сталъ слабѣть и худѣть. Онъ замѣчаетъ, однако, что уже лѣтомъ 1887 тяжелая деревенская работа, которая была ему всегда подъ силу, начала его утомлять. Съ конца сентября онъ уже не могъ работать, чувствуя возрастающій упадокъ силъ; особенно беспокоила его слабость въ ногахъ. Въ началѣ сентября онъ поранилъ себѣ ногу; рана эта крайне плохо заживала. Ничѣмъ за это время не лѣчился. Съ ноября больной поселился въ Петербургѣ и вновь принялся за свои прежнія занятія, которыя онъ несъ уже 7 лѣтъ—за работу въ складѣ стекляннй посуды. Работа заключалась въ переноскѣ тяжестей на головѣ, пуда по 3—4, вдвоемъ пудовъ до 10; послѣ этой работы у него часто болѣли голова и шея. Прежде эту работу онъ хорошо переносилъ, но съ ноября, когда онъ занялся ею снова, она оказалась для него невозможною. Въ началѣ ноября у больнаго отекли ноги и опухло лицо; 10 дек. онъ поступилъ въ Обуховскую больницу, гдѣ у него отеки прошли. Здѣсь же былъ распознанъ у него діабетъ и онъ лѣчился отъ него до перевода въ клинику, 24/xii 1887.

Раньше пользовался хорошимъ здоровьемъ. 10 и 20 лѣтъ тому назадъ переносилъ какія-то продолжительныя лихорадочныя заболѣванія. Травмамъ не подвергался, какихъ-нибудь тяжелыхъ психическихъ потрясеній не испытывалъ; пилъ умеренно, сифилиса никогда не имѣлъ. Женатъ; трое первыхъ дѣтей здоровы. Родители больнаго умерли, отецъ отъ какого-то ушиба, мать отъ грыжи, братьевъ и сестеръ нѣтъ, прочіе родственники совершенно здоровы. Наслѣдственности нервной, подагрической или діабетической не представляетъ. Сладкой пищи никогда много не ѣлъ, мучной довольно много.

Больной жалуется на слабость, особенно въ ногахъ, на жажду и увелич. аппетитъ, сухость во рту, большую зябкость. Въ послѣднее время появился кашель и одышка при движеніи. Половая способность ослаблена.

Больной—человѣкъ высокаго роста, очень исхудалый; кожа темносѣраго оттѣнка, лицо, кисти рукъ и стопы ногъ ціанотичны. Склеры слегка иктеричны, слизистыя оболочки блѣдны. Правое плечо опущено, надключичныя впадины сильно выражены. Животъ увеличенъ въ нижней части; представляетъ слабую флюктуацію.

Верхняя граница сердца въ стоячемъ положеніи съ 4-го ребра, нижняя въ 6-мъ межреб. промежуткѣ, гдѣ опредѣляется и слабый толчокъ, лѣвая на палецъ правѣ соска, правая по лѣвому краю sterni. Въ лежачемъ полож. верхняя граница опускается почти на межреберный промежутокъ.

Нижнія границы легкихъ смѣщены: справа съ 7-го ребра по mammill., съ 8-го по axill., мало подвижны; область селезенки маскируется тимпанитомъ.



Рѣзкой разницы перкуторнаго тона на обѣихъ сторонахъ грудной клѣтки не замѣчается.

При выслушиваніи, справа очень жесткій вдохъ и выдохъ сверху до низу, особенно же внизу. Слева вдохъ не такъ жестокъ, выдохъ короче. Глубокіе вздохи дѣлаетъ съ трудомъ.

Тоны сердца слабы, чисты; небольшой акцентъ на 2-мъ тонѣ аорты.

Печень и селезенка не прощупываются; изъ железъ нѣсколько увеличены паховыя.

Со стороны нервной системы получены слѣдующія данныя: кожные рефлексы понижены, но существуютъ, особенно удается вызывать ихъ при приѣмѣ Jendrassic'a (заставляя больного, сидя на краю постели, дѣлать усиленные движенія руками и головой); слева рефлексъ немного сильнѣе. Кожные рефлексы сохранены; рефлексъ на cremaster слева сохраненъ, но слабъ; справа отсутствуетъ. При изслѣдованіи эстезиометромъ Sieweking'a, чувствительность мало разнится отъ нормальной; на спинѣ нѣсколько больше слева. Цифры, полученныя при изслѣдованіи чувствительности кожи къ индукціонному току, скорѣе указываютъ на нѣсколько большую чувствительность также слева.

Слухъ съ правой стороны лучше; со стороны зрѣнія ничего ненормальнаго не наблюдается; вкусовыя ощущенія нормальны и равномерны на обѣихъ сторонахъ.

Моча слабокислая, часто мутная, желтовато-зеленаго цвѣта, содержитъ едва замѣтные слѣды бѣлка, даетъ часто ясную реакцію на индиканъ и не даетъ вовсе реакціи съ полуторнохлористымъ желѣзомъ. Въ испражненіяхъ ничего ненормальнаго не найдено; мокрота—бѣловатая, слизистая, при неоднократномъ изслѣдованіи на бациллы Koch'a давала отрицательный результатъ.

Температура больного въ теченіе всего наблюд. колебалась въ предѣлахъ 36—37°, max. 37,3; пульсъ 64—88, колич. дыханій 20—25. Вообще рѣзкихъ перемѣнъ въ состояніи больного не наблюдалось.

При поступленіи въ клинику больному была назначена исключительно мясная діета — 1000 граммъ бульона, 600 граммъ жаркого, 200 граммъ яицъ; 2000 к. с. молока; но съ 5/1, по настоятельной просьбѣ больного, ему назначено было ежедневно около 100 граммъ бѣлаго хлѣба.

Первые 15 дней (табл. 14) больной не получалъ никакой терапіи. До перемѣны діеты онъ представлялъ явленія значительной—болѣе 5 литровъ р. die—полиуріи, которой не соответствовало содержаніе въ мочѣ сахара, мочевины, и пр.; относительно этой особенности случая, дающей право предположить въ немъ комбинацію diabetes mellitus и insipidus, сказано выше (стр. 29). Съ 27 до 30-го у больного поносъ: ежедневно разъ по 5 жидкія испражненія. Въ связи съ этимъ падаетъ его вѣсъ.

Послѣ перемѣны діеты съ 5/1, количества мочи, мочевины и хлоридовъ мало измѣняются, но сильно измѣняется количество сахара. Содержаніе сахара постепенно нарастаетъ, достигаетъ максимальныхъ цифръ и затѣмъ съ колебаніями устанавливается на извѣстной вышинѣ. Эта постепенность въ измѣненіи содержанія сахара наблюдалась, между прочимъ, Cantani и мы находимъ у него такія объясненія этого факта: 1) постепенное превращеніе сахарообразовательнаго матеріала, переходящаго въ кровь; 2) задержка въ тканяхъ накапливающагося сахара, выдѣляющагося лишь постепенно; 3) медленное истощеніе способности организма потреблять углеводистыя вещества, истощеніе, вызываемое количествомъ сахара, превосходящимъ ея силы (Cantani, l. c., 207). Второе предположеніе лучше всего объясняетъ какъ постепенное возрастаніе сахара въ



мочѣ при переходѣ на смѣшанную діету, такъ и постепенное его уменьшеніе при переходѣ въ обратномъ направленіи.

Съ 9/1 назначенъ былъ *антипиринъ* по 15 gr. въ 3 приѣма (табл. 15). Мы видимъ въ первый, и отчасти второй и третій день значительное пониженіе сахара, но оно продолжается недолго; содержаніе сахара вновь нарастаетъ и достигаетъ даже самыхъ высокихъ цифръ. Нѣсколько повышаются цифры мочевины; относительно хлоридовъ и фосфатовъ не замѣчается никакихъ измѣненій.

Этотъ періодъ наблюденія поставленъ не совсѣмъ чисто; антипиринъ назначенъ слишкомъ скоро послѣ перемѣны діеты, ранъше, чѣмъ содержаніе сахара въ мочѣ совершенно установилось; вслѣдствіе этого, 14/1 антипиринъ былъ отмѣненъ. За описываемый періодъ состояніе больного было удовлетвори-тельное, кашель сталъ меньше. Вѣсъ поднялся до 54 кгр. Въ послѣдніе дни замѣчалась сильная потливость. Объективно не наблюдалось ничего новаго.

Слѣдующіе 7 дней терапія не назначалась. Цифры сахара и мочи нѣсколько понизились, вѣсъ продолжаетъ нарастать; въ общемъ состояніи никакихъ перемѣнъ (табл. 16).

Съ 22—28/1 назначаются малыя дозы антипирина, по 5 gr., 3 раза въ день. Никакихъ рѣзкихъ перемѣнъ ни въ какомъ отношеніи не наблюдалось (табл. 16).

Послѣ 4-дневнаго промежутка были назначены большія дозы антипирина, по 20 gr. на приѣмъ, 3 раза въ день. Просматривая цифры (табл. 17), относящіяся къ этому періоду, видимъ, что содержаніе сахара въ общемъ стоитъ нѣсколько выше прежняго. Количества мочевины самыя высокія за все время наблюденія; вѣроятно, это обстоятельство, въ связи съ тѣмъ, что и вѣсъ больного пересталъ прибывать и держится на постоянныхъ цифрахъ, указываетъ на установленіе азотистаго равновѣсія. Самочувствіе больного очень хорошо, онъ бодрѣе прежняго, совсѣмъ не ощущаетъ сухости во рту, но жалуется на сильную потливость. Это явленіе, вѣроятно, зависить отъ антипирина; оно почти постоянно наблюдалось нами при употребленіи большихъ его дозъ.

Убѣдившись въ отсутствіи яснаго вліянія антипирина на теченіе этого случая, мы, послѣ небольшого промежутка, перешли къ *антифебрину* (табл. 18). Антифебринъ давался по 5 gr., 4 раза въ день. Въ теченіе 15-дневнаго періода этой терапіи мы можемъ замѣтить только постепенное и значительное уменьшеніе цифръ мочевины. Сахаръ почти не измѣняется (вообще этотъ случай представляетъ лишь ничтожныя колебанія цифръ). Медленно убавляется количество мочи и вводимой жидкости. Вѣсъ больного снова начинаетъ прибывать, достигаетъ уже 56 кгр. Самочувствіе прекрасное, больной чувствуетъ себя крѣпче, сильнѣе; потливости нѣтъ.

28/II. Антифебринъ былъ отмѣненъ и съ 3/III назначено лѣченіе *сирнокислымъ таллиномъ* по 5 gr., 3 раза въ день. И въ этомъ случаѣ въ первые дни замѣчается уменьшеніе количества сахара—съ 168 на 136, но не долго; на 4-й день цифры вновь нарастаютъ. Состояніе больного не представляетъ никакихъ перемѣнъ (табл. 19).

Послѣ таллина рѣшено было попробовать еще дѣйствіе другихъ, ранѣе испытанныхъ, терапевтическихъ средствъ. Съ 11/III примѣнено лѣченіе *салициловымъ натромъ*, по 10 gr. на приѣмъ, 3 раза въ день; а съ 19/III, послѣ двухдневнаго промежутка, лѣченіе опиѣмъ, въ формѣ рекомендованнаго Kratschmer'омъ *extr. opii aquos.*, по 1 грану въ день, въ 4 приѣма.

*Natrum salicylicum* далъ большій эффектъ, чѣмъ другія antipyretica.



Просматривая табл. 20, мы видимъ уменьшеніе и количества питья, и мочи, и сахара (до 135 и 118 граммъ въ послѣдніе дни терапіи)—при совершенно одинаковой діетѣ. Вѣсъ значительно прибываетъ, самочувствіе больного очень хорошее. Цифры мочевины понижаются, но меньше; также и цифры хлоридовъ.

При назначеніи *опія* (табл. 20) количества питья и мочи падаютъ еще болѣе, уменьшается удѣльный вѣсъ мочи, содержаніе въ ней сахара (до 99—95 граммъ, цифры при смѣшанной діетѣ близкія къ тѣмъ, которыя наблюдались въ первые дни при мясной). Правда, 21/III у больного небольшой поносъ— раза 3 въ день жидкія испражненія.

Послѣ *опія* лѣченіе было прекращено. Количества вводимой жидкости и мочи продолжаютъ оставаться на невысокихъ цифрахъ—около 3 литровъ; сахаръ держится около 140, цифры мочевины не далеки отъ нормальныхъ, цифры хлоридовъ также.

При послѣднемъ объективномъ изслѣдованіи можно было констатировать значительное улучшеніе явленій со стороны легкихъ—выдохъ слабѣе, жесткость вдоха гораздо меньше. Кашля почти нѣтъ. Больной выглядит нѣсколько лучше, но все-таки очень блѣденъ. Со стороны нервной системы никакихъ переменъ. Вѣсъ со дня поступленія въ клинику прибавился на 2250 граммъ.

