

616

KG44

616





✓  
Правленіе бібліотеки студентовъ  
медиковъ наминаетъ товарищамъ,  
что они отвѣчаютъ за порчу и  
поврежденіе книгъ и переплетовъ.

БІБЛІОТЕКА  
СТУДЕНТОВЪ МЕДИКОВЪ  
№ 1789  
Начальникъ библиотеки \_\_\_\_\_



Даръ Врагелъ 8-го вѣщеска  
Новорос. Унив. верс.  
№/ху 1914г.

П. Конгеймъ.

БОЛѢЗНИ ПИЩЕВОДА,  
ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА.

— Руководство для практическихъ врачей. —

Съ 17-ю рисунками въ текстѣ.

Переводъ съ 3-го нѣмецкаго изданія Н. Н. Антошина

подъ редакцией д-ра А. В. Никольскаго,

ассистента Госпитальной Терапевтической Клиники Высшихъ  
Женскихъ Курсовъ.

1952 г.

1972

ИНВЕНТАР  
№ 8955

Книгоиздательство „НАУКА“.  
1913.

2012



П. МОНТЕ...

Р. 771

БОЛЪВЪН И ШЕВОДА  
ЖЕЛУДА И КИШЕВНИКА

616.

К 641

ПЕРЕОБЛІК

1873

ИМПЕРІЯ



Своему Высокочитимому Учителю

профессору J. Boas

ВЪ БЕРЛИНѢ

съ благодарностью посвящаетъ

Авторъ.

Правленіе бібліотеки студентовъ-медиковъ напоминаетъ товарищамъ, что они отвѣчаютъ за порчу и поврежденіе книгъ и переплетовъ.



# Оглавление.

Отъ редактора . . . . .	
Изъ предисловія къ I изданію . . . . .	1
Предисловіе къ III изданію . . . . .	2
Введеніе . . . . .	3

## Общая часть:

Анамнезъ и субъективная симптоматологія . . . . .	6
Физическое изслѣдованіе . . . . .	12
Осмотръ . . . . .	12
Перкуссия . . . . .	15
Пальпація . . . . .	15
Аускультация . . . . .	25
Изслѣдованіе рентгеновскими лучами . . . . .	25
Гастродіафанія . . . . .	26
Гастроскопія . . . . .	26
Химико-микроскопическое изслѣдованіе содержи- ма желудка . . . . .	27
Предварительныя замѣчанія . . . . .	27
Качественное изслѣдованіе . . . . .	29
Количественное " . . . . .	29
Изслѣдованіе на ферменты . . . . .	33
" двигательной способности . . . . .	39
Микроскопическое изслѣдованіе содержи- ма желудка . . . . .	41
" изслѣдованіе на кровь . . . . .	46
Техника зондированія желудка, показанія и проти- воказанія къ нему . . . . .	47
Методы, замѣняющіе выкачиванія желудочнаго со- держимаго . . . . .	49
Инвентарь . . . . .	50

## Спеціальная часть.

### Болѣзни пищевода.

Ракъ пищевода . . . . .	53
Изъязвленія . . . . .	59
Доброкачественныя суженія . . . . .	60
Дилатациі . . . . .	63
Инородныя тѣла . . . . .	65
Неврозы . . . . .	66
Заключеніе . . . . .	68

### Желудокъ.

Предварительныя клиническія указанія . . . . .	69
Органическія заболѣванія желудка . . . . .	78
Острый и хроническій катарръ желудка . . . . .	78
Ulcus ventriculi . . . . .	99



## II

Эрозіи и фиссуры . . . . .	114
Ракъ желудка . . . . .	118
Грыжи эпигастрія . . . . .	132
Расширеніе желудка . . . . .	134
Перигастритъ и желудокъ въ формѣ песочныхъ часовъ . . . . .	146
Постоянное отдѣленіе желудочнаго сока . . . . .	148
Hyperchlorhydria и hypersecretio . . . . .	150
Функциональныя заболѣванія желудка.	
Общія замѣчанія . . . . .	154
Гастропототическая диспепсія анемичныхъ . . . . .	157
Спланхноптозъ . . . . .	165
Диспепсія чахоточныхъ . . . . .	168
Нервная диспепсія . . . . .	170
Спеціальныя формы неврозовъ желудка . . . . .	178
Симптоматическія пораженія желудка . . . . .	190
Болѣзни крови и болѣзни обмѣна . . . . .	191
Острыя инфекціонныя болѣзни . . . . .	193
Хроническія " " . . . . .	193
Центральная нервная система . . . . .	193
Органы кровообращенія . . . . .	195
Болѣзни дыханія . . . . .	197
Большія железы . . . . .	198
Кишечникъ и брюшина . . . . .	199
Мочевой аппаратъ, половые органы . . . . .	201

### Болѣзни кишечника.

Введеніе . . . . .	203
Ходъ изслѣдованія . . . . .	207
Анамнезъ . . . . .	207
Физическое изслѣдованіе . . . . .	208
Химико-микроскопическое изслѣдованіе испражнений . . . . .	210
Первичныя органическія заболѣванія . . . . .	219
Острый катарръ кишекъ . . . . .	219
Хроническій катарръ кишекъ . . . . .	222
Enteritis membranacea . . . . .	230
Метеоризмъ и развитіе газовъ . . . . .	231
Sigmoiditis u Pericolitis . . . . .	234
Изъязвленія слизистой оболочки кишекъ . . . . .	236
Тифлитъ и аппендицитъ . . . . .	238
Опухоли кишечника . . . . .	243
Смѣщенія кишечника . . . . .	244
Вторичныя органическія болѣзни кишечника . . . . .	246
Суженія и расширенія кишекъ . . . . .	246
Закупорка кишекъ . . . . .	249
Peritonitis acuta et chronica . . . . .	254
Функциональныя заболѣванія кишечника . . . . .	258
Хроническій запоръ . . . . .	258
Отношенія между запоромъ и поносомъ . . . . .	274



Неврозы кишечника . . . . .	275
Спазмы кишечника (свинцовая колика) . . . . .	277
Нервный понос . . . . .	278
Перистальтическое безпокойство . . . . .	278
Кишечная неврастенія (Энтерія) . . . . .	279
Аутоинтоксикаціи . . . . .	280
Пораженія кишечника при заболѣваніяхъ другихъ органовъ . . . . .	280
Паразиты кишечника . . . . .	281
Болѣзни прямой кишки . . . . .	286
Катарры и воспаленія . . . . .	286
Язвы прямой кишки . . . . .	290
Фиссуры и эрозіи . . . . .	291
Доброкачественныя новообразованія . . . . .	293
Геморроидальныя шишки . . . . .	293
Злокачественныя новообразованія прямой кишки . . . . .	297
Доброкачественныя стенозы прямой кишки . . . . .	298
Прочія органическія болѣзни прямой кишки . . . . .	299
Нервныя страданія прямой кишки . . . . .	300
Pruritus ani . . . . .	300
Таблица для діагностики безъ пробнаго завтрака . . . . .	302
Схема діететическаго леченія болѣзней желудка, ки- шекъ и обмѣна веществъ . . . . .	303
Краткій очеркъ бальнеотерапіи . . . . .	311
Показанія гидротерапевтическаго, механическаго и электрическаго леченія . . . . .	313
Краткій конспектъ главнѣйшихъ разстройствъ пищеваренія . . . . .	315
Предметный указатель . . . . .	320

---



## Отъ редактора.

Несмотря на значительное количество руководствъ по внутренней медицинѣ, мы почти не имѣемъ такихъ учебниковъ, которые годились бы для практическихъ врачей не специалистовъ. Это объясняется, вѣроятно, тѣмъ, что составленіе подобнаго рода учебниковъ дѣло въ высокой степени трудное.

Хорошее практическое руководство для врачей, не занимающихся опредѣленной спеціальностью, должно удовлетворять слѣдующимъ требованіямъ:

Во-первыхъ, оно должно быть, по возможности, кратко, однако, отъ этой краткости отнюдь не должна страдать ясность изложенія.

Во-вторыхъ, въ немъ должны быть описаны всѣ обычно встрѣчающіяся въ повседневной практикѣ заболѣванія по данной спеціальности, причемъ главное вниманіе должно быть обращено на діагностику и терапію, но въ этихъ отдѣлахъ должны указываться только такіе методы изслѣдованія и леченія, которые могутъ быть выполняемы каждымъ врачомъ и въ любой обстановкѣ.

Наконецъ, въ-третьихъ, оно отнюдь не можетъ быть компиляціей, а должно составляться на основаніи личнаго опыта автора, пріобрѣтеннаго имъ у постели больного и въ амбулаторной практикѣ, такъ какъ только въ этомъ случаѣ онъ можетъ знать, что дѣйствительно необходимо для практическаго врача и какія затрудненія встрѣчаются послѣднему наиболѣе часто.

Всѣмъ этимъ требованіямъ вполнѣ удовлетворяетъ маленькая книжка Конгейма, составленная очень умѣло и написанная очень живымъ языкомъ. Приводимыя авторомъ въ концѣ каждой главы исторіи болѣзни служатъ прекрасной иллюстраціей текста, а помѣщенный въ концѣ книги конспектъ значительно облегчаетъ усвоеніе предмета.

Въ русскомъ изданіи сдѣланы краткія добавленія въ отдѣлѣ діететики примѣнительно къ русской кухнѣ, да указаны наиболѣе извѣстные русскіе курорты и минеральные источники.





## ИЗЪ ПРЕДИСЛОВІЯ АВТОРА КЪ ПЕРВОМУ ИЗДАНІЮ.

Послѣ долгихъ колебаній, уступая настояніямъ своихъ слушателей, я рѣшился издать предлагаемое руководство. Мои колебанія легко понять, если принять во вниманіе, что существуетъ большое количество общеизвѣстныхъ руководствъ по болѣзнямъ желудочно-кишечнаго канала. По существу моя книжечка заключаетъ въ себѣ изложеніе того, что въ теченіе ряда лѣтъ я считалъ своей обязанностью сообщать на курсахъ для врачей при демонстраціи больныхъ и препаратовъ; поэтому все изложеніе ведется исключительно съ практической точки зрѣнія.

По этой причинѣ пришлось уже напередъ отказаться отъ изложенія физиологіи и патологической анатоміи, а также отъ перечисленія (за рѣдкими исключеніями) источниковъ, такъ какъ это могло бы чрезмѣрно перегрузить книгу. Назначеніе книги для практическихъ врачей, казалось мнѣ, даетъ мнѣ на это право. По тѣмъ же соображеніямъ клиническая часть содержитъ только самое необходимое.

Считаю необходимымъ напередъ устранить предположеніе, что моя книга—простая компиляція общеизвѣстныхъ пособій; наоборотъ, въ ней нашли выраженіе мои личные взгляды, выработавшіеся въ теченіе долгодлѣтней работы, въ качествѣ ассистента профессора J. Voas'a, (которому я приношу сердечную благодарность за многолѣтнюю помощь и научное руководство), а также въ теченіе моей частной и поликлинической дѣятельности. Такъ какъ вначалѣ я самъ долго занимался частной практикой, то хорошо знаю, что представляется для практическаго врача особенно важнымъ и на что въ такой книгѣ должно быть обращено наибольшее вниманіе.

Конечно, чтеніе такого компендіума не можетъ замѣнить нагляднаго изученія предмета у постели больного и въ лабораторіи, но я надѣюсь, однако, что предлагаемая книжечка будетъ надежнымъ руководителемъ занимающихся частной



практикой коллегъ въ трудныхъ случаяхъ діагностики и терапіи. Съ этой мыслью выпускаю ее въ свѣтъ и надѣюсь на благосклонный приѣмъ читателя.

Рисунки микроскопическихъ препаратовъ любезно исполнены г-жей Günther.

Берлинъ, 1-го мая 1905. D-r Paul Cohnheim.

### ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНІЮ.

Въ интересахъ практикующихъ врачей, для которыхъ написана эта книга, я дополнилъ третье изданіе соотвѣтственно развитію нашей науки за истекшіе семь лѣтъ.

Вновь написаны главы объ изслѣдованіи рентгеновскими лучами, объ эндоскопіи, о значеніи скрытой крови въ испражненіяхъ, объ опредѣленіи трипсина и т. п. Спорные вопросы я затрогивалъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда ихъ нельзя было обойти, какъ напр. въ ученіи объ аутоинтоксикаціи. Нѣкоторыя главы дополнены діагностическими таблицами. Я счелъ излишнимъ увеличивать количество рисунковъ. Въ леченіе нѣкоторыхъ заболѣваній внесены нѣкоторыя существенныя дополненія.

Въ общемъ, я строго придерживался своей основной точки зрѣнія на эту книгу, какъ на практическое руководство по желудочно-кишечнымъ заболѣваніямъ.

Я надѣюсь, что третье изданіе встрѣтитъ такой же благосклонный приѣмъ, какъ и предыдущія.

Моя книга переведена на англійскій языкъ и разошлось въ Америкѣ въ двухъ изданіяхъ.

Берлинъ, 1-го Сентября 1912. D-r Paul Cohnheim.



## ВВЕДЕНИЕ.

Въ изложеніи книги, долженствующей служить руководствомъ для практическихъ врачей въ діагностикѣ и леченіи желудочно-кишечныхъ заболѣваній, не можетъ быть мѣста для сложныхъ методовъ изслѣдованія, требующихъ навыка спеціалиста или громоздкихъ лабораторныхъ приспособленій.

Поэтому при распознаваніи я обратилъ главное вниманіе на тщательное и раціональное собираніе анамнеза. Жалобы и страданія больныхъ такъ разнообразны и въ то же время для каждой отдѣльной болѣзни такъ типичны по своему характеру, силѣ и зависимости отъ покоя и движенія, времени и качества пищи и опорожненія кишекъ, что опытный изслѣдователь въ большинствѣ случаевъ въ состояніи поставить правильный діагнозъ на основаніи только разспроса больного.

Необходимо подчеркнуть, что уже при собираніи анамнеза нужно составлять предположительную діагностику, которую подтвердить или опровергнуть дальнѣйшее физическое и химико-микроскопическое изслѣдованіе.

На основаніи одного только физическаго изслѣдованія скорѣе можно впасть въ грубую діагностическую ошибку, нежели на основаніи анамнеза. Такъ, на примѣръ, при обнаруженіи большой кривизны желудка ниже пупка часто на основаніи только этого симптома ставится діагнозъ расширенія желудка. Это, конечно, неправильно, отсутствіе рвоты въ анамнезѣ, которая всегда бываетъ при истинной дилатаціи желудка, не позволитъ сдѣлать такой ошибки.

При изложеніи отдѣльныхъ главъ я обратилъ вниманіе главнымъ образомъ на различіе между органическими (анатомическими) и функціональными (нервными) заболѣваніями желудка и кишекъ. Всѣ остальные діагностическія соображенія отступаютъ на задній планъ передъ значеніемъ этого кардинальнаго различія, такъ какъ именно рѣшеніемъ этого вопроса опредѣляется наша терапія. Органическія, анатомиче-



скія или мѣстныя заболѣванія желудка и кишекъ требуютъ, конечно, мѣстнаго леченія, функціональныя же, нервныя, вторичныя или рефлекторныя пораженія желудка и кишечника, являющіяся лишь частичнымъ проявленіемъ конституціональнаго заболѣванія или слѣдствіемъ заболѣванія другого органа, требуютъ, разумѣется, леченія основной болѣзни.

Я приведу только одинъ примѣръ. Чахотка въ своихъ начальныхъ проявленіяхъ часто вызываетъ отсутствіе аппетита и чувство тяжести подъ ложечкой, которыя на практикѣ нерѣдко принимаются за признаки хроническаго катарра желудка. И часто такихъ больныхъ долгое время держатъ на однихъ супахъ, тогда какъ только леченіе основной болѣзни, въ данномъ случаѣ чахотки, можетъ устранить желудочныя разстройства.

При всякомъ желудочномъ или кишечномъ заболѣваніи должно считать своей обязанностью обстоятельно изслѣдовать внутренніе органы и центральную нервную систему. Это напоминаніе отнюдь не лишнее, такъ какъ слишкомъ часто легочныя, сердечныя, почечныя, печеночныя и нервныя больные приходятъ къ врачу по поводу желудочныхъ разстройствъ, и даже направляются другими врачами къ специалистамъ по желудочно-кишечнымъ болѣзнямъ. Epigastrium съ его многочисленными нервными сплетеніями симпатической системы представляетъ такую область, въ которой отражаются заболѣванія самыхъ различныхъ органовъ. Этимъ и объясняется то, что наибольшій процентъ желудочныхъ болѣзней принадлежитъ къ группѣ функціональныхъ заболѣваній. Фактъ этотъ не достаточно общеизвѣстенъ, а въ немъ-то именно и заключается объясненіе того удивительнаго явленія, что множество хронически страдающихъ желудкомъ находятъ излеченіе у знахарей послѣ долголѣтнихъ тщетныхъ поисковъ излеченія у представителей научной медицины. Врачъ, который при прохожденіи университетскаго курса встрѣчается главнымъ образомъ только съ органическими заболѣваніями, естественно, стремится у большинства желудочныхъ и кишечныхъ больныхъ найти анатомическія измѣненія, какъ причину болѣзни.