Просматривая теперь всю картину теченія этого случая со дня установленія смѣшанной діеты, можно сдѣлать слѣдующія замѣчанія:

1) Количества вводимой жидкости и мочи обнаруживаютъ постоянную склонность къ пониженію; это пониженіе нѣсколько рѣзче послѣ перваго періода лѣченія антипириномъ, при антифебринѣ, при *natrum salicylicum* и *опіи*, но въ общемъ скорѣе можетъ быть связано съ вліяніемъ всей суммы условій, дѣйствовавшихъ на больного въ клиникѣ, чѣмъ съ отдѣльными періодами терапіи.

2) Цифры сахара отличаются замѣчательнымъ постоянствомъ, не завися, повидимому, отъ терапіи кромѣ періода *patri salicylici* и *опія*.

3) Цифры мочевины уменьшаются при наростаніи вѣса, увеличиваются при установкѣ его; наиболѣе рѣзкое уменьшеніе мочевины совпадаетъ съ періодомъ антифебрина; цифры хлоридовъ идутъ довольно параллельно съ мочевиной.

4) Антипиринъ не обнаруживаетъ рѣзкаго вліянія на теченіе этого случая; антифебринъ, повидимому, оказываетъ болѣе вліянія на уменьшеніе цифръ мочевины; таллинъ, если и оказываетъ дѣйствіе, то очень непродолжительное. Лучше дѣйствуютъ *natr. salicylicum* и *опій*.—Самочувствіе больныхъ весьма хорошо при употребленіи *antipyretica*.

Самый случай, представляющій нетяжелое теченіе диабета, крайне теменъ въ этиологическомъ отношеніи.



# НАБЛЮДЕНІЕ II.

В. Ф—въ, diabetes mellitus et insipid.

Таблица 14. Безъ лѣченія.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	У. В.	S.	%	U.	Cl.	S:U.	U:Cl.	
25	54750	—	6150	1,011	48,047	0,8	55,3	19,1	0,8	2,9	Ph. 4,2. U:P=13.
26	53600	5980	5800	1,010	45,312	0,8	56,3	15,7	0,8	3,6	„ 7,7. „ =12.
27	53000	7330	—	—	—	—	—	—	—	—	Поносъ, моча потер.
28	52400	5170	4950	1,015	75,457	1,5	62,4	25,2	1,5	2,4	id.
29	51800	6520	4600	1,016	70,121	1,5	51,5	25,3	1,3	2,0	Меньше.
30	52950	6790	6090	1,014	75,49	1,2	51	27,6	1,4	1,8	Нѣтъ.
31	52650	6520	А	на	лизъ	не	про	извод	ил	ся.	
$\frac{1}{I}$	52250	6520	5900	1,014	57,615	0,9	54,3	27,1	1,0	2	
2	52350	5710	4900	1,017	81,66	1,6	48,5	26,0	1,7	1,8	
3	53000	6520	5500	1,016	73,132	1,3	48,4	29,7	1,5	1,6	
4	52850	6520	5200	1,0135	74,71	1,4	48,3	29,1	1,5	1,6	
5	53000	6250	5400	1,017	105,468	1,9	50,2	28,6	2,1	1,8	Булки 100,0 ежедн.
6	53000	6520	5600	1,021	166,6	3,1	48,1	31,8	3,4	1,5	
7	52200	6250	5900	1,025	245,83	4,2	51,4	26,5	4,8	1,9	
8	52750	6520	5640	1,0265	272,596	4,8	53,6	25,3	5,0	2,1	

\*) Съ 29-го дек. по 11-е янв., вслѣдствіе моей болѣзни, наблюденіе мною не производилось. Искренне благодаренъ товарищу Т. П. Павлову и куратору больного за сдѣланные ими въ теченіе этого времени анализы.



Таблица 15. Antipyrin 45 gr. p. die.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	У. В.	S.	%	U.	Cl.	S:U.	U:Cl.	
9	52600	5980	4300	1,0215	131,097	3,0	53,7	22,7	2,4	2,3	
10	54000	6790	5500	1,020	185,81	3,4	52,8	25,8	3,5	2	
11	54000	7600	5350	1,022	185,763	3,5	53,4	31,0	3,2	1,7	Ph. 5,8.
12	54450	7060	7000	1,017	218,75	3,1	57,4	28,7	3,8	2	5,5.
13	52500	5980	5400	1,026	281,25	5,4	58,8	27,4	4,8	2,1	5,6.
14	53100	5710	5150	1,024	222,025	4,3	64,9	31,4	3,4	2,1	5,1.

Таблица 16. Безъ лѣченія, мал. дозы антипирина.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	%	U.	Cl.	Ph.	S:U.	U:Ph.	U:Cl.	
15	53750	6250	4900	1,025	245,0	5	51,1	23,5	4,6	4,8	11	2,4	
16	52700	6250	4300	1,029	206,73	4,8	62,8	27,1	5,1	3,2	12,3	2,3	
17	53700	4900	3900	1,029	187,5	4,8	59,7	20,2	4,0	3,1	14,9	2,9	
18	54200	5710	3750	1,026	176,88	4,7	54,0	23,6	4,1	3,2	13,3	2,2	
19	54000	5710	4600	1,025	191,66	4,2	59,2	29,4	4,9	3,2	12,0	2	
20	54450	5710	4100	1,026	176,72	4,3	47,72	18,04	4,1	3,7	11,6	2,6	
21	54000	5710	4250	1,026	180,084	4,2	56,52	27,6	4,5	3,3	12,1	2	
22	54000	5710	4350	1,026	167,338	3,8	48,8	21,7	5,0	3,4	9,7	2,3	Antipyr. 15 gr. p. die.
23	54300	4950	4250	1,0235	156,25	3,6	59,8	26,3	—	2,6	—	2,4	
24	55200	5220	4600	1,025	198,275	4,3	61,5	24,8	4,8	3,2	12,8	2,4	
25	54400	5440	4200	1,026	175,0	4,1	66,3	27,7	5,7	2,6	11,6	2,4	
26	55250	4680	4100	1,026	165,156	3,9	56,5	31,0	5,8	2,8	9,7	1,8	
27	54750	4940	3850	1,025	148,075	3,8	53,03	26,9	4,8	2,8	11	2	
28	55700	5030	4250	1,025	177,083	4,1	57,3	27,6	5,1	3,1	11,2	2	



Таблица 17. Безъ лѣченія. Antipyrin по 60 gr. p. die.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	%	U.	Cl.	Ph.	S:U.	U:Ph.	U:Cl.	
29	55600	5260	4950	1,025	193,359	3,9	64,2	32,1	5,4	3	11,9	2	
30	54750	5240	4600	1,025	179,687	3,9	62,0	30,8	5,5	2,9	11,9	2	
31	55500	4700	4200	1,026	141,892	3,3	69,04	31,0	5,1	2,1	13	2,2	
$\frac{1}{II}$	54850	5260	4750	1,026	181,25	3,8	66,5	25	—	2,7	—	2,6	
2	54800	5040	4850	1,025	180,9	3,7	70,0	27,3	5,5	2,5	12,7	2,5	Antipyrin.
3	54600	5110	4800	1,025	173,9	3,6	71,0	23,5	5,5	2,4	12,9	3	
4	54000	5310	4750	1,026	188,49	3,9	71,9	27,5	5,7	2,6	12,6	2,6	
5	54500	5570	4900	1,027	204,16	4,1	67,0	28	6,3	3	10,6	2,3	Мол. 2600 к. с. (случайно).
6	55250	4700	4850	1,026	210,77	4,3	60,4	26	5,3	3,6	11,3	2,3	
7	54750	4500	4500	1,027	193,96	4,3	65,2	28,3	—	2,9	—	2,3	
8	53850	4130	4500	1,027	174,615	3,8	67,5	29	5,3	2,5	12,7	2,3	
9	54850	4760	4450	1,027	202,27	4,5	60,0	29	—	3,3	—	2,0	

Таблица 18. Безъ лѣченія, антифебринъ 20 gr. p. die.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	U.	Cl.	S:U.	U:Cl.	
10	54750	4990	4100	1,026	155,3	58,0	27	2,6	2,1	
11	55250	4920	4450	1,025	166,04	63,1	28,5	2,6	2,2	
12	55450	5040	4900	1,0235	170,138	69,9	32,3	2,4	2,1	Ph. 5,6.
13	55000	4570	4550	1,024	166,544	62,7	26,9	2,6	2,3	Antifebrin.
14	53900	4400	4250	1,027	174,18	65,9	22,9	2,5	2,8	Ph. 5,3.
15	54700	4720	4350	1,026	175,0	54,6	26,2	3,2	2	



Ч.	B.	K. B.	K. M.	d.	S.	U.	Cl.	S:U.	U:Cl.	
16	56000	4770	4550	1,026	172,619	61,3	24,5	2,8	2,5	
17	55600	4770	4150	1,026	182,017	58,9	24,0	3,1	2,4	
18	54800	4130	4000	1,027	178,571	57,2	27,2	3,1	2,1	
19	55500	4400	4150	1,0265	182,017	52,5	24,4	3,4	2,1	
20	56000	4450	3850	1,026	178,240	57,4	22	3,1	2,6	
21	56000	4900	4450	1,0255	206,018	55,4	26,2	3,7	2,1	Мол. увел. на 400 к. с.
22	56250	4430	4000	1,026	200,0	50,2	22	3,9	2,2	
23	56100	4530	3650	1,026	172,169	45,8	19,3	3,7	2,3	
24	56000	4400	3700	1,026	181,37	45,3	19,9	3,9	2,2	Мол. прежн. кол.
25	54950	4400	3400	1,027	177,083	46,8	18,0	3,7	2,6	
26	55850	4160	3800	1,026	190,0	51,9	18,6	3,6	2,7	
27	56000	4000	3600	1,027	191,489	44,3	17,3	4,3	2,5	

Таблица 19. Безъ лѣченія, таллинъ 15 gr. p. die.

28	55500	3760	3450	1,026	179,687	52,5	15,6	3,4	3,3	
29	55600	3160	3200	1,025	145,45	44,5	16,3	3,2	2,7	Мол. умен. на 800 к. с. (1000 к. с.).
$\frac{1}{III}$	54500	3480	3550	1,026	167,43	54,3	16,7	3	3,2	
2	55200	3700	3650	1,026	168,981	54,0	21,5	3,1	2,5	Ежедн. 160 грм. бѣлк. желе.
3	55700	3160	3500	1,026	136,718	50,4	23,4	2,7	2,1	Thallin.
4	55100	3430	3300	1,026	158,653	51,9	15,2	3,1	3,4	
5	55000	4000	3450	1,025	151,315	47,9	17,9	3,1	2,6	
6	54600	3160	3550	1,026	181,123	52,9	18,4	3,4	2,8	Мол. 1000.
7	56750	3720	3950	1,0245	186,320	51,2	19,7	3,6	2,7	Мол. 2000.



Таблица 20. Безъ лѣченія, *Natrum salicylicum* и опій.

Ч.	B.	K. B.	K. M.	d.	S.	U.	Cl.	S: U.	U: Cl.
8	56300	3430	3850	1,025	178,24	56,6	20,0	3,1	2,8
9	55400	3660	3500	1,025	162,037	50,1	15,4	3,2	3,2
10	56000	3630	3600	1,025	163,636	52,6	16,2	3,1	3,2
	N a t r u m	s a l i	c y l.	30 g	r. p.	die.			
11	55950	3090	3300	1,026	168,367	50,5	18,4	3,3	3
12	56700	2750	3400	1,025	163,461	46,8	15,6	3,4	3
13	55750	2890	3250	1,028	165,816	54,4	17,6	3,0	3,1
14	56350	3160	2500	1,028	125,0	42,4	16,0	2,9	2,6
15	57450	2350	2600	1,029	135,416	46,6	13,5	2,9	3,5
16	56850	—	2800	1,025	118,644	42,6	16,8	2,8	2,5
	Б е з ъ	л ѣ	ч е н і я.						
17	57500	3090	3000	1,025	138,8	44,7	15,9	3,1	2,8
18	57200	3160	3000	1,025	138,8	47,4	16,5	2,9	2,8
	E x t r . o p i i	a q.	l g	r. p.	d i e.				
19	57350	2890	2850	1,023	113,135	43,9	15,7	2,5	2,8
20	56450	2890	2950	1,0225	99,066	46,4	16,8	2,15	2,7
21	57250	2590	2600	1,023	95,58	37,7	11,7	2,5	3,2
22	56500	2920	2800	1,026	120,689	41,2	15,4	2,9	2,6
	Б е з ъ	л ѣ	ч е н і я.						
23	55350	2760	3000	1,028	144,230	37,4	14,4	3,9	2,6
24	56000	3190	3200	1,0255	140,35	40,5	14,4	3,5	2,8
25	56300	3160	3250	1,0265	169,27	45,1	14,6	3,7	3
26	57000	Вы пис	ывает ся.						