Ни въ какой другой области патологіи не сказываются такъ вредно дурныя гигиеническія и санитарныя условія, эксцессы in Baccho et in Venere, моральныя потрясенія и



современныя условія жизни, какъ въ области заболѣванія желудка. При раціональной терапіи необходимо ясно установить причины заболѣванія и непременно дать себѣ отчетъ въ привычкахъ, образѣ жизни, родѣ занятій, воспитаніи, семейныхъ обстоятельствахъ (смерть близкихъ, горести, заботы, неприяности) и въ психическомъ состояніи больного.

Собирание обстоятельнаго анамнеза представляетъ самую трудную и отнимающую больше всего времени часть изслѣдованія больного; но такой анамнезъ представляетъ не только существеннѣйшую часть правильной діагностики, но и даетъ наиболѣе точныя показанія для причинной терапіи.

Матерьяль распределенъ мною такимъ образомъ:

Въ общей части желудочныхъ болѣзней разсмотрѣны:

1. Анамнезъ въ связи съ разнообразными субъективными симптомами.

2. Физическіе методы изслѣдованія, включая эндоскопію и рентгеноскопію.

3. Химико-микроскопическіе методы изслѣдованія.

Спеціальная часть желудочныхъ болѣзней раздѣлена на три отдѣла:

1. Органическія, анатомическія, мѣстныя пораженія.

2. Функціональныя заболѣванія (атонія, невроты и т. д.).

3. Симптоматическія, вторичныя (обусловленныя поражениемъ другихъ органовъ) заболѣванія желудка.

То же подраздѣленіе сохранено и для болѣзней кишекъ, только изложеніе ихъ значительно короче во избѣжаніе повтореній.

Спеціальной части желудочныхъ болѣзней предпослана коротенькая глава о діагностикѣ и леченіи болѣзней пищеваго канала.

Въ приложеніи я даю краткій конспектъ по діагностикѣ и терапіи важнѣйшихъ болѣзней желудка и кишекъ, который, по моему мнѣнію, принесетъ пользу практическому врачу.

Въ концѣ книги помѣщенъ очеркъ діететическаго, бальнеологическаго, электрическаго и др. видовъ леченія въ возможныхъ, сообразно нашей задачѣ, размѣрахъ.



## ОБЩАЯ ЧАСТЬ.

### АНАМНЕЗЪ И СУБЪЕКТИВНАЯ СИМПТОМАТОЛОГІЯ.

Больные, какъ люди не свѣдушіе въ медицинѣ, естественно, не умѣютъ отличить въ проявленіяхъ своихъ страданій существеннаго отъ несущественнаго; поэтому не слѣдуетъ давать пациенту много рассказывать, а нужно стараться получить отъ него короткіе и опредѣленные отвѣты на ниже-слѣдующіе вопросы.

Только въ случаѣ напр., опредѣленной жалобы на гемморрой, болѣзнь чисто мѣстную и легко опредѣляемую объективно, можно сдѣлать отступленіе отъ схемы; въ прочихъ же случаяхъ начинающій хорошо сдѣлаетъ, если будетъ строго ея придерживаться.

#### 1. Сколько времени вы больны?

При этомъ нельзя удовлетворяться отвѣтомъ „давно“, „нѣсколько лѣтъ“; но нужно получить опредѣленное указаніе, сколько недѣль, мѣсяцевъ или лѣтъ длится болѣзнь; когда начали проявляться первые признаки болѣзни; далѣе, прогрессируетъ ли болѣзнь или она находится въ одномъ и томъ же положеніи.

Этимъ вопросомъ сразу опредѣляется, какое заболѣваніе у больного—острое или хроническое.

#### 2. Постоянны ли ваши болѣзненные ощущенія или они бываютъ только по временамъ?

Отвѣтъ на этотъ вопросъ имѣетъ чрезвычайную важность, такъ какъ для каждой болѣзни очень характерно ея теченіе и измѣненіе ея интенсивности. Наприм., періодически появляющіяся боли характерны для язвы, *crises gastriques* и пр., длительныя ощущенія—для хроническаго катарра желудка, его атоніи и т. д. Особенно важно узнать не смѣняются ли у больного періоды болѣзненныхъ ощущеній періодами полнаго здоровья.



3. Всякую ли пищу вы можете глотать безъ боли?

Этимъ вопросомъ приступаютъ уже къ разпросу о состояніи отдѣльныхъ органовъ, начиная съ пищевода. Если пораженъ этотъ органъ, больной отвѣтитъ на предложенный вопросъ отрицательно. Тогда спрашиваютъ дальше, застреваеъ ли при глотаніи только твердая пища и выбрасывается ли при этомъ она обратно, существуютъ ли препятствія для глотанія постоянно или только временами, съ какихъ поръ больной замѣтилъ затрудненія при глотаніи, ощущаетъ ли онъ при глотаніи боль и гдѣ, сзади грудины или между лопатками и т. д.

4. Бываютъ ли у васъ дѣйствительно боли въ желудкѣ или только тяжесть подъ ложечкой?

Этотъ вопросъ чрезвычайно важень, такъ какъ чисто функціональныя желудочныя страданія никогда не сопровождаются настоящими болями; боли бываютъ исключительно при органическихъ болѣзняхъ желудка, при язвѣ, стенозѣ, ракѣ и пр., а также при желчныхъ и кишечныхъ коликахъ и, наконецъ, отъ другихъ причинъ, внѣ желудка лежащихъ. Если больного не спросить прямо, онъ будетъ всегда говорить о боляхъ желудка, будутъ ли у него дѣйствительно боли или только чувство тяжести.

Если больному не ясно, дѣйствительно ли у него боль или только непріятныя ощущенія, недомоганіе, то его разспрашиваютъ подробнѣе.

Собственно болями я считаю: схватки, ощущеніе стягиванія, сверленія, щемленія, рѣзанія, жженія, садненія, колотья и щипанія. Къ ощущеніямъ не болевымъ относятся: тяжесть подъ ложечкой, чувство полноты, неловкости, напряженія, тошнота, позывъ на рвоту и ощущеніе globus'a.

5. Если только тяжесть подъ ложкой, то выясняютъ мѣсто, время и характеръ ея.

Если тяжесть подъ ложкой появляется только послѣ ѣды, то необходимо выяснить, сейчасъ ли послѣ ѣды или немного спустя, не зависитъ ли она отъ количества и качества пищи, не бываетъ ли сильнѣе послѣ хлѣба, картофеля,



мяса, капусты и т. п., не бываетъ ли она даже послѣ тарелки супа или чашки молока?

Необходимо спросить, не бываетъ ли послѣ ѣды одновременно съ тяжестью подѣ ложкой чувства полноты, вздутія, быстраго насыщенія, чувства разбитости и слабости, отсутствія аппетита, отрыжки, срыгиванія, изжоги, головокруженія?

6. Если бываютъ дѣйствительно боли, то выясняютъ мѣсто, время и характеръ ихъ.

Тщательно выясняютъ, гдѣ именно начинается болевое ощущеніе, въ области *epi—, meso—, hypogastrium'a*, слѣпой кишки, подреберья; спрашиваютъ: не отдаетъ ли боль въ грудь, плечи, спину, мочевой пузырь и половые органы, бедра; не появляется ли она послѣ приѣма пищи и именно черезъ сколько времени послѣ ѣды или боль отъ пищи не зависитъ; не увеличивается ли при движеніяхъ тѣла, не успокаивается ли при покойномъ положеніи и послѣ ѣды или послѣ рвоты. Совершенно точно выясняютъ характеръ боли, такъ какъ, это даетъ возможность сдѣлать опредѣленные діагностическія заключенія.

7. Бываетъ ли у васъ рвота, отрыжка, изжога и т. д.?