### НАБЛЮДЕНИЕ III.

(Табл. 21—26, граф. табл. 3).

Случай этотъ представляетъ интересную клиническую особенность — повышенное содержаніе фосфора въ мочѣ, о чемъ уже сказано выше (стр. 29).

Мѣщанинъ Н. А.—евъ, 42 лѣтъ, уроженецъ С.-Петербургской губерніи, служившій телеграфистомъ, начальникомъ станціи и, наконецъ, оберъ-кондукторомъ желѣзной дороги, поступилъ въ клинику 10/1 88. Начало болѣзни связывается съ сильнымъ психическимъ потрясеніемъ при слѣдующемъ происшествіи. 25/xii 86 ночью онъ ѣхалъ съ товарнымъ поѣздомъ; на одной станціи упустилъ свой поѣздъ; боясь отвѣтственности по службѣ и рассчитывая на продолжительную остановку поѣзда на слѣдующей станціи, онъ рѣшился догнать его. Онъ отправился бѣгомъ за своимъ поѣздомъ, темною ночью, по лѣсу, находясь въ крайне тяжеломъ психическомъ состояніи. Въ 55 минутъ онъ пробѣжалъ разстояніе въ 8 верстъ и, догнавъ поѣздъ, доѣхалъ благополучно, но съ тѣхъ поръ сталъ замѣчать въ себѣ перемѣну, какую-то слабость, апатическое отношеніе къ своему дѣлу. Рѣзкія явленія діабета развились уже въ іюлѣ 1887 г.: появилась необыкновенно сильная жажда и чрезвычайно усиленное мочеотдѣленіе. Жажда была такъ велика, что больной, утолившій ее обыкновенно чаемъ, не въ состояніи былъ дожидаться, когда онъ простынетъ, и разводилъ его холодною водою. Постоянные позывы на мочеиспусканіе мучили больного особенно ночью, когда онъ выводилъ по ведру мочи. Приписывая развитіе этихъ явленій жаркой погодѣ, больной обратился къ врачебной помощи лишь въ началѣ осени, видя, что они не уменьшаются. Онъ замѣтилъ также и значительное усиленіе аппетита и возрастающее исхуданіе. Лѣчился больной мышьякомъ и желѣзомъ, но безъ всякой пользы. На 7-й мѣсяцъ послѣ развитія ясныхъ явленій діабета, больной поступилъ въ клинику.

Наслѣдственности нервной, подагрической или діабетической не представляетъ; сифилиса не имѣлъ, спиртными напитками не злоупотреблялъ. Раньше всегда былъ здоровъ, ушибамъ и психическимъ потрясеніямъ никогда не подвергался, женатъ и имѣетъ сына, совершенно здороваго мальчика лѣтъ 12.

Глистовъ никогда не замѣчалъ (слѣдилъ за этимъ). Сладкой и мучной пищи ѣлъ много; особенно въ послѣднее время, когда уже развился діабетъ, выразилась эта склонность къ сладкому.

Жалуется на слабость, сухость во рту, жажду, полиурію. Половая способность ослаблена.

Объективно больной представляетъ слѣдующія данныя. Это человѣкъ средняго роста, съ правильно сформированнымъ скелетомъ; сильно исхудалый. Кожа блѣдна, сѣроватаго оттѣнка, захватывается легко въ складки, подкожный жирный слой почти исчезъ; мышцы дряблы. Слизистыя оболочки блѣдны. Дыханіе не представляетъ яснаго яблочнаго запаха.

Правая сторона нѣсколько опущена, fossae supra и infraclaviculares сильно углублены, при дыханіи обѣ половины грудной кѣтки расширяются приблизительно равномерно. Животъ въ нижней части сильно выдается; флюктуации нѣтъ.

При перкуссии замѣчается уменьшеніе звучности надъ правой ключицей и лопаткой. Границы сердца нормальны; верхняя граница печени опредѣляется



по *mamill.* на 7-мъ, по передн. *axillar'*ной подь 8-мъ ребромъ; подвижна при глубокихъ вдохахъ; слѣва граница селезенки не опредѣляется вслѣдствіе тимпанита.

Тоны сердца чисты, небольшой акцентъ на 2-мъ тонѣ аорты и *a. pulmonalis*. Жесткій вдохъ и выдохъ надъ и подь ключицами.

Печень и селезенка не прощупываются; железы не измѣнены.

Колѣнные рефлексы при всѣхъ пробахъ почти отсутствуютъ. Рефлексъ Ахиллова сухожилія значительно ослабленъ. Рефлексъ на *cremaster* сильнѣе справа; кожные рефлексы сохранены.

Изслѣдованіе чувства мѣста эстезіометромъ не указываетъ значительныхъ уклоненій отъ нормы, но лѣвая сторона вообще нѣсколько чувствительнѣе. То же оказывается и при изслѣдованіи чувствительности кожи къ индукціонному току.

Со стороны органа слуха не наблюдается особыхъ измѣненій. Зрѣніе ослаблено со времени развитія болѣзни. При изслѣдованіи зрѣнія опредѣлена значительная степень пресбіопіи. Хрусталики обоихъ глазъ представляютъ начинающійся склерозъ въ видѣ небольшого помутнѣнія; ретина нормальна. Вкусовая чувствительность значительно понижена, наиболѣе сохранено ощущение сладкаго, затѣмъ горькаго; всего слабѣе—кислоаго.

Моча прозрачная, зеленовато-желтая, кислая со слабымъ ароматическимъ запахомъ, не содержитъ бѣлка и не даетъ реакціи съ полуторно-хлористымъ желѣзомъ. Первая полученная моча (безъ діеты), собранная не въ полномъ количествѣ (за 18 часовъ) въ 5400 к. сант. содержала болѣе 500 граммовъ сахара.

Температура за все время наблюденія отличалась замѣчательнымъ постоянствомъ, колеблясь между 36° и 36°,9; пульсъ 64—80, дых. 18—21.

Первыя 11 дней по поступленіи въ клинику больной оставленъ безъ лѣченія на пищѣ, состоявшей изъ 750 (первые 5 дней) и 900 граммовъ бульона, 700 граммовъ котлетъ, 180 граммовъ вареной курицы, 300 граммовъ яицъ и, по настоятельной просьбѣ больного, 100 граммовъ бѣлаго хлѣба. Молока получалъ онъ около 1500 к. с. ежедневно.

Въ теченіе первыхъ дней (числа до 16/І) у больного поносъ по 4—3 жидкихъ испражнений въ день. Это явленіе мы замѣчаемъ въ первые дни пребыванія въ клиникѣ почти у всѣхъ диабетиковъ, и оно, вѣроятно, связано съ перемѣной діеты. Затѣмъ устанавливаются приблизительно такія отношенія: суточное количество мочи около 5000, количество выпиваемой жидкости около 6000, сахара около 250 граммовъ, мочевины около 50. Эти цифры представляютъ колебанія, большія, чѣмъ во 2-мъ случаѣ, но значительно меньшія, чѣмъ въ 1-мъ (табл. 21). Количество мочи, по прекращеніи поноса, достигло максимальной цифры 19-го и затѣмъ понизилось.

Съ 22/І былъ назначенъ *антипиринъ*, въ малыхъ дозахъ, по 5 gr. 3 раза въ день; это назначеніе продолжалось 7 дней (табл. 22). Въ теченіе этого періода вѣсь больного, по прекращеніи поноса, поднялся; значительнаго вліянія терапіи нельзя замѣтить.

Съ 29/І по 1-е терапія не назначалась, при той же діетѣ, и мы не замѣчаемъ въ теченіе этого промежутка никакихъ рѣзкихъ перемѣнъ. Нѣсколько поднялось количество мочи; вѣсь сталъ устанавливаться на постоянныхъ цифрахъ и вмѣстѣ съ этимъ возрасли количества выдѣляемой мочевины (табл. 23).

Съ 2/ІІ мы перешли къ дозамъ антипирина по 20 гранъ на пріемъ 3 раза въ день (табл. 23). Вѣсь больного не падаетъ, на температуру антипиринъ не



оказываетъ никакого дѣйствія. 3/II больной отлучился по дѣламъ, много ходилъ, съѣлъ больше обыкновеннаго булки. Въ связи съ этимъ нарушеніемъ діеты находится повышение сахара на слѣдующій день до 205 грм. 6/II у больного поносъ; 4 раза въ день жидк. испражнения: этому дню соответствуетъ и наибольшее пониженіе цифръ мочи и ея составн. частей. За остальные же дни замѣчается только очень слабое пониженіе цифръ — выпиваемой жидкости, мочи, сахара. Мочевина сильно падаетъ съ 4/II на 5/II-е, но затѣмъ возрастаетъ снова и достигаетъ весьма высокой цифры (въ день прекращ. антипирина). Самочувствіе больного за этотъ періодъ значительно улучшилось; онъ жалуется только на сильные поты, появившіеся у него со 2-го дня послѣ назначенія антипирина.

Съ 9/II антипиринъ оставленъ. Количество вводимой жидкости продолжаетъ убывать, прочія цифры въ теченіи кратковременнаго промежутка безъ терапіи значительныхъ измѣненій не представляютъ. По отміѣнѣ антипирина, потливость исчезла.

Въ теченіе слѣдующаго 13-дневнаго періода больной получалъ *антифебринъ*, по 5 гр. сначала 3, а въ послѣдніе 8 дней—4 раза въ день. Сколько нибудь рѣзкаго дѣйствія антифебринъ не обнаружилъ. Правда, количества мочи держатся на сравнительно низкихъ цифрахъ, но не обнаруживаютъ ясной склонности къ уменьшенію; мочевины, какъ и во 2-мъ набл., представляетъ нѣсколько меньшія цифры, чѣмъ въ предшествующій періодъ лѣченія антипириномъ. Количество сахара падаетъ въ первые дни, но затѣмъ снова возрастаетъ. Самочувствіе больного въ это время особенно хорошо; онъ бодрѣе выглядитъ, пересталъ ощущать слабость въ ногахъ, потливости нѣтъ никакой (табл. 24).

Бодрѣе значительный, но весьма кратковременный эффектъ наблюдался во время примѣненія *thallini sulfurici* (табл. 25). Въ первый же день по его назначеніи (2/III) колич. сахара падаетъ до 101,47 безъ очень значительнаго уменьшенія количества мочи; невысокія цифры держатся еще 2 дня (4/III—106,3), но затѣмъ нарастаютъ. Мочевина, при вѣсѣ, установившемся на наивысшихъ цифрахъ, выдѣляется въ довольно большихъ количествахъ и значительно колеблется, по отношенію къ хлоридамъ и фосфатамъ (4/III Ph—4,5; U : Ph = 10,9) не замѣчается особыхъ перемѣнъ.

7/III больной получилъ весьма неблагоприятныя извѣстія изъ мѣста своего служенія (потребовалось его возвращеніе, чтобы сохранить должность); подъ вліяніемъ этихъ извѣстій онъ находился въ весьма угнетенномъ состояніи, плохо спалъ ночи. Это угнетенное состояніе отразилось и на теченіи его болѣзни: жажда вновь увеличилась, увеличились цифры мочи; количества сахара поднялись до прежнихъ размѣровъ.

9/III. Больной выписался изъ клиники, рассчитывая устроить свои дѣла и вернуться для продолженія лѣченія. Вѣсѣ его за время пребыванія въ клиникѣ прибылъ на 5050 гр., онъ чувствуетъ себя лучше, чѣмъ при поступленіи, но не такъ хорошо, какъ въ періодѣ лѣченія антифебриномъ и при началѣ лѣченія таллиномъ. Объективно особыхъ измѣненій не представляетъ.

20/III. Больной возвратился въ клинику. Дома онъ соблюдалъ мясную діету, но ѣлъ больше мучной пищи, чѣмъ въ клиникѣ, пользовался щелочами (Rp. Natri bicarbon. Natri sulfur. aa 3j, Aq. dest. 3vj, 3 раза въ день по столовой ложкѣ). Чувствуетъ себя нѣсколько слабѣе, чѣмъ прежде; при объективномъ изслѣдованіи представляетъ тѣ же явленія, что и раньше.

Въ теченіи 3 дней пребыванія больного въ клиникѣ безъ терапіи, цифры выпиваемой жидкости, мочи, сахара и мочевины близки къ тѣмъ, которыя



наблюдались въ концѣ перваго пребыванія больного въ клиникѣ. Первые два дня у него поносъ, начавшійся еще до поступленія въ клинику; въ связи съ этимъ и нѣсколько болѣе низкія цифры (табл. 26).

Съ 24/III испробовано лѣченіе *фенацетиномъ* по 1,0 на приѣмъ 3 раза въ день. Колич. вводимой жидкости и мочи не измѣнились, но удѣльный вѣсъ мочи нѣсколько повысился. Изъ твердыхъ составныхъ частей мочи особенно возрасли количества сахара. Такъ какъ нарушенія установленной діеты замѣчено не было (и этотъ больной былъ весьма аккуратенъ въ ея соблюденіи), никакихъ перемѣнъ въ его состояніи не было также, то объяснить это повышение сахара довольно затруднительно. Можетъ быть причина заключается отчасти и въ замѣченномъ Kobler'омъ (см. выше, стр. 12) свойствѣ мочи возстановлять Fehling'ову жидкость при употребленіи фенацетина (табл. 26).

Послѣ отмены фенацетина цифры сахара упали. Количества мочи и ея составныхъ частей мало измѣнялись какъ въ теченіи слѣдующихъ дней, проведенныхъ безъ терапіи, такъ и при употребленіи щелочей (въ формѣ, указанной ранѣе).

За время этого вторичнаго пребыванія больного въ клиникѣ, вѣсъ его, упавшій вначалѣ при поносѣ, поднялся до прежнихъ цифръ; въ остальныхъ же явленіяхъ и въ самочувствіи больного никакихъ перемѣнъ не послѣдовало. Температура колебалась въ предѣлахъ 36 — 36,6°; пульсъ и дыханіе въ тѣхъ же цифрахъ 64—80 и 18—20.

4-го апрѣля больной выпиcался изъ клиники, обѣщая являться на амбулаторные приѣмы и давать свѣдѣнія о теченіи болѣзни. 10 апрѣля онъ явился вновь и представилъ найденные имъ у себя членики глиста, *Botryosephalus latus*. Чтобы опредѣлить вліяніе этого паразита на теченіе діабета, больному предложено было вновь поступить въ клинику и назначено было глистогонное лѣченіе (Rp. Extr. aeth. Filicis maris, Pulv. Filicis maris aa 3j на 30 пил.). Къ сожалѣнію, лѣченіе это, вѣроятно въ зависимости отъ времени года, не имѣло ни малѣйшаго успѣха. Больной окончательно выпиcанъ изъ клиники 13 апрѣля.

Изъ всѣхъ нашихъ случаевъ, случай больного Н. А—ева представляетъ наиболѣе слабо подчинявшійся терапіи. Въ теченіи пребыванія больного въ клиникѣ, достигнуто значительное улучшеніе его состоянія, но оно развивается медленно, постепенно, скорѣе зависитъ отъ вліянія всей клинической обстановки и не связано ясно ни съ какимъ періодомъ терапіи. Лучше всего больной чувствовалъ себя въ періодъ лѣченія антифебриномъ; нѣкоторое, но очень непродолжительное, уменьшеніе симптомовъ діабета, главнымъ образомъ въ смыслѣ пониженія количества сахара, замѣчено въ началѣ лѣченія таллиномъ.

Можно было бы предположить, не лежитъ ли причина такого упорнаго характера процесса въ этомъ случаѣ въ постоянномъ раздраженіи, поддерживаемомъ присутствіемъ паразита; но доказать это предположеніе и опредѣлить вліяніе *Botryosephali latus* на теченіе нашего случая діабета, къ сожалѣнію, не удалось.



# НАБЛЮДЕНІЕ III.

Больной Н. А—въ.

Таблица 21. Безъ лѣченія.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	%	U.	Cl.	Ph.	S : U.	U : Ph.	U : Cl.	
11 I	57550	—	3950	1,030	246,875	6,2	44,7	15,8	—	5,4	—	2,8	Повось.
12	57650	5060	3300	1,032	206,250	6,5	31,7	13,2	4,5	6,5	—	2,4	
13	57150	4765	3200	1,029	181,818	5,7	45,4	16,3	5,0	4	9	2,7	id., слабѣ,
14	57750	4135	3200	1,028	173,804	5,6	37,2	17,6	3,7	4,6	9,8	2,1	
15	57800	5380	4100	1,020	146,429	3,5	41,8	21,3	4,2	3,4	9,8	1,9	небольшой.
16	58050	5380	4800	1,019	146,341	3,0	48,0	22,5	5,2	3,0	9,1	2,1	
17	56600	5695	4800	1,025	235,288	4,9	53,4	29,2	6,1	4,4	8,7	1,8	Повоса нѣтъ.
18	58000	6010	5600	1,021	215,384	3,8	49,8	29,1	5,8	4,3	8,4	1,7	
19	59000	6325	6400	1,021	285,714	4,5	51,4	—	5,14	5,5	10	—	
20	59150	6640	4700	1,025	235,0	5	46,6	25,3	5,2	5,0	9,3	1,8	
21	59550	4750	4800	1,025	196,721	4,1	59,8	26,4	6,7	3,3	8,9	2,2	

Таблица 22. Antipyrin 15 gr. p. die.

22	59650	5695	4900	1,025	235,577	4,8	48,5	22,0	5,2	4,8	9,5	2,2	
23	59500	5595	5400	1,020	202,985	3,7	54,0	24	—	3,7	—	2,2	
24	60050	4835	4100	1,030	228,826	5,5	54,0	27	6,1	4,2	—	2	
25	60050	5065	4700	1,021	180,076	3,8	52,8	28,2	5,8	3,4	9,2	1,8	
26	60200	5300	4300	1,024	179,660	4,1	60,0	28	5,6	2,9	—	2,1	
27	61000	5065	3900	1,021	150,0	3,8	52,0	20,9	5,8	2,9	—	2,5	
28	60000	5880	4600	1,024	205,357	4,5	49,3	32,6	5,3	4,2	9,8	1,5	



Таблица 23. Безъ лѣченія; antipyrin 60 gr. p. die.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	%	U.	Cl.	Ph.	S : U.	U : Ph.	U : Cl.	
29	61000	5330	5400	1,021	198,529	3,7	62,8	35	6,9	3,16	9,1	1,8	Мол. 1600.
30	60000	5565	4700	1,022	150,641	3,2	62,8	36,2	7	2,4	8,3	1,8	„ 2100.
31	61000	4900	4900	1,022	165,54	3,3	69,5	37,7	6,7	2,3	10	1,8	„ 1600.
$\frac{1}{\Pi}$	60500	5495	5200	1,024	232,428	4,5	66,3	34,8	7,9	3,5	8,3	1,9	„ 1600.
A n t i p y r i n													
2	61450	5280	5300	1,022	172,077	3,2	74,7	38,1	7,6	2,3	9,8	1,9	} Большое движеніе, увел. кол. булки.
3	60750	5910	4750	1,026	169,642	3,3	68,9	37,1	7,1	2,4	9,8	1,8	
4	61100	5960	5100	1,027	205,645	4	73,44	38,2	7,9	2,8	9,2	1,9	
5	61700	5495	3900	1,024	141,304	3,7	50,2	29,2	4,9	2,8	10,2	1,7	Прежняя діѣта.
6	60500	5015	3500	1,027	136,718	3,9	55,6	29	4,6	2,4	12,0	1,9	Потливость.
7	60750	4800	3900	1,030	187,500	4,5	62,5	35,8	—	3	—	1,7	
8	60850	5065	4500	1,029	187,500	4,1	62,9	39	6,0	29	10,4	1,6	

Таблица 24. Безъ лѣченія, антифебринъ 15—20 gr. p. die.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	U.	Cl.	S : U.	U : Cl.	
9	60950	5165	5500	1,022	196,428	80,145	45,1	2,45	1,7	Antifebrin.
10	59750	4485	4250	1,025	163,461	53,38	33,5	3,1	1,6	
11	60200	4235	4100	1,029	157,692	67,8	32,4	2,3	2,9	
12	61000	4285	4100	1,031	193,396	64,4	30,7	3,0	2,2	
13	59950	5065	4650	1,026	181,64	73,8	33,9	2,4	2,1	
14	60600	5065	4150	1,029	148,214	64,4	27,8	2,3	2,3	
15	60650	4800	3600	1,027	132,352	55,2	25,5	2,4	2,1	







Таблица 26. Безъ лѣченія, фенацетинъ, щелочи.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	U.	Cl.	S:U.	U:Cl	
21 III	59200	3120	3350	1,029	144,397	58,5	31,8	2,4	1,8	
22	60500	3400	3400	1,030	170,0	48,9	23,8	3,4	2	
23	60100	4255	3750	1,029	218,023	50,9	17,6	4,3	2,8	
	P h e n a c e t i n					3,0	грамма p. die.			
24	58850	3835	3650	1,033	233,974	56,7	—	4,1	—	
25	58700	4650	3600	1,030	230,897	43,7	22,2	5,2	1,9	
26	62000	3520	3850	1,030	200,520	59,7	32,3	3,3	1,8	
27	61300	4020	3650	1,033	217,261	50,2	18,9	4,3	2,6	
28	61100	3835	3700	1,0345	355,769	45,7	22,9	7,7	1,9	Ph. 4,7. U: P=9,8
	Б е з ъ л ѣ ч е н і я.									
29	62000	3920	3600	1,030	209,232	59,2	25,5	3,5	2,3	
30	61750	3520	3550	1,034	225,0	47,1	22,7	4,7	2,1	
31	62000	2890	3200	1,029	150,943	56,5	27,5	2,6	2	
	Щ е л о ч и.									
1 IV.	61800	—	3400	1,031	220,788	37,2	18,7	5,9	1,9	Ph. 3,6. U: P=10,3.
2	61500	3205	3250	1,035	237,500	40,8	15,6	5,8	2,6	
3	61200	4020	3700	1,031	231,250	40,6	18,8	5,7	2,1	
4	62000	В ы п и с ы в а е т с я.								



## НАБЛЮДЕНІЕ IV.

(Табл. 27—29; граф. табл. 4).

Ефрейторъ О. П—скій, 37 лѣтъ, уроженецъ Минской губерніи, городской, поступилъ въ клинику 13/III съ жалобами на общую слабость, особенно въ ногахъ, исхуданіе, непомѣрную жажду, повышенный аппетитъ, обильное мочеотдѣленіе, на мучительныя головныя боли, боли въ груди, ногахъ и правомъ плечѣ.

Болезнь обратила на себя вниманіе съ іюля 1887 ощущеніемъ необычайной жажды и учащенными позывами къ мочеиспусканію; больной по многу разъ сталъ вставать ночью за мочей, чего раньше совсѣмъ не было. Съ этого же времени развились и боли. Въ серединѣ іюля больной былъ командированъ на Нижегородскую ярмарку; тамъ состояніе его стало еще хуже; сознаніе тяжелой болѣзни и разлука съ женою крайне угнетали больного. Съ августа, по возвращеніи домой, больной чувствовалъ себя не лучше. Жажда мучила его постоянно, аппетитъ значительно усилился, слабость все увеличивалась; появились тяжелыя головныя боли.

Наконецъ въ февралѣ потеря силъ достигла такой степени, что больной сталъ тяготиться службой; онъ не могъ долго оставаться на ногахъ; не въ силахъ былъ подниматься по лѣстницамъ. Около этого времени у него впервые опредѣлили сахарный діабетъ; назначенъ былъ мышьякъ, но безъ пользы. Въ началѣ марта больной обратился въ Георгіевскую общину и оттуда былъ направленъ въ клинику.

Раньше былъ вообще здоровъ,—только нерѣдко хворалъ кашлемъ; перемежающимися лихорадками не страдалъ, пользовался значительной физической силой; служилъ въ гвардіи, службу несъ исправно и никогда по ней не имѣлъ непріятностей. Въ 1875 году, занимаясь обученіемъ новобранцевъ, сталъ страдать сердцебиеніемъ, головокруженіями, болями въ лѣвомъ боку и такъ ослабѣлъ, что долженъ былъ оставить службу. Деревенская жизнь снова оправила его настолько, что въ 1878 г., по пріѣздѣ въ Петербургъ, онъ опять поступаетъ на службу въ гвардію; прослуживъ въ строю 5 мѣс., переходитъ въ полицію. До прошлаго іюля чувствуетъ себя вполне удовлетворительно.

Сифилиса никогда не имѣлъ; не было злоупотребленія спиртными напитками. Въ іюлѣ 1887 г. женился. Тяжелыхъ психическихъ потрясеній никогда не испытывалъ. Отецъ больного умеръ въ глубокой старости, мать здорова, братъ и сестра здоровые люди; наслѣдственности ни діабетической, ни артритической, ни нервной больной не представляетъ. Сладкихъ кушаній много не ѣлъ, но мучной пищи довольно много.

Значительный интересъ представляетъ то обстоятельство, что больной



дважды сильно ушибалъ себѣ голову: первый разъ въ маѣ 1886, а второй въ началѣ іюля 1887; во второй разъ, быстро выпрямившись, онъ такъ сильно ударился темяною частью головы о низкій сводъ, что получилъ разорванную рану до кости; сознание не потерялъ. Рана зажила довольно скоро. Больной утверждаетъ, что жажда и прочія явленія развились именно вскорѣ за этой травмой головы.