Когда бываетъ рвота? Рано утромъ или только послѣ ѣды? Бываютъ ли въ рвотныхъ массахъ остатки пищи, съѣденной нѣсколько дней назадъ, наприм., овощи, виноградъ и пр., или желчь, слизь, кислая жидкость? Рветъ ли васъ пищей каждый разъ непосредственно вслѣдъ за ѣдой или только черезъ день и притомъ обильно, чувствуете ли вы облегченіе послѣ рвоты? Не бываетъ ли рвота періодами, нѣсколько дней или недѣль подрядъ и послѣ этого на мѣсяцы возвращается полное здоровье? Не бываетъ ни рвота одновременно съ мигренью, причемъ рветъ пищей до того, что, наконецъ, выдѣляется одна желчь или рвота бываетъ только спустя нѣкоторое время послѣ тяжелой пищи, какъ капуста, сыръ, копченое мясо, крутыя яйца? Бываетъ ли кровавая рвота?

Подобнымъ же образомъ спрашиваютъ о срыгиваніи, отрыжкѣ, изжогѣ, *foetor ex ore*, когда, какъ часто, послѣ какой пищи онѣ появляются (см. ниже).

8. Каково отправление кишечника?

Нерегулярно? Сколько разъ въ день? Каковы испражненія: оформлены, кашицеобразны, жидки? Нѣтъ ли примѣси



крови или слизи? Если оформлены, то толстыми или тонкими колбасами (большого или малаго калибра), не покрыты ли слизью? Не выдѣляется ли слизь цѣлыми кусками или клубками? При запорѣ спрашиваютъ, съ какихъ поръ, временами или постоянно прибѣгаетъ больной къ вспомогательнымъ средствамъ? Не замѣчали ли члениковъ глисть? Бываютъ ли испражненія чистой слизью или кровью? Часто ли отходятъ вѣтры? Съ болью или безъ боли? Чувствуется ли облегченіе послѣ ихъ отхожденія? Нѣтъ ли боли въ заднемъ проходѣ во время или послѣ испражненій? Не замѣчалъ ли больной гемморoidalныхъ шишекъ? Нѣтъ ли зуда въ заднемъ проходѣ, всегда ли или только по вечерамъ?

#### 9. Общее состояніе и образъ жизни.

Разспрашиваютъ объ аппетитѣ, вѣсѣ тѣла (убыль или прибыль), о кашлѣ, ночныхъ потахъ, неутолимомъ голодѣ, жаждѣ, раздражительности, снѣ, общей слабости, настроеніи духа, психическихъ и другихъ травмахъ, о злоупотребленіяхъ *in Vaccho et in Venere* (мастурбація), въ ѣдѣ, питъѣ и куреніи, а также объ употребленіи пряностей (перець, соль, горчица и т. д.) и сладкаго; не забываютъ освѣдомиться, не переутомленъ ли больной психически или физически; у женщинъ о количествѣ родовъ и абортѣвъ.

10. Предыдущія заболѣванія больного и его семьи.

Необходимо справиться, не страдалъ ли больной сифилисомъ, гонорреей, катарромъ легочныхъ верхушекъ, сочленовнымъ ревматизмомъ, тифомъ, желтухой, язвой желудка, катарромъ кишекъ, аппендицитомъ или не перенесъ ли травмы, не болѣли его родные туберкулезомъ, диабетомъ, ракомъ, подагрой, ожирѣніемъ и т. д.

Точные и опредѣленные отвѣты на всѣ перечисленные вопросы имѣютъ громадное значеніе для діагноза, какъ это будетъ ближе выяснено въ спеціальной части.

Но среди симптомовъ хроническихъ заболѣваній есть четыре кардинальныхъ симптома настолько важныхъ, что ихъ діагностическое значеніе будетъ схематически изложено здѣсь. Я имѣю въ виду: 1) „тяжесть подъ ложечкой“, 2) боль, 3) рвоту и 4) стуль.



## 1. Тяжесть подъ ложечкой.

## I. Тяжесть въ epigastrium.

1. Тяжесть послѣ тяжелой пищи говорить за gastritis diffusa:

- a) съ изжогой за gastritis diffusa acida;
  - b) безъ изжоги за gastritis sub—или anacida;
  - c) черезъ 1—2 часа послѣ ѣды—за gastritis acida pylorica.
2. Тяжесть послѣ всякой пищи говорить за атонію.

3. Тяжесть постоянная—за истерію, augmentatio hepatis et lienis, ascites, vitium cordis.

4. Тяжесть при стояніи, уменьшающаяся при лежаніи—за энтероптозъ.

## II. Тяжесть въ meso—и hypogastrium.

1. Тяжесть по утрамъ еще въ постели говорить за катарръ кишекъ съ увеличеннымъ газообразованіемъ.

2. Тяжесть по временамъ, уменьшающаяся послѣ отхожденія газовъ—за колитъ.

## 2. Б о л ь.

## I. Боль въ epigastrium.

1. Боль (схватки, колотье, сверленіе, глоданіе) черезъ  $\frac{1}{2}$ —3 часа послѣ обѣда говорить за язву желудка.

2. Боль (жженіе) черезъ 1—2 часа послѣ ѣды—за gastritis acida pylorica.

3. Боль черезъ 2—3 часа послѣ ѣды, прекращающаяся вслѣдъ за ѣдою или питьемъ (Hungerschmerz) за ulcus duodeni.

4. Боль при глотаніи— за ulcus cardiae.

5. Боль при движеніи—за perigastritis, hernia epigastrica, angina pectoris aut abdominis.

6. Временами появляющаяся боль за cholelithiasis, crises gastriques, pancreolithiasis, appendicitis, dysmenorrhoea, желудочный неврозъ, colica flatulenta, saturnina и т. д. туберкулезную невралгію.

## II. Боль въ meso-и hypogastrium, въ спинѣ и подреберьѣ.

1. Боль приступами (рѣжущая, щиплющая, жгучая) говорить за колитъ.

2. Боль, исходящая изъ подреберья и распространяющаяся до лоннаго сочлененія за nephrolithiasis.



3. Боль въ области слѣпой кишки за *appendicitis*, *oophoritis*.

4. Жгучая боль въ области слѣпой кишки за *pseudoappendicitis seu typhlokolitis*.

### 3. Р в о т а.

#### 1. Рвота пищей.

1 Рвота во время ѣды говорить за *stenosis* и *dilatatio oesophagi*.

2. Рвота черезъ 10—15 минутъ послѣ ѣды бываетъ при истеріи или по рефлексу (беременность, *tumor cerebri*).

3. Рвота черезъ 3—4 часа послѣ ѣды говорить за *ulcus pylori* со спазмами.

4. Рвота застоявшейся пищей за *gastrectasia*.

5. Подымающаяся изъ желудка въ ротъ пища указываетъ на неврозъ (атонія и т. д.).

6. Периодическая рвота говорить за *tabes* или *haemiscrania*.

#### II. Рвота секреторной и экскреторной жидкостью, кровью и т. д.

1. Рвота слизью говорить за *gastritis anacida*.

2. Рвота кислой жидкостью—за *gastrosucrorhea*.

3 Рвота желчью за мигрень, *stenosis duodeni infrapillaris*, *cholelithiasis* и т. д.

4. Рвота испражнениями—за *ileus*.

5. Рвота кровью—за *ulcus*, *erosiones*, *carcinoma*, *varices ventriculi*.

6. Рвота вонючимъ гноемъ—за перигастрическій нарывъ.

7. Рвота жидкостью, похожей на кофейную гущу—за карциному желудка.

### 4. С т у л ь.

1. Запоръ безъ боли и развитія газовъ говорить за *obstipatio atonica*.

2. Запоръ безъ боли съ образованіемъ газовъ говорить за запоръ при катаррѣ кишекъ.

3 Запоръ съ болѣзненнымъ отхожденіемъ газовъ—за *obstipatio spastica*.

4. Поносъ со слизью говорить за *enterocolitis*.

5. Поносъ со слизью и кровью—за *colitis ulcerosa*.



6. Поносъ и запоръ попеременно за typhlocolitis.  
 7. Кровь, слизь и гной въ испражненіяхъ говорить за sigmoiditis, proctitis.  
 8. Одна кровь, свѣжевышедшая, говорить за геморрой, polyposis recti, carcinoma recti.