Больной—человѣкъ высокаго роста, хорошаго сложенія, повидимому былъ хорошо упитанъ, но представляетъ теперь сильную степень исхуданія. Кожа захватывается большими складками, подкожный жирный слой исчезъ, мышцы дряблы. Лицо и руки сильно цианотичны; кожа сѣровато-желтаго цвѣта, слизистыя оболочки блѣдны; зубы каріозны. Выдыхаемый воздухъ имѣетъ особый слегка яблочный запахъ. Типъ зубовъ, строеніе твердаго неба и конфигурація черепа ничего ненормальнаго не представляютъ.

Лѣвое плечо опущено; обѣ половины грудной кѣтки расширяются равномерно; животъ сильно выдается въ нижней части, флюктуации нѣтъ.

Железы подчелюстныя, шейныя, подмышечныя и паховыя нѣсколько увеличены. По перед. axillar'ной на 7-мъ правомъ ребрѣ, а также и на 6-мъ слѣва болѣзненные точки.

Печень и селезенка, болѣзненные при дотрогиваніи, ясно прощупываются и рѣзко подвижны. Верхняя граница печени на 8-мъ по mamill., подъ 9-мъ по перед. axillar'ной; область селезенки начинается съ 10 ребра по axillar'ной—въ стоячемъ положеніи. Въ лежачемъ положеніи, границы печени поднимаются къверху на межреберный промежутокъ; граница селезенки плохо опредѣляется вслѣдствіе тимпанита. Нижній край печени въ стоячемъ положеніи выдается пальца на 3, край ея плотный, поверхность гладкая; въ лежачемъ положеніи край печени выдается пальца на 2 и легко вправляется подъ ребра. Селезенка выдается меньше, чѣмъ на палецъ, также плотна и легко вправляется.

Уменьшеніе звучности надъ лѣвой ключицей и лопаткой. Верхняя граница сердца въ стоячемъ положеніи подъ 4-мъ, правая по лѣвому краю sterni, лѣвая на 1½ пальца правѣ соска; слабый толчекъ въ 6-мъ межреберномъ промежуткѣ на палецъ правѣ соска. Въ лежачемъ положеніи сердце прикрыто. Сзади перкуссия ничего особаго не представляетъ.

При выслушиваніи, тоны сердца чисты, акцентовъ нѣтъ. Повсюду жесткій вдохъ и удлинненный выдохъ; въ концѣ входа свисты. Лѣвая сторона, особенно вверху, нѣсколько слабѣе дышетъ.

Въ общемъ—расширеніе легкихъ, вѣроятно вслѣдствіе хроническаго бронхита, увеличеніе и подвижность печени и селезенки.

Колѣнные рефлексы, даже при приѣмѣ Jendrassic'a, отсутствуютъ. Кожные рефлексы сохранены и даже повышены.

При изслѣдованіи чувства мѣста эстезиометромъ Sieweking'a обнаруживается, особенно сзади, разница чувствительности сторонъ тѣла: лѣвая половина значительно чувствительнѣе, даже выше нормы (разст. въ 30 mm). Болевая чувствительность слѣва также больше.

Чувствительность кожи къ индукціонному току повышена также на лѣвой сторонѣ. Со стороны зрѣнія и слуха значительныхъ уклоненій отъ нормы не наблюдается.

Больной жалуется на сильныя боли, существующія у него постоянно—боли въ головѣ, особенно справа, шумъ и колотья въ ушахъ; боли, появляющіеся соотвѣтственно межребернымъ промежуткамъ, въ области n. ischiadici



особенно въ правой ногѣ; на ощущеніе онѣмѣнія, а по временамъ жженія въ правомъ бедрѣ.

Половая способность значительно ослаблена. Съ зимы сильно кашляетъ, особенно по ночамъ, ночью кашель сухой, а по утрамъ выдѣляется немного мокроты. При изслѣдованіи послѣдней, Косч'овскихъ бациллъ не обнаружено. Ничего ненормальнаго не найдено и въ испражненіяхъ больного.

Моча свѣтло-желтоватая, съ яснымъ ароматич. запахомъ, даетъ рѣзкую реакцію съ полуторнохлористымъ желѣзомъ, и, по пробамъ Lieben'a, Legal'a и Penzoldt'a, содержитъ въ себѣ ясно опредѣлимые количества ацетона. Реакція ея кислая, бѣлка нѣтъ.

Немедленно по поступленіи въ клинику, больному назначенъ опредѣленный діететическій режимъ. Такъ какъ на чисто мясную пищу онъ не могъ согласиться, то ему назначено ежедневно около 600 гр. бульона, 800 гр. жареного мяса (котлеты), 180 яицъ и около 100 граммъ бѣлаго хлѣба. Молока ежедневно получаетъ около 1200 к. с.

Первые 6 дней опредѣлялось вліяніе этой діеты на теченіе болѣзни. Цифры этого періода ваблюденія представлены въ табл. 27.

Мы видимъ типъ діабета, отличный отъ наблюдавшихся нами ранѣе. Его особенность—чрезвычайно высокая поліурія и азотурія. Цифры не такъ велики въ первые дни, такъ какъ больной не могъ сразу привыкнуть къ точному собиранію мочи и терялъ большія ея количества (см. наприм. 2 день: выпито 12495 к. с., мочи 8950); но съ третьяго уже дня мы видимъ довольно постоянныя цифры мочи: 11300, 12000, 11900, 10850. Удѣльный вѣсъ не очень высокъ, около 1,020;  $\%$  сахара сравнительно низкій, около 3. Цифры сахара высоки, но ниже, наприм., цифръ нашего 1 случая, бывшаго притомъ на мясной діетѣ. Цифры мочевины огромныя; 18/ш ея количество доходитъ до 159,2 граммъ—одной изъ наиболѣе высокихъ цифръ, извѣстныхъ въ литературѣ діабета. Хлоридовъ, какъ всегда, въ первые дни мало; затѣмъ ихъ количества начинаютъ нарастать; отношеніе мочевины къ фосфору нормальное (13).

Вѣсъ за это время прибываетъ, температура колеблется  $36^{\circ}$ — $37^{\circ},3$ ; пульсъ 76—84, дыханій 24—28.

Съ 20/ш назначено было лѣченіе *антипириномъ*. Въ первые 5 дней, онъ давался по 16 гр., послѣдніе 8—по 20 гр., 3 раза въ день.

Просматривая цифры табл. 28-й, мы замѣчаемъ прежде всего громадное и быстрое уменьшеніе жажды, удивлявшее даже больного. Количество вводимой жидкости въ первые 3 дня падаетъ съ 10455 на 6720; затѣмъ, съ большими колебаніями, держится на этомъ уровнѣ. Количество мочи падаетъ не такъ быстро, но зато постоянно въ продолженіи этого періода лѣченія; съ 10900 к. с., оно достигаетъ къ концу его 6650.

Опредѣляя, насколько зависитъ это уменьшеніе количества мочи отъ содержанія ея составныхъ частей, мы видимъ на первомъ планѣ рѣзкое и быстрое уменьшеніе количества мочевины. Съ 140 граммъ содержаніе мочевины падаетъ въ 8 дней до цифръ ниже 80; затѣмъ вновь поднимается, но уже далеко не достигаетъ прежнихъ цифръ.

Сахаръ уменьшается менѣе рѣзко; его  $\%$  даже нѣсколько повышается (около 5); повышается значительно (съ 3 на 4) его отношеніе къ мочевиנѣ; однако уменьшеніе его идетъ постоянно. Къ концу періода, съ цифръ около 500,0 онъ достигаетъ цифры 318,7 граммъ.

Хлориды устанавливаются на высокихъ цифрахъ въ довольно нормальномъ отношеніи къ мочевинѣ (около 3).



Можно обратить еще вниманіе на несоотвѣтствіе въ количествахъ вводимой жидкости и мочи: цифры послѣдней верѣдко, особенно въ началѣ антипириннаго періода, значительно преобладаютъ. Быть можетъ, это зависитъ отъ освобожденія организма отъ задерживавшейся ранѣ воды; съ этимъ связано и нѣкоторое уменьшеніе вѣса, отчасти зависящее и отъ небольшого поноса. (разъ 3 въ день довольно жидкія испражненія), наблюдающагося у больного въ первые дни описываемаго періода.

Съ 22/III небольшая перемѣна діеты въ видѣ назначенія около 150—200 граммъ ежедневно бѣлковаго желе; она не оказываетъ замѣтнаго вліянія ни на количество сахара, ни на количество мочевины.

Антипиринъ переносился больнымъ превосходно; не замѣчалось даже значительной потливости. Первое благопріятное явленіе, наблюдавшееся послѣ его назначенія — было быстрое исчезновеніе головныхъ болей и невралгій; исчезло ощущеніе сухости во рту. Самочувствіе больного рѣзко улучшилось; онъ выглядитъ гораздо свѣжѣе и бодрѣе и находитъ, что силы его увеличиваются. Параллельно съ улучшеніемъ общаго состоянія больного, улучшились и явленія со стороны легкихъ безъ всякаго спеціальнаго лѣченія. Кашель уменьшился и не беспокоитъ больного, хриповъ нѣтъ, дыханіе менѣе жестко. Температура по прежнему  $36^{\circ}$ — $37^{\circ},5$ ; пульсъ 76—92; дыханіе 24—25.

Убѣдившись въ прекрасномъ вліяніи антипирина на теченіе нашего случая діабета, мы рѣшили испробовать на этомъ же случаѣ вліяніе какого-нибудь изъ antipyretica и, по указанію С. П. Боткина, остановились на непримѣненномъ еще нами *салолѣ*.

Салолъ, салициловый эфиръ фенола, представляетъ тѣмъ большій интересъ для лѣченія діабета, что въ немъ мы имѣемъ соединеніе двухъ веществъ, изъ которыхъ каждое, и иногда съ значительнымъ успѣхомъ, испытано при діабетѣ. Въ этомъ смыслѣ и рекомендуетъ его и Sahli <sup>1)</sup>, изслѣдовавшій дѣйствіе салолу при разныхъ другихъ заболѣваніяхъ.

Передъ назначеніемъ салолу, больной былъ оставленъ на 4 дня безъ лѣченія, чтобы не смѣшать эффекта двухъ періодовъ терапіи. Въ теченіи этого промежутка, вѣсъ больного нѣсколько прибываетъ, самочувствіе не измѣняется; количество вводимой жидкости мало измѣняется, количество мочи продолжаетъ слабо убывать. Суточные количества сахара нѣсколько поднялись, цифры мочевины и хлоридовъ не представляютъ значительныхъ перемѣнъ. Къ сожалѣнію, моча за 4-е потеряна (пролита больнымъ), а за 5-е небольшая часть ея утрачена больнымъ при незначительномъ поносѣ (табл. 29).

Салолъ назначается 6/IV по 1 граммъ на пріемъ 4 раза въ день и дается въ продолженіе 9 дней (табл. 29). Разсматривая цифры таблицы, нельзя отказать и салолу въ благопріятномъ дѣйствіи на теченіе діабета. Количества вводимой жидкости снова значительно убываютъ, и послѣ нѣкоторыхъ колебаній достигаютъ цифръ 4800 и 4480, постоянно превышая количества мочи.

Количество мочи продолжаетъ, и довольно энергично, падать, достигая на-

<sup>1)</sup> Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte, 1886, XVI, 12 и 13. Ref. по Ther. Monatshefte. 1887.



конецъ цифръ, наблюдавшихся нами въ другихъ, значительно менѣе тяжелыхъ случаяхъ діабета. Удѣльный вѣсъ ея нѣсколько уменьшается.

Уменьшеніе суточныхъ количествъ сахара наблюдается даже рѣзче, чѣмъ при антипиринѣ; послѣ небольшихъ колебаній, количество сахара въ послѣдній день наблюденія достигаетъ 168 граммъ.

Количества мочевины сначала держатся на прежнихъ цифрахъ, затѣмъ сильно спадаютъ, достигая 50—60 граммъ. Уменьшается и выдѣленіе хлоридовъ.

Вѣсъ больного продолжаетъ прибывать, самочувствіе и состояніе силъ хороши, но послѣ отміна антипирина возобновились невралгическія боли, хотя далеко не въ той силѣ, какъ прежде. Объективныя изслѣдованія, произведенныя въ послѣдніе дни пребыванія больного въ клиникѣ не представляютъ перемѣнъ со времени окончанія антипириннаго лѣченія. Со стороны нервной системы перемѣнъ также нѣтъ.

Моча продолжаетъ давать реакціи съ  $\text{Fe}_2\text{Cl}_6$  и на ацетонъ.

Температура имѣла нѣсколько иной типъ, подъ конецъ понизилась, около  $36^\circ$ — $36,05^\circ$ . Пульсъ и дыханіе въ тѣхъ же цифрахъ—80—88; 24—25.

Въ заключеніе сравнимъ цифры начала и конца этого наблюденія, представляющаго примѣръ возможности превосходнаго дѣйствія терапіи при діабетѣ. Первые цифры взяты 17/III, за 2 дня до назначенія антипирина; вторые—14/IV—за послѣдній день наблюденія

	17/III.	14/IV.	
Колич. вв. жидкости:	11475	4480	въ продолженіе мѣ- нѣе, чѣмъ мѣсяца.
— мочи:	12000	3900	
— сахара:	441,176	168,103	
— мочевины:	144,6	54,95	
— хлоридовъ:	25,2	18,3	

Вѣсъ больного, за время наблюденія, прибавился на 2100 граммовъ.

Результаты: 1) Антипиринъ въ этомъ случаѣ оказалъ несомнѣнное вліяніе на количество вводимой жидкости и мочи, рѣзкое дѣйствіе на уменьшеніе мочевины; менѣе рѣзкое, но все-таки значительное, на уменьшеніе количества сахара. При употребленіи антипирина исчезли невралгическія боли и замѣчательно улучшилось самочувствіе больного.

2) Хорошее вліяніе можно признать и за салоломъ—на степень полидипсїи и поліурїи, на содержаніе въ мочѣ сахара и мочевины. На невралгическія явленія онъ не такъ хорошо дѣйствуетъ.

3) Самый случай, представляющій форму діабета съ высокой азотурїей, имѣетъ вѣроятно травматическое происхожденіе.



# НАБЛЮДЕНІЕ IV.

Таблица 27. Безъ лѣченія.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	U.	Cl.	S:U.	U:Cl.	
14	61850	—	9600	1,023	444,0	106,8	12,5	4,1	8,5	Ph. 8,1; U:P=13,1.
15	62700	12495	8950	1,022	399,194	110,2	18,8	3,6	5,8	Оба дня моча потеряна.
16	61700	11735	11300	1,022	434,615	141,9	24,9	3,1	5,7	
17	64000	11475	12000	1,020	441,176	144,6	25,2	3,0	5,7	
18	63250	10710	11900	1,022	470,55	159,2	36,8	2,9	4,3	
19	63350	—	10850	1,021	444,713	143,8	32,5	3,1	4,4	

Таблица 28. Antipyrin 60 gr. p. die.

20	63000	10455	10900	1,024	524,038	140,3	30,5	3,6	4,5	48 gr. p. die.
21	63350	8640	9800	1,024	415,251	117,1	31,4	3,5	3,7	Неб. поносъ.
22	64000	6720	8850	1,025	395,089	129,2	34,5	3,1	3,4	Бѣлк. желе 150,0.
23	64950	7360	9500	1,024	439,8'4	120,3	29,4	3,6	4,1	
24	64500	6400	9050	1,026	565,0	108,1	28,0	5,2	3,9	
25	63300	7360	8500	1,026	433,673	105,1	43,3	4,1	2,4	60 gr. p. die.
26	63250	6720	8400	1,025	375,0	103,8	50,4	3,6	2,1	
27	64000	6080	7250	1,026	355,39	76,3	36,2	4,6	2,1	
28	62500	7360	7250	1,025	362,5	82,9	30,9	4,3	2,6	
29	62000	8000	7250	1,0275	402,777	83,3	30,7	4,8	2,7	
30	61250	6400	6950	1,028	386,11	107,2	30,6	3,6	3,5	
31	62000	6720	7000	1,027	364,58	86,4	24,5	4,2	3,5	
$\frac{1}{IV}$	61600	7040	6650	1,027	318,750	98,9	20,6	3,2	4,8	



Таблица 29. Безъ лѣченія. Салоль.

Ч.	В.	К. В.	К. М.	d.	S.	U.	Cl.	S:U	U:Cl.
2	62700	6400	6500	1,026	300,925	84,3	23,4	3,5	3,6
3	62800	6080	6650	1,026	306,627	80,8	27,9	4,8	2,8
4	63000	6400	м о ч а п о т е р я н а.						
5	63100	6080	5900	1,0275	337,2 9	79,3	19,7	4,2	4,0
		S a	l o	l	4, 0	p.	d i e.		
6	62200	6080	5900	1,026	283,654	79,5	18,8	3,5	4,2
7	61500	5440	6000	1,026	306,122	63,7	21,6	4,8	2,9
8	62250	4800	5550	1,026	308 333	82,7	22,7	3,7	3,6
9	63000	5440	5600	1,026	254,545	74,3	15,4	3,4	4,9
10	62500	5760	4950	1,026	286,046	80,8	14,8	3,5	5,4
11	63750	5440	5500	1,025	298,913	59,4	23,1	5	2,5
12	64000	5440	4750	1,025	252,658	60,1	16,1	4,2	3,7
13	62500	4800	4950	1,026	275,0	54,6	19,8	4,9	2,7
14	63100	4480	3900	1,025	168,103	54,9	18,3	3,1	3
15	63950	Выпи	сывае	тся.					



Резюмируемъ теперь результаты, полученные при примѣненіи различныхъ antipyretica.

Антипиринъ примѣнялся во всѣхъ четырехъ случаяхъ. Успѣшное дѣйствіе наблюдалось въ двухъ: въ 1-й половинѣ 1-го наблюденія и въ 4-мъ. Въ 1-мъ случаѣ при употребленіи антипирина замѣчалось общее пониженіе цифръ вводимой жидкости, мочи, количества ежедневнаго содержанія сахара, мочевины и пр. вмѣстѣ съ поднятіемъ вѣса и улучшеніемъ общаго состоянія больного. Въ 4-мъ случаѣ при антипиринѣ наблюдалось рѣзкое уменьшеніе жажды, значительное уменьшеніе полиуріи, весьма сильное пониженіе суточныхъ количествъ мочевины; менѣе рѣзкое, но все таки значительное уменьшеніе количествъ сахара въ мочѣ. Эти перемѣны сопровождались исчезновеніемъ всѣхъ невралгическихъ болей, которыми страдалъ больной, и значительнымъ улучшеніемъ его самочувствія.

Во 2-ю половину того же 1-го наблюденія при назначеніи тѣхъ же дозъ антипирина успѣха уже не было; необходимо замѣтить, что въ продолженіи этой части наблюденія уже никакая терапія не давала сколько нибудь значительнаго успѣха, и больной умеръ при явленіяхъ комы.

Весьма непродолжительное дѣйствіе, повидимому, наблюдалось во 2-мъ случаѣ, въ началѣ, а при повтореніи назначенія антипирина, даже въ бѣльшихъ дозахъ, яснаго эффекта уже не было. Не было замѣтнаго дѣйствія и въ 3-мъ случаѣ, какъ и при употребленіи другихъ терапевтическихъ средствъ.

Дозы, при которыхъ обнаруживалось дѣйствіе, были 15 gr. на пріемъ 3 раза въ день въ 1-мъ случаѣ (мальчикъ 15 лѣтъ), и 20 gr. на пріемъ 3 раза въ день въ 4-мъ.

Неблагопріятныя побочныя явленія при антипиринѣ наблюдались лишь въ видѣ сильной потливости (2 и 3 случаи).

Антифебринъ былъ назначаема въ трехъ случаяхъ, въ тѣхъ, гдѣ антипиринъ не проявлялъ дѣйствія (2-я половина 1-го, 2-й и 3-й). Въ 1-мъ случаѣ при немъ не было никакихъ измѣненій въ теченіи процесса, во 2-мъ и 3-мъ—крайне слабое вліяніе, скорѣе на количества мочи и мочевины. Самочувствіе больныхъ при антифебринѣ было хорошее.

Дозы антифебрина примѣнялись по 5 gr. на пріемъ 3 и 4 раза въ день.



Таллинъ назначался въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ и антифебринъ; при немъ наблюдалось весьма кратковременное пониженіе цифръ сахара и др. Дозы его—*thallini sulfurici* 5 gr. 3 раза въ день.

Фенацетинъ (по 1,0 p. *dosi* 3 раза въ день) назначался въ двухъ случаяхъ (1-мъ и 3-мъ), безъ всякаго успѣха.

Салоль (1,0 p. *dosi* 4 раза въ день) назначался всего лишь въ одномъ наблюденіи (4-мъ) и здѣсь оказывалъ значительное вліяніе на уменьшеніе количествъ вводимой жидкости, мочи, сахара и мочевины.

Въ 3-мъ случаѣ, гдѣ мы не видѣли дѣйствія отъ антипирина и др., не наблюдалось значительнаго вліянія какой бы то ни было терапіи. Во 2-мъ случаѣ *natrum salicylicum* и опій оказывались дѣйствительнѣе антипирина, антифебрина и таллина.

Для объясненія такихъ противорѣчивыхъ результатовъ мы уже обращались къ предположенію о существованіи различныхъ формъ діабета въ этиологическомъ смыслѣ. Съ этой точки зрѣнія, намъ кажется весьма интереснымъ то обстоятельство, что удачные случаи дѣйствія антипирина совпадали съ случаями вѣроятнѣе всего центральнаго происхожденія діабета (1-й случай оказался такимъ по вскрытію, происхожденіе 4-го повидимому связано съ травмой головы), и что въ одномъ изъ неудачныхъ случаевъ мы имѣли дѣло съ осложненіемъ процесса присутствіемъ глиста (*Botryosephalus latus*).

Имѣетъ значеніе для успѣха терапіи и степень развитія болѣзненнаго процесса; въ этомъ, можетъ быть, заключается причина безуспѣшности терапіи во 2-й половинѣ 1-го наблюденія. Наконецъ, нельзя не признать и возможности индивидуальнаго отношенія извѣстныхъ случаевъ къ различнымъ терапевтическимъ средствамъ. Мы знаемъ, напр., что одни случаи остраго сочленовнаго ревматизма лучше уступаютъ салициловому натру, другіе антипирину, третьи, повидимому, и антифебрину; есть случаи, хорошо поддающіеся лѣченію хининомъ, іодистымъ калиемъ и т. п. Нѣчто подобное замѣчается въ нашемъ 2-мъ случаѣ, при которомъ наблюдается болѣе благопріятный эффектъ при примѣненіи *natrī salicylicī* и опія, чѣмъ при назначеніи другихъ терапевтическихъ средствъ.

Высказывая все это, конечно, только въ видѣ предположеній, мы должны признать, что правильныя показанія для назначенія терапіи при діабетѣ еще мало выработаны. Весьма важно было бы умѣть этиологически классифицировать отдѣльные случаи діабета, но, въ большей части наблюденій, получаемыхъ нами



субъективные и объективные данные (въ томъ числѣ и результаты изслѣдованія нервной системы) недостаточны для точнаго этиологическаго діагноза. Съ другой стороны, обращаться за помощью къ признакамъ, опредѣляющимся по клиническому теченію каждаго отдѣльнаго случая, почти бесполезно, такъ какъ мало извѣстно ихъ значеніе. Только подробное изученіе этиологическихъ формъ діабета и точная разработка его клиническихъ особенностей, подкрѣпляемая этиологическими и патолого-анатомическими данными, можетъ расширить наши свѣдѣнія и установить раціональныя показанія для терапіи діабета. Въ этомъ отношеніи, каждый случай діабета представляетъ цѣнный матеріалъ.

Оканчивая свою работу, я радъ возможности публично выразить свою глубокую и искреннюю благодарность дорогому моему учителю, профессору Сергѣю Петровичу Боткину, за данную мнѣ тему и за все мое клиническое образованіе, получаемое подъ его неоцѣнимымъ руководствомъ.

Благодарю всѣхъ уважаемыхъ товарищей за добрыя отношенія и за оказанную мнѣ помощь совѣтомъ и дѣломъ.



## ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Подобно салициловому натру, антипиринъ и другія antipyretica могутъ быть признаны полезными при лѣченіи сахарнаго діабета и, вѣроятно, именно въ формахъ центральнаго происхожденія.

2) Съ этиологической точки зрѣнія, діабетъ представляетъ различныя формы, изученіе которыхъ можетъ дать раціональныя показанія для его терапіи.

3) Отдѣльные случаи діабета представляютъ и клиническія особенности, на основаніи которыхъ, можетъ быть, удастся клинически классифицировать формы этой болѣзни.

4) Отъ изслѣдованія фосфорнаго и вообще минеральнаго обмена слѣдуетъ ждать цѣнныхъ и интересныхъ выводовъ.

5) При флоридзиновой гликозурии антипиринъ оказывается средствомъ недѣйствительнымъ.

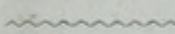
6) Мышечное происхожденіе гликозурии до сихъ поръ остается спорнымъ вопросомъ.

7) Лихорадочныя движенія, наблюдающіяся при желчныхъ коликахъ и различныхъ заболѣваніяхъ печени, нерѣдко симулируютъ intermittens и поэтому долго остаются безъ правильнаго лѣченія.