Только послѣ того, какъ съ педантической тщательностью собранъ вышеуказаннымъ образомъ анамнезъ и поставлена предположительная діагностика, приступаютъ къ физическому изслѣдованію больного, про которое здѣсь будетъ сказано только то, что относится къ органамъ живота.

### ФИЗИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ.

**Осмотръ.** Такъ какъ при хроническихъ заболѣваніяхъ желудка и кишекъ нужно непременно изслѣдовать всегда не только больные органы, а и всего больного, то начинаютъ съ общаго осмотра и отмѣчаютъ: окраску кожи, общее состояніе питанія, выраженіе лица и въ особенности „habitus“. Все это имѣетъ не только важное, но нерѣдко и рѣшающее значеніе для дифференціальной діагностики между функціональными и органическими заболѣваніями. Предполагая, что осмотръ, какъ методъ изслѣдованія, всѣмъ хорошо извѣстенъ,—съ одной стороны здѣсь отмѣчаютъ нѣтъ ли блѣдности, анеміи, ціаноза, желтухи, бронзовой окраски, кахексии, съ другой—каково питаніе: очень хорошее, посредственное, плохое или очень плохое;—я останавлиюсь только на habitus'ѣ и index'ѣ.

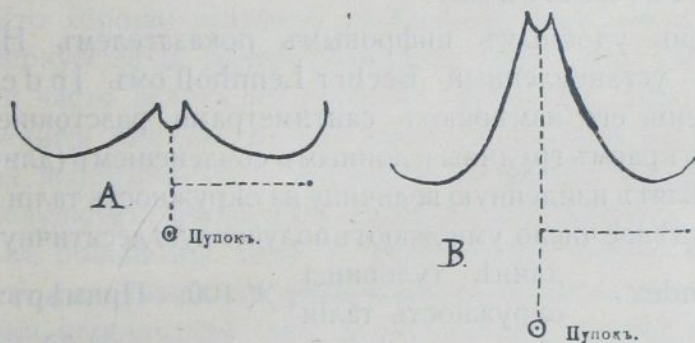
По Stiller'у отличаютъ нормальный типъ (широкая грудная клѣтка) отъ такъ называемаго „Habitus enteroptoticus“, который въ общемъ идентиченъ съ Habitus phtisicus или paralyticus. Основныя черты Н. е. слѣдующія:

Длинная, узкая, часто также плоская грудная клѣтка, острый реберный уголъ, такъ что processus xiphoideus лежитъ у вершины остраго угла. Въ то время, какъ при нормальномъ типѣ этотъ уголъ =  $120^{\circ}$  и даже больше, при Н. е. онъ уменьшается до  $60^{\circ}$  градусовъ. Чѣмъ острѣе этотъ уголъ, тѣмъ сильнѣе выраженъ Н. е. Одновременно съ этимъ наблюдается размягченіе реберной дуги, именно реберныхъ хрящей настолько, что хрящи праваго и лѣваго десятаго, а въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ также девятаго ребра, флюктуируютъ. Разстояніе между концомъ очевиднаго отростка и пупкомъ при Н. е. больше, чѣмъ перпендикуляръ, возстановленный къ этой линіи и продолженный до передней аксилярной (См рис. 1). При нормальномъ типѣ эта линія всегда короче или очень рѣдко



равна вышеописанному перпендикуляру. Поэтому выходит, что при Н. е. область эпигастрия, ограниченная подреберьями, имѣетъ большіе размѣры въ длину, чѣмъ въ ширину, тогда какъ при нормальномъ типѣ поперечный размѣръ значительно превышаетъ вертикальный. Отсюда понятно, что органы, лежащіе въ эпигастрии и обоихъ подреберьяхъ тѣмъ болѣе должны принимать вертикальное положеніе, чѣмъ болѣе выраженъ Н. е. Особенно это касается желудка.

Если у женщинъ съ Н. е. происходитъ послѣродовое расслабленіе брюшныхъ стѣнокъ и расхожденіе прямыхъ мышцъ, то органы брюшной полости теряютъ, такъ сказать, точку опоры и желудокъ, понятно, опускается внизъ и впередъ; при этомъ часто большая кривизна его опускается ниже пупка, безъ того, однако, чтобы желудокъ былъ расширенъ. Подобно желудку при Н. е. смѣщаются и другіе брюшные органы, чаще всего почки и толстыя кишки



Фиг. 1.

Фиг. 2.

Схема нормального типа (А) и *Habitus enteroptoticus* (В).

и получается, такъ называемый, птозисъ. — Поперечная кишка, обычно, стоитъ на 2—3 поперечныхъ пальца ниже большой кривизны; если послѣдняя опущена, соответственно опускается и кишка. На нормальной высотѣ, т.-е. на 1—2 поперечныхъ пальца выше пупка, у рожавшихъ женщинъ поперечная кишка стоитъ чрезвычайно рѣдко. Правая почка при Н. е. почти всегда прощупывается, лѣвая рѣже, печень же и селезенка смѣщаются только въ исключительныхъ случаяхъ. У мужчинъ чаще смѣщается лѣвая почка; правая почка часто прощупывается также у исхудалыхъ дѣтей съ Н. е.

Н. е. имѣетъ слѣдующее значеніе для заболѣваній брюшныхъ органовъ, особенно желудка:

Люди съ Н. е. предрасположены съ функциональнымъ заболѣваніямъ желудка и кишекъ; это значитъ, что одинъ и тотъ же факторъ на энтероптовиковъ оказываетъ вредное дѣйствіе, а на нормальныхъ субъектовъ нѣтъ. Все, что вызываетъ исхуданіе и этимъ самымъ исчезновеніе жира изъ



брыжжейки и брюшных стѣнокъ и расслабленіе естественной поддержки брюшныхъ органовъ, у энтероптолика ведетъ сначала къ скрытому, а потомъ и къ явному функциональному заболѣванію, т.-е. безъ видимыхъ анатомическихъ измѣненій желудка и кишечника.

Принимая во вниманіе послѣдствія птоза, Stiller охарактеризовалъ этотъ habitus какъ „*Asthenia universalis congenita*“. Этимъ названіемъ онъ хотѣлъ указать, что лица съ этимъ habitus предрасположены къ всевозможнымъ функциональнымъ заболѣваніямъ.

Изъ вышесказаннаго ясно вытекаетъ какое огромное значеніе имѣетъ Н. е. въ происхожденіи желудочныхъ и кишечныхъ заболѣваній; поэтому при изслѣдованіи никогда не слѣдуетъ забывать обратить вниманіе на указанныя выше соотношенія.

Очень удобнымъ цифровымъ показателемъ Habitus'a является установленный Becher-Lennhoff'омъ index. Для опредѣленія его измѣряютъ сантиметрами разстояніе между верхнимъ краемъ грудины и лоннымъ сочлененіемъ (длина туловища), дѣлятъ найденную величину на окружность талии и, чтобъ получить цѣлое число, умножаютъ полученную десятичную дробь на сто. 
$$\text{Index} = \frac{\text{длинѣ туловища}}{\text{окружность талии}} \times 100.$$
 Примѣръ: длина туловища 52 см., окруж. талии 80 см.,  $\text{index} = \frac{52}{80} \times 100 = 0,65 \times 100 = 65.$  Чѣмъ выше и уже человѣкъ, тѣмъ больше его index; чѣмъ меньше и шире, тѣмъ меньше.

Index выше 70 указываетъ на Habitus enteroptoticus, ниже 56—на Habitus apoplecticus; index'ы между 56 и 70 соотвѣтствуютъ нормальному сложенію.

Что при дальнѣйшимъ осмотрѣ необходимо обращать вниманіе на выпячиваніе или втянутость живота, опухли, ограниченныя вздутія, caput medusae, грыжи, расхожденія прямыхъ мышцъ и пр. понятно само собой. Особенно большое значеніе имѣетъ усиленная перистальтика, и такъ назыв. „оцѣпенѣніе“ или „окоченѣніе“ (Steifungen) желудка, тонкихъ и толстыхъ кишекъ. Оно бываетъ при стенозахъ пилорической части желудка или суженіи кишекъ.

Непатологическую видимую перистальтику тонкихъ кишекъ часто находятъ у значительно исхудалыхъ женщинъ, съ послѣродовымъ расхожденіемъ прямыхъ мышцъ. Въ подобныхъ случаяхъ перистальтика тонкихъ кишекъ ясно



видна вслѣдствіе тонкости брюшныхъ стѣнокъ и ее отнюдь не слѣдуетъ считать за патологическое состояніе и діагносцировать нервное усиленіе перистальтики; рѣчь идетъ здѣсь исключительно о высокой степени исхуданія.