### Curriculum vitae.

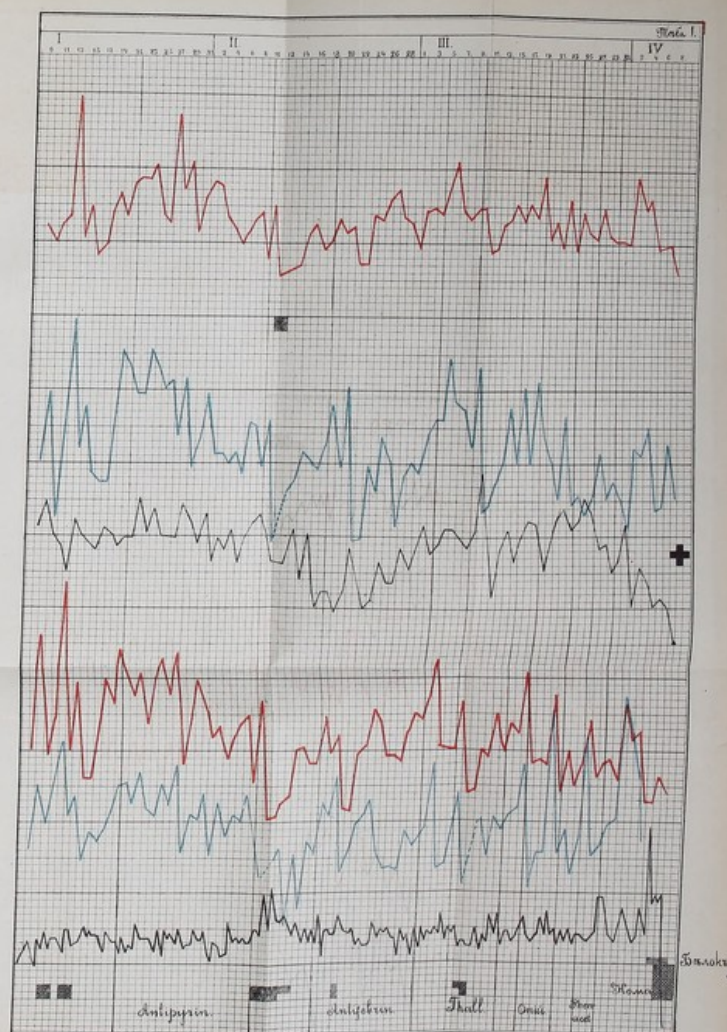
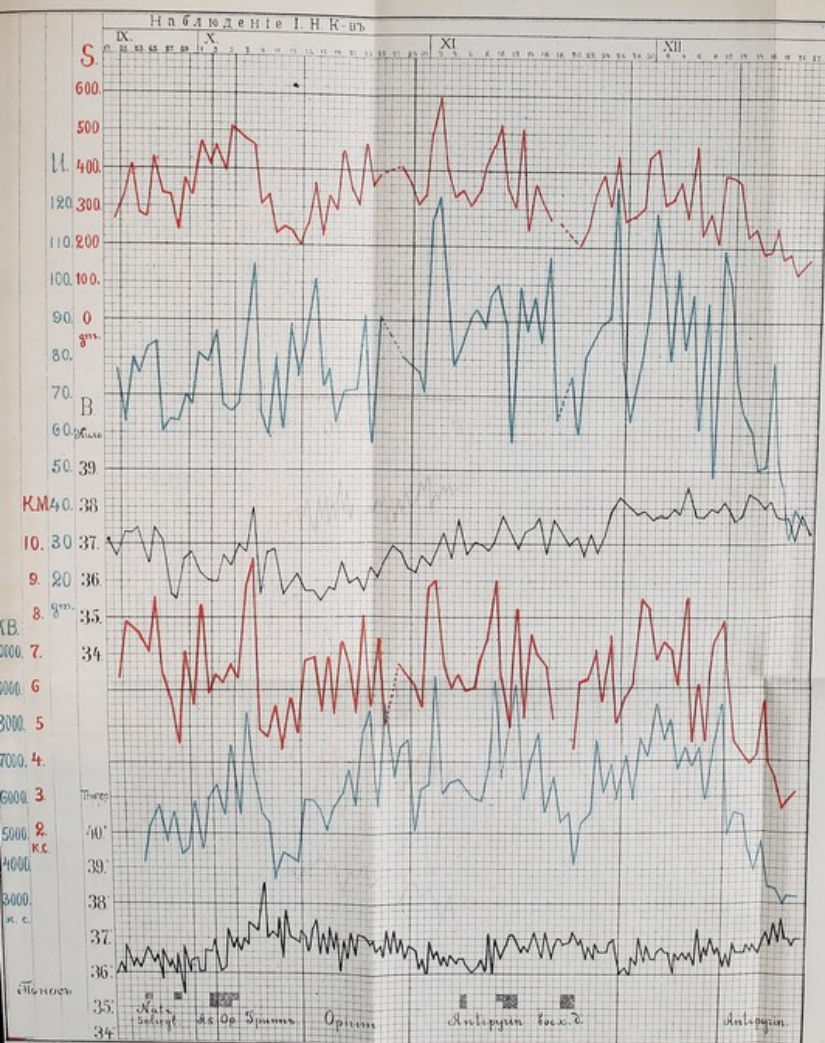
Михаилъ Матвѣевичъ Волковъ, сынъ протоіерея, родился въ 1861 году. Въ 1872 году поступилъ во 2-й классъ 2-й С.-Петербургской гимназіи, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1879 году съ золотою медалью. Въ томъ же году поступилъ на естественное отдѣленіе физико-математическаго факультета С.-Петербургскаго университета. Окончилъ курсъ университета въ 1883 году и по представленіи диссертациі «объ углеводородахъ предѣльнаго ряда», удостоенъ степени кандидата. Въ томъ же 1883 году, по выдержаніи повѣрочныхъ экзаменовъ, поступилъ на младшій курсъ Военно Медицинской Академіи. Въ 1886 году окончилъ курсъ Академіи вторымъ, съ награжденіемъ преміей Д. С. С. Иванова. Определеніемъ Конференціи оставленъ при Академіи для дальнѣйшаго усовершенствованія. Въ настоящее время состоитъ ординаторомъ академической терапевтической клиники проф. С. П. Боткина.





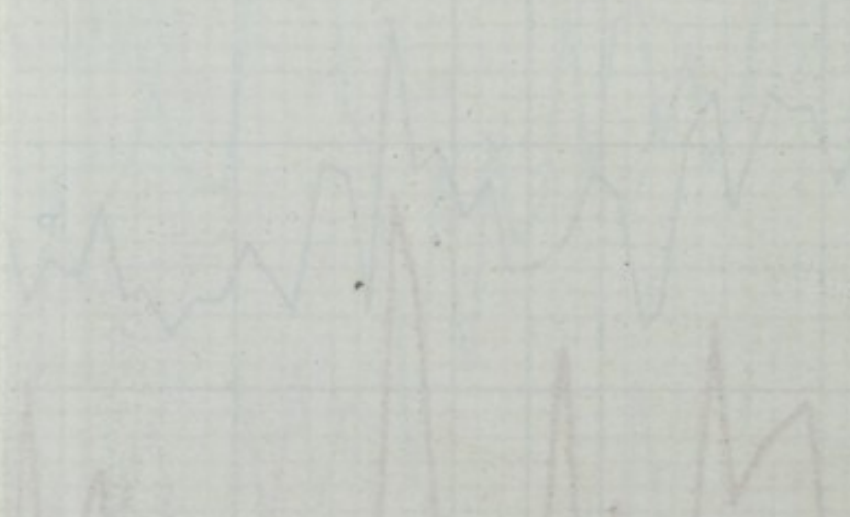
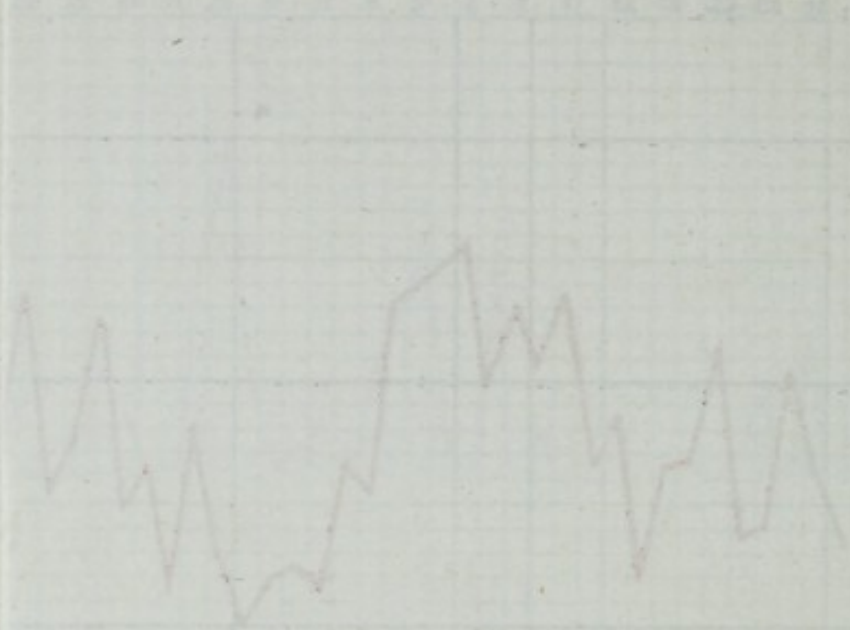








Handwritten text at the top of the page, possibly a title or header, which is mostly illegible due to fading and bleed-through.



Vertical text on the right side of the page, possibly a date or reference number, which is mostly illegible due to fading and bleed-through.

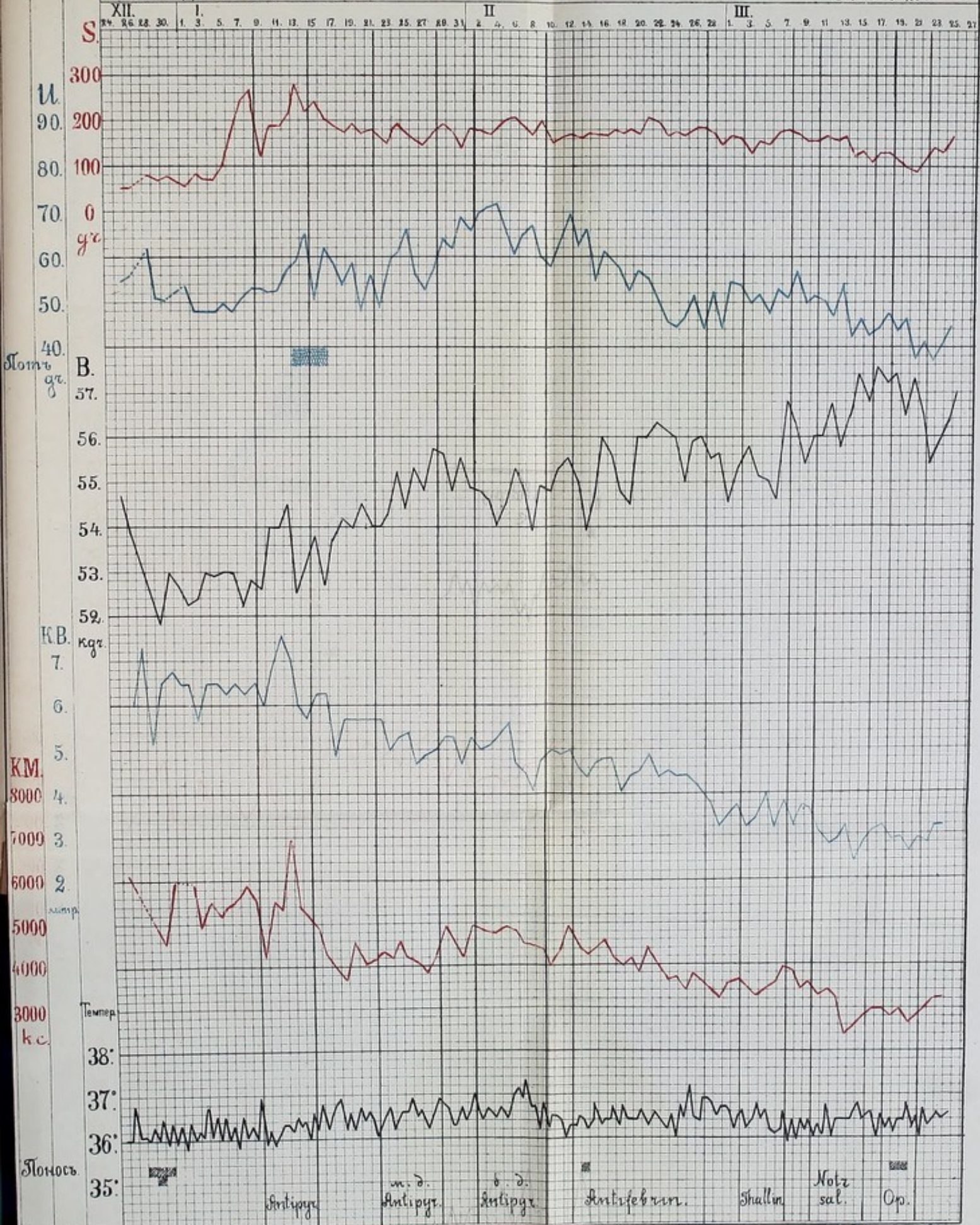
Vertical text on the right side of the page, possibly a date or reference number, which is mostly illegible due to fading and bleed-through.