Во время изслѣдованія осматриваютъ также языкъ, видъ котораго стоитъ лишь въ относительной связи съ заболѣваніями пищеварительныхъ органовъ. Чѣмъ меньше больной жуетъ, тѣмъ сильнѣе его языкъ обложенъ. Слѣдовательно налетъ на языкѣ въ значительной степени зависитъ отъ аппетита.

Задній проходъ осматриваютъ во время ощупыванія прямой кишки послѣ изслѣдованія остальныхъ органовъ.

**Перкуссія** при изслѣдованіи брюшныхъ органовъ стоитъ по сравненію съ пальпаціей безусловно на второмъ планѣ. Кто хорошо владѣетъ пальпаціей, тотъ почти не пользуется перкуссіей и охото обходится безъ нея, такъ какъ перкуссія часто ведетъ къ грубымъ ошибкамъ. Для опредѣленія границъ желудка къ ней прибѣгаютъ лишь тогда, когда пальпація непримѣнима, а именно у людей съ высоко стоящимъ желудкомъ, прощупать который невозможно. Бывшее прежде въ большемъ ходу и считавшееся очень важнымъ методомъ—раздуваніе желудка воздухомъ или углекислотой (шипучими порошками) для практическихъ цѣлей излишне; оно примѣнимо лишь для опредѣленія мѣстоположенія брюшныхъ опухолей, почему о немъ и будетъ вкратцѣ упомянуто при изложеніи топографіи желудочныхъ и кишечныхъ новообразованій.

Лучшіе, болѣе естественныя границы желудка, чѣмъ искусственное раздуваніе его, даетъ прямая перкуссія четырьмя пальцами правой руки по лѣвой реберной дугѣ, epigastrium'у и лѣвому подреберью. При нѣкоторомъ навыкѣ научаются различать низко звучащій звукъ сосѣднихъ органовъ отъ звука желудка.

Излишне говорить, что границы желудка при перкуссіи лежащаго паціента окажутся иными нежели тѣ, которыя получаются при стояніи больного послѣ наполненія желудка висмутовой кашей для рентгеноскопіи.

**Пальпація.** У каждаго больного слѣдуетъ ощупать послѣдовательно слѣдующіе области и органы.

1. Epigastrium съ желудкомъ pylorus, antrum pyl., curvatura major.



2. Слѣпую кишку съ червеобразнымъ отросткомъ и восходящей частью подвздошной, восходящую, поперечную, S. Romanum и тонкія кишки.

3. Печень и желчный пузырь.

4. Селезенку.

5. Почки.

6. Грыжевыя ворота.

7. Прямую кишку.

8. Полость живота (опухоли и асцитъ).

Пальпацію лучше всего производить въ четыре приема (изслѣдующій сидитъ съ правой стороны больного, лѣвши — съ лѣвой).

1. Больной лежитъ на спинѣ (Epigastrium, поперечная кишка, слѣпая, S. Romanum, тонкія кишки, край печени, желчный пузырь).

2. Больной лежитъ на правомъ боку (селезенка, лѣвая почка, опухоли нисходящей кишки и S. Romanum).

3. Больной — на лѣвомъ боку (правая почка, печень, восходящая ободочная кишка, опухоли).

4. Больной находится въ колѣнно-локтевомъ положеніи (задній проходъ, прямая кишка).

Я хорошо знаю, что пальпаціи нужно обучать практически, тѣмъ не менѣе я позволю себѣ въ нижеслѣдующемъ описать тѣ приемы, которые я считаю наиболѣе примѣнимыми при пальпаціи брюшныхъ органовъ. Прежде всего нужно производить пальпацію систематически, а не беспорядочно, то тутъ, то тамъ, какъ часто приходится видѣть на практикѣ. Прилагаемая картинка облегчатъ изученіе пальпаціи.

**Желудокъ и Epigastrium.** На подложечную область изслѣдующій кладетъ рядомъ совершенно разогнутыя кисти обѣихъ рукъ ладонями внизъ (см. фиг. 3) и заставляетъ больного во все время пальпаціи равномерно и глубоко вдыхать и выдыхать исключительно діафрагмой (животомъ). Больнымъ, которые дышатъ глубоко грудью, показываютъ на самомъ себѣ, какъ нужно дышать животомъ; для этого кладутъ руку на свой животъ и показываютъ больному, какъ рука подымается при вдохѣ и опускается при выдохѣ. Ясно, что только при діафрагмальномъ дыханіи происходитъ наибольшее передвиженіе брюшныхъ органовъ, именно желудка, печени, селезенки, почекъ, толстыхъ кишекъ, а также и опухолей.



Въ то время, какъ больной дѣлаетъ глубокія дыханія, руки изслѣдователя совершенно спокойно лежатъ на подложечной области и только въ началѣ выдоха изслѣдующій концами пальцевъ слегка надавливаетъ вглубь. При этомъ всѣ органы при своемъ поднятій



Фиг. 2.

на мѣсто должны пройти подъ кончиками пальцевъ и лучше всего могутъ быть ощутимы изслѣдующимъ, такъ какъ концы пальцевъ какъ разъ обладаютъ наибольшей чувствительностью.

При пальпации эпигастрія обращаютъ вниманіе, нѣтъ ли опухолей, неровностей на печени (*lues* и *hydrops* желчного пузыря), ненормальныхъ пульсацій и шума плеска, артеріосклероза аорты; не прощупывается ли пилорическая часть желудка и *antrum rudicatum*, что бываетъ не рѣдко; нѣтъ ли прыжкѣ въ эпигастрії и чувствительности къ давленію. Важнѣе всего, конечно, удостовѣриться не прощупывается ли опухоль.

#### Пальпаторное опредѣленіе границъ желудка.

Больной лежитъ на спинѣ, на кушеткѣ со слегка приподнятой верхней частью тѣла. Ему даютъ выпить 1—2 стакана простой воды (200—400 куб. см.)<sup>\*)</sup>, кладутъ колтеобразно согнутую кисть правой руки на область эпигастрія такъ, что касаются стѣнки живота только концами пальцевъ, и по-

<sup>\*)</sup> При *habitus epigastricus* даютъ одинъ стаканъ, болятъ съ широкой грудной клеткой—два.



степенно передвигая руку, снизу вверх, производят легкіе толчки, не отнимая пальцевъ, пока не почувствуютъ ударовъ воды. Не слѣдуетъ принимать за нижнюю границу желудка то мѣсто, на которомъ слышенъ шумъ плеска. Это ведетъ часто къ ошибкамъ. Желудокъ простирается лишь до того мѣста, на которомъ пальцы ощущаютъ ударъ воды.

Для облегченія этого метода, предложеннаго проф. Образцовымъ и называемаго перкуторной пальпациі, слѣдуетъ заставить больного фиксировать діафрагму глубокимъ вздохомъ, тогда желудокъ опустится книзу. Еще большему опущенію желудка можно содѣйствовать сильнымъ надавливаніемъ лѣвой рукой на подложечную область тотчасъ ниже мечевиднаго отростка. При этомъ необходимо имѣть въ виду, что при глубокомъ вздохѣ нижняя граница желудка находится, примѣрно, на два поперечныхъ пальца ниже, чѣмъ при обыкновенномъ дыханіи.

При *habitus enteroptoticus*, какъ правило, большая кривизна, т.-е. нижняя граница желудка, лежитъ у пупка или самое большее на одинъ, два пальца выше него; у людей же



Фиг. 4.

Перкуторная пальпация для опредѣленія границъ желудка по проф. Образцову.

съ широкой, нормальной грудной клѣткой, по большей части на ладонь выше пупка, такъ что только небольшая часть желудка прилежитъ къ передней брюшной стѣнкѣ и можетъ быть прощупана.

У рожавшихъ женщинъ съ *habitus enteroptoticus* большая кривизна очень часто лежитъ ниже пупка, иногда даже на четыре поперечныхъ пальца и притомъ безъ малѣйшихъ признаковъ расширения желудка.



Цѣлесообразно записывать въ исторіи болѣзни найденные результаты слѣдующимъ образомъ: напр., большая кривизна лежитъ на два поперечныхъ пальца выше пупка, пишутъ б. кр.  $\frac{2}{\Pi}$  или большая кривизна на три поперечныхъ пальца ниже пупка—б. кр.  $\frac{\Pi}{3}$ ; если она на пупкѣ—пишутъ б. кр. на  $\Pi$ . и можно еще приписать при вздохѣ или выдохѣ. Эти обозначенія коротко и ясно отмѣчаютъ положеніе желудка.