Vertical text on the right side of the page, possibly a date or reference number, which is mostly illegible due to fading and bleed-through.

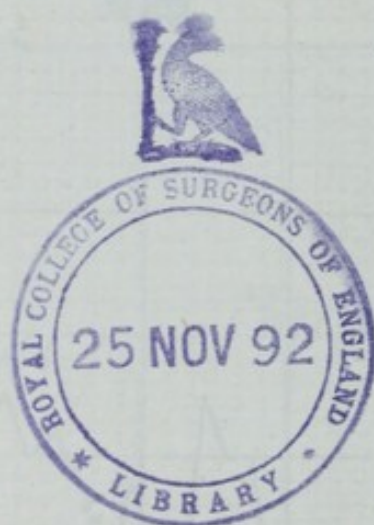


# НАБЛЮДЕНІЕ 2 е В Ф-ВЪ

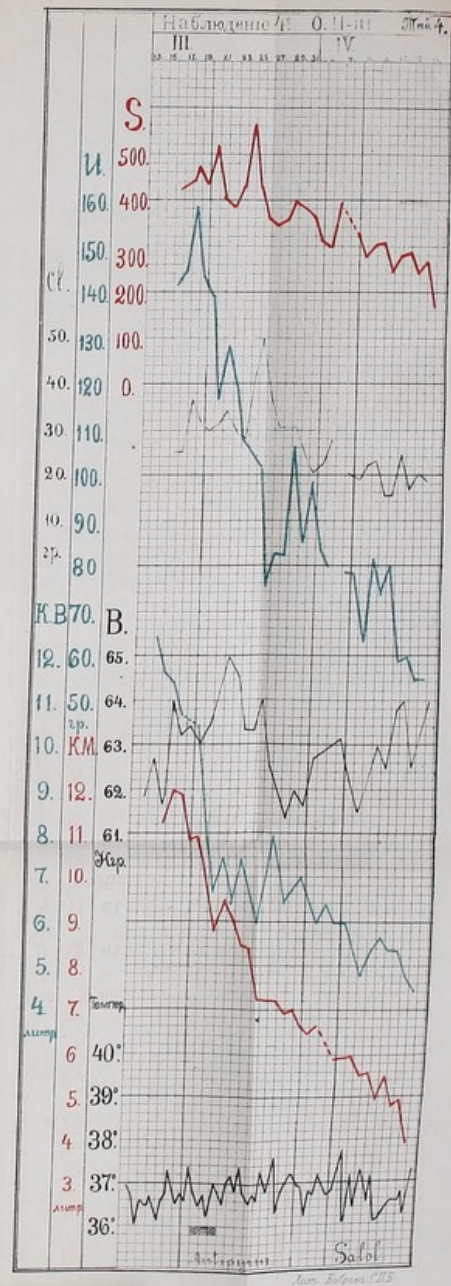
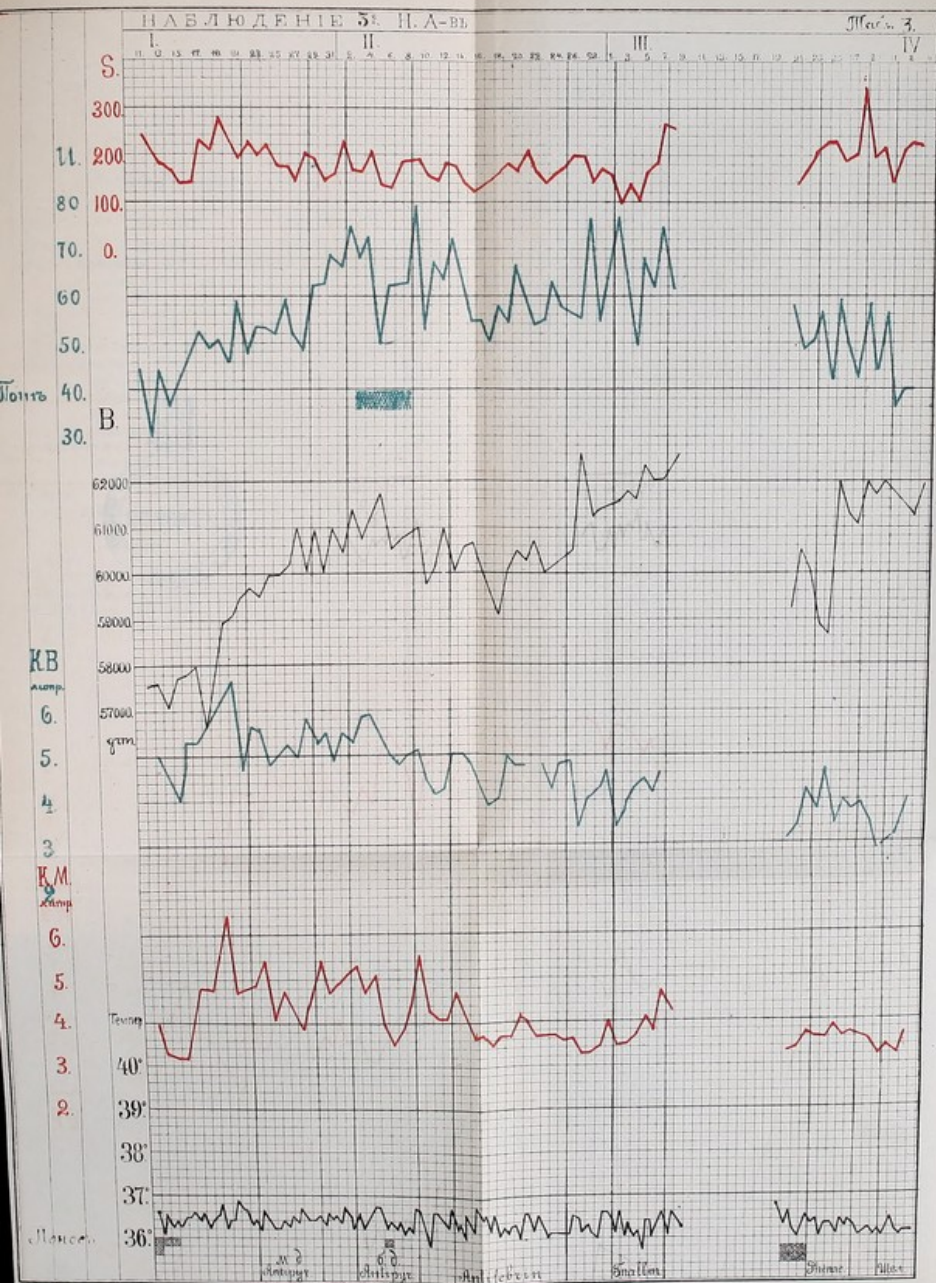
Мед. 2.



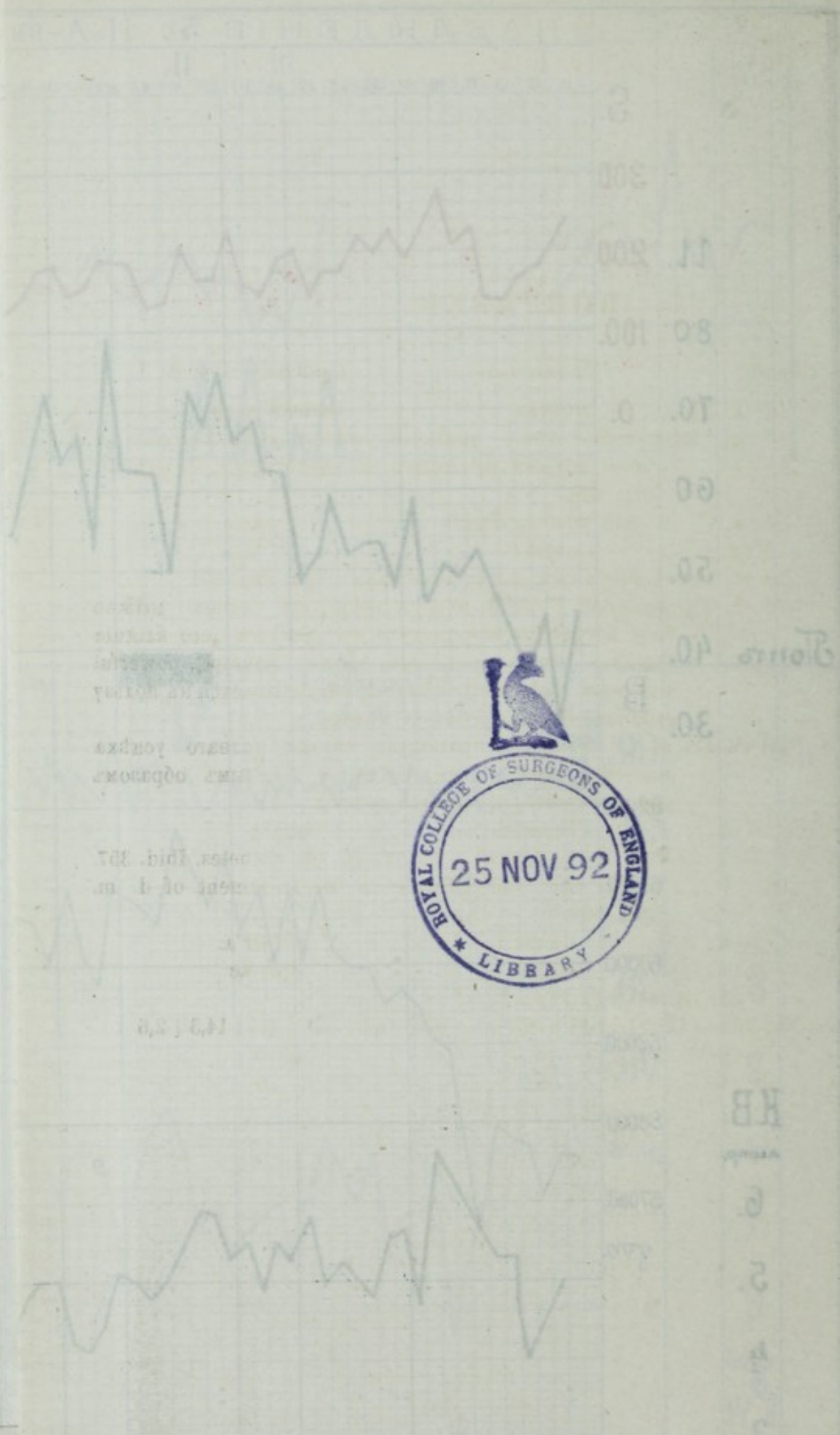












THE  
ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND  
LIBRARY

25 NOV 92



HB  
C  
2  
A



## ПОПРАВКИ.

<i>Стр.</i>	<i>Строка.</i>	<i>Напечатано:</i>	<i>Слѣдуетъ читать:</i>
6	16 св.	Duncan	Duncan и др.
—	10 св.	Пропущено: много указаній относительно литературы этого вопроса приведено въ курсѣ проф. Пашутина, стр. 278.	
11	3 св.	для можетъ имѣть	для
—	5 св.	prompt.	rompt.
17	10 св.	Послѣ словъ „въ мочѣ“ пропущено: (см. стр. 52).	
—	32 св.	Пропущено: Flint <sup>2)</sup> утверждаетъ, что молоко должно быть абсолютно воспрещено при діабетѣ: „его вліяніе быстро, сильно и весьма вредно (prompt, powerful and most injurious)“.—Ravy <sup>3)</sup> высказывается въ пользу ограниченія употребленія молока.	
—	38 св.	Послѣ (;): Tyson <sup>4)</sup> наблюдалъ случаи полнаго успѣха молочной діеты, но не всегда, и главнымъ образомъ при употребленіи снятаго молока.	
—	35 и 39 св.	Donkins	Donkin
—	1 св.	2) Med. News, Philad. 1 87, 29.—3) On diabetes. Ibid. 357. 4) The true place of milk in the treatment of d. m. Ibid. 529.	
29	2 св.	Zülzer'a.	Zülzer'a:
30	2 св.	diabèlé	diabète
44	3 св.	Пропущена строка:	
		24   36750   7580   7050   1,028   382,065   88,8   6,2   33,8   4,3   14,3   2,6	
51	5 св.	6	5
69	31 св.	6	5