При очень широкой грудной клѣткѣ и плотныхъ брюшныхъ стѣнкахъ даже если дать больному выпить полъ-литра воды, и то иногда нельзя прощупать большой кривизны; въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ признать положеніе желудка нормальнымъ.

Кромѣ метода Образцова существуетъ еще цѣлый рядъ другихъ способовъ опредѣленія положенія и величины желудка, а также и большой кривизны. Упомяну лишь о раздуваніи желудка воздухомъ или углекислотой, который состоитъ въ томъ, что больному съ помощью желудочнаго зонда или двойного баллона вдуваютъ воздухъ или даютъ выпить шипучій порошокъ (сначала чайн. лож. винок. кисл. затѣмъ ч. л. соды въ  $\frac{1}{2}$  ст. воды).

Оба метода очень неприятны какъ для врача, такъ и для больного и ихъ почти всегда можно избѣжать. Примѣнимы они только въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, когда, напр., нужно установить, принадлежитъ ли прощупываемая въ области эпигастрія опухоль передней стѣнкѣ желудка или лежитъ позади желудка. Конечно, опухоли, лежащія сзади желудка, при раздуваніи его исчезаютъ. Подробности смотри въ главѣ: Злокачественныя новообразованія.

Въ обычной практикѣ можно избѣжать и метода Boas'a—опредѣленія положенія большой кривизны путемъ пальпации введеннаго въ желудокъ зонда, и метода Einhorn'a—просвѣчиванія желудка (*Gastrodiaphanoskopia*); за описаніемъ этихъ, требующихъ соответственныхъ приспособленій, методовъ мы отсылаемъ къ общеизвѣстнымъ учебникамъ.

Для врачебной практики вышеописанный методъ Образцова является наилучшимъ.

У энтероптоиковъ часто можно прощупать нормальную пилорическую часть желудка, которая принимается малоопытными за опухоль. Она лежитъ у пупка или вблизи его и представляетъ собою опухоль величиною съ грецкій орѣхъ. Отличить ее отъ опухоли можно потому, что 1) консистенція ея безпрестанно мѣняется, то она тверда, какъ доска, то становится такой мягкой, что уже вовсе не ощущается, 2) на этомъ мѣстѣ и слышно и ощущается рукой прохожденіе химуса.

Здѣсь нужно упомянуть о введенномъ Hausmann'омъ методѣ глубокой пальпации и пальпации поглаживаніемъ, который въ противоположность только что опи-



санному приводитъ къ болѣе точной діагностикѣ. Ставятъ четыре пальца лѣвой руки подъ угломъ въ 40—50° на животъ, пальцы правой руки кладутъ на ногти лѣвой и медленно начинаютъ углублять пальцы съ каждымъ выдохомъ въ брюшную полость, дѣлая одновременно пальцами поглаживающія движенія задней стѣнкѣ живота. Такимъ способомъ чаще удается прощупать большую кривизну, восходящую часть подвздошной кишки, изгибы толстой кишки и опухоли, которыя ускользаютъ при пальпаціи вытянутыми пальцами. Ощущеніе движенія при выдохѣ указываютъ на мѣсто стоянія большой кривизны.

**Селезенка.** Больной лежитъ на кушеткѣ на правомъ боку, руки скрещены на груди, но не закинута за голову, все тѣло слегка согнуто для того, чтобъ уничтожить всякое напряженіе живота. Врачъ, сидя съ правой стороны больного, кладетъ правую руку на лѣвую реберную дугу, концы же пальцевъ лѣвой руки ставитъ у лѣвыхъ реберныхъ хрящей притомъ такимъ образомъ, и это главное,—что поверхность ногтей при надавливаніи касается внутренней поверхности реберъ. Теперь заставляютъ больного глубоко вздохнуть и въ самомъ началѣ выдоха надавливаютъ концами пальцевъ (лѣвой руки) внизъ и внутрь. Если селезенка выходитъ изъ подъ-ребернаго края, то она должна проскользнуть подъ пальцами лѣвой руки, что вызываетъ ощущеніе разницы въ уровнѣ, чѣмъ и обнаруживается увеличеніе селезенки. Повторяя нѣсколько разъ эту процедуру, убѣждаются въ правильности своей находки. Одновременно отмѣчаютъ насколько увеличена селезенка, мягка или тверда она, острый или тупой у нея край.

Едва ли нужно говорить, что встрѣчаются случаи, гдѣ край селезенки достигаетъ слѣпой кишки. Перкуссія селезенки не имѣетъ почти никакой цѣны; селезенка, которую нельзя прощупать, должна въ общемъ считаться нормальной.

**Печень.** Пальпацію печени производятъ сначала на правой мамиллярной линіи. Если печень выходитъ изъ-подъ реберной дуги, то для ощупыванія пользуются обѣими руками, положенными ладонной поверхностью на животъ, надавливая концами пальцевъ при началѣ выдоха. При этомъ край печени проскальзываетъ въ глубинѣ подъ пальцами. При пальпаціи отмѣчаютъ: тверда или мягка консистенція печени, тупой или острый у нея край, бугриста или гладка ея поверхность, болѣзненна ли она при ощупываніи, чувствительна



ли также область желчнаго пузыря и не увеличенъ ли пузырь на подобіе опухоли, не слишкомъ ли увеличена лѣвая доля печени, нѣтъ ли шнуровой печени и т. д.

Если печень незначительно увеличена, то пальпацію производятъ нѣсколько иначе. Восемь пальцевъ обѣихъ рукъ (за исключеніемъ большихъ пальцевъ) ставятъ совершенно перпендикулярно къ стѣнкѣ живота на высотѣ одиннадцатаго ребернаго хряща, надавливаютъ по возможности настолько глубоко кончиками всѣхъ восьми пальцевъ (конечно, ногти должны быть коротко острижены) по направленію къ задней стѣнкѣ живота, на сколько только можетъ вынести больной и заставляютъ его одновременно насколько возможно глубоко вздохнуть. Если въ этотъ моментъ печень выходитъ изъ-подъ края реберъ, она должна удариться о концы пальцевъ, что ощущается какъ изслѣдующимъ, такъ и больнымъ.

Конечно, этотъ способъ пальпаціи примѣнимъ только у людей, брюшныя стѣнки которыхъ не слишкомъ напряжены. У нѣкоторыхъ больныхъ пальпація печени вообще невозможна; въ такихъ случаяхъ нужно попробовать примѣнить перкуссію; но, обыкновенно, при такихъ условіяхъ можно опредѣлить лишь немногія измѣненія, которыя имѣютъ значеніе для желудочно-кишечныхъ заболѣваній.

**Шнуровая печень.** Опредѣленіе этого измѣненія печени важно для избѣжанія смѣшенія съ злокачественной опухолью. Шнуровая печень бываетъ почти исключительно у женщинъ, никогда не носившихъ корсета или только очень рѣдко и всегда туго завязывавшихъ юбки тесемками вокругъ живота. Для діагностики важно установить, что предполагаемая опухоль стоитъ въ связи съ остальной печенью.

Умѣстно упомянуть, что патологически измѣненная слѣпая кишка можетъ смѣститься до самой печени, спаяться съ ней и симулировать опухоль печени.

**Почки.** Правая почка прощупывается у большинства женщинъ и дѣвушекъ, у мужчинъ, напротивъ, рѣдко, преимущественно у субъектовъ съ *habitus enteroptoticus*. Правую почку прощупываютъ при положеніи больного на лѣвомъ боку, лѣвую—на правомъ, и почти всегда обѣими руками, причемъ одну руку кладутъ сзади на область почки, а другую на соотвѣтственную область спереди. (См. фиг. 5).

И здѣсь также заставляютъ больного очень глубоко вздохнуть и при началѣ выдоха надавливаютъ въ глубь впе-



реди лежащей рукой. Иногда удается прощупать всю почку и передвигать ее въ разныя стороны отъ ея нормальнаго мѣста до самаго пупка; такую почку называютъ смѣщен-ной (*Ren. dislocatus*). Если же почка ощутима цѣликомъ или отчасти только при вдохѣ, при выдохѣ же она становится на свое нормальное мѣсто, то она носить названіе подвижной почки (*Ren mobilis*). При подвижной почкѣ различаютъ три степени; при первой прощупывается только нижній край почки, при второй—половина почки, при третьей—вся почка.



Фиг. 5. Пальпация правой почки.

Лѣвую почку прощупываютъ подобнымъ же образомъ; слѣдуетъ отмѣтить, однако, что ее нерѣдко смѣшиваютъ съ селезенкой. Даже для опытныхъ изслѣдователей бываетъ иногда невозможно сказать, что представляетъ лежащій подъ рукою органъ, почку или селезенку. У мужчинъ лѣвая почка бываетъ чаще смѣщена, чѣмъ правая.

**Кишечникъ.** При благоприятныхъ условіяхъ въ нормѣ можно прощупать только ободочную кишку, слѣпую, червеобразный отростокъ, *F. Sigmoidaeam*, участокъ тонкихъ кишекъ, прилежащій къ слѣпой, названный *Hausmann'омъ pars ascendens ilei*.

Начинаютъ всегда съ прощупыванія *Flexurae Sigmoidaeae*. Пальпация производится такимъ образомъ: кладутъ пальцы правой руки подъ прямымъ угломъ къ направленію органа (*F. S.*) и, надавливая ими по направленію къ подвздошной кости, двигаютъ рукой назадъ и впередъ. При этомъ кишка перекачивается подъ пальцами и изслѣдующій ощущаетъ: пуста кишка, или болѣе или менѣе наполнена, уплотнена она, находится въ состояніи сокращенія или



разслаблена, есть ли въ ней опухоли. Нуженъ, конечно, нѣкоторый навыкъ для пониманія этихъ ощущеній.

Поперечную ободочную кишку прощупываютъ такимъ образомъ: кладутъ обѣ кисти (за исключеніемъ большихъ пальцевъ) рядомъ одна съ другой на середину живота, причемъ концы пальцевъ должны приходиться немного выше пупка и, въ то время, какъ больной глубоко дышитъ (диафрагмальное дыханіе), двигаютъ ладонной поверхностью пальцевъ взадъ и впередъ и въ началѣ выдоха слегка надавливаютъ концы пальцевъ вглубь (см. фиг. 3). При такомъ движеніи, если поперечная кишка не совсѣмъ разслаблена, какъ это иногда бываетъ, ее удастся прощупать въ видѣ круглаго, болѣе или менѣе наполненнаго содержимымъ, жгута, то мягкой, то плотной консистенціи, то нечувствительнаго къ давленію, то болѣзненнаго.

Обыкновенно, можно прощупать лишь патологически измѣненную поперечную кишку, за исключеніемъ случаевъ энтероптоза и разслабленія брюшныхъ покрововъ послѣ родовъ. Въ этихъ случаяхъ почти всегда удается прощупать colon transversum, даже если нѣтъ никакихъ патологическихъ измѣненій въ толстыхъ кишкахъ.

При широкой грудной клѣткѣ поперечная кишка лежитъ на 3—4 поперечныхъ пальца выше пупка ( $\frac{3-4}{II}$ ), при энтероптоическомъ сложеніи—на самомъ пупкѣ или на одинъ палецъ выше или ниже его, при отвисломъ животѣ середина ея можетъ касаться даже лобковаго сочлененія.

Пальпація толстыхъ кишекъ имѣетъ двоякое значеніе, во-первыхъ, для опредѣленія положенія кишекъ и нѣкоторыхъ опухолей и, во-вторыхъ, для дифференціальной діагностики различныхъ формъ привычнаго запора (различіе между атонической и спастической формой). Только при спастической формѣ находятъ поперечную кишку плотной и напряженной.

Нужно принять за правило класть руку, которой изслѣдуютъ, всегда подъ прямымъ угломъ къ направленію кишки. Если кишка согнута дугообразно выпуклостью книзу, что встрѣчается нерѣдко, то изслѣдуютъ правую половину кишки въ другомъ направленіи, нежели лѣвую. Поперечная кишка образуетъ иногда уголь, доходящій даже до лобковаго сочлененія, причемъ правое и лѣвое колѣна идутъ почти вертикально (U-образная форма поперечной кишки); colon ascendens и descendens представляются тогда, какъ бы удвоенными.



Переходимъ къ пальпаціи остальной части толстой кишки. Пальпація слѣпой кишки относительно легка; продолжая сидѣть съ правой стороны больного, кладутъ кисть лѣвой руки подъ прямымъ угломъ къ направленію слѣпой кишки и покатывая пальцами, надавливаютъ. При этомъ обычно, слышатъ урчащій шумъ, который, кстати сказать, имѣетъ мало значенія. Мнѣ доводилось нерѣдко прощупывать слѣпую кишку въ спастически сокращенномъ состояніи, иногда она бываетъ легко подвижной [*Coesum mobile* (H a u s m a n n)].

Одновременно стараются нащупать и *appendix*; при нѣкоторомъ навыкѣ это легко удастся. Обычно, отростокъ лежитъ по направленію отъ Мс. Вирнсу'евской точки къ лобку. Необходимо имѣть въ виду, что нормальный *appendix* ощущается при пальпаціи въ формѣ шнурка, толщиною съ карандашъ и длиною съ мизинецъ, легко нащупываемаго при покатываніи пальцами. При прощупываніи необходимо отмѣтить болѣзненность или утолщеніе этого органа. По методу глубокой пальпаціи H a u s m a n n'a иногда удастся опредѣлить смежную слѣпой кишкѣ часть подвздошной въ видѣ шнура толщиною съ большой палецъ.

Восходящую и нисходящую ободочныя кишки рѣже можно прощупать. Изслѣдуютъ ихъ такъ же, двумя руками, кладя руки подъ прямымъ угломъ къ направленію кишки и стараясь катающими движеніями опредѣлить состояніе этихъ органовъ. Для діагностики имѣетъ значеніе, болѣзненность кишекъ при надавливаніи, состояніе сокращенія ихъ или раздутіе газами, содержаніе въ нихъ твердыхъ каловыхъ массъ.

Полноты ради нужно сказать, что часто при мнимо-желудочныхъ заболѣваніяхъ можно прощупать *мочевой пузырь*, наприм., при простатитахъ—острыхъ и хроническихъ. Если только помнить, что резистентное тѣло powyше лобка можетъ быть мочевымъ пузыремъ, діагностика не трудна. Что при пальпаціи нужно обращать вниманіе на возможность асцита—говорить излишне.

Въ связи съ этимъ нужно помнить о возможности еще одного заболѣванія, на практикѣ часто просматриваемаго, именно о грыжахъ въ области эпигастрія, о такъ называемыхъ **грыжахъ брюшной стѣнки** на *linea alba*, извѣстныхъ въ общепитіи подъ именемъ желудочныхъ грыжъ. Конечно грыжевыя ворота также всегда должны быть обслѣдованы.

Наконецъ, должна быть изслѣдована чувствительность къ давленію живота, именно кожи, мышцъ, нервныхъ сплетеній и органовъ брюшной полости.



Опредѣляютъ, распространенная или ограниченная чувствительность къ давленію въ области эпигастріи и большихъ симпатическихъ нервныхъ сплетеній (M. Burney'евская точка). Щипаніе кожи у здоровыхъ людей въ общемъ не болѣзненно, напротивъ, очень болѣзненно при истеріи и воспаленіи внутреннихъ органовъ, что объясняется по Head'у проекціей болевыхъ ощущеній на наружные покровы, это часто наблюдается, наприм., при колитахъ, тифлитахъ и желчныхъ камняхъ. Различаютъ чувствительность даннаго мѣста къ давленію, удару и щипанію.

Въ заключеніе изслѣдуютъ болевую чувствительность на спинѣ, надавливая на отдѣльныя мышечныя группы по бокамъ позвоночнаго столба. По Boas'у при язвѣ желудка очень часто наблюдается болѣзненность кожи при надавливаніи на лѣво отъ позвоночника между 10 и 12 грудными позвонками, при желчныхъ камняхъ встрѣчается то же самое, но только съ правой стороны; при общей неврастеніи часто чувствительна къ давленію кожа по обѣ стороны позвоночника, особенно же межлопаточная и крестцовая области.

Въ соотвѣтственныхъ случаяхъ изслѣдуютъ въ колѣнно-локтевомъ положеніи задній проходъ и прямую кишку (см. ниже).

**Аускультация** при изслѣдованіи брюшныхъ органовъ можетъ быть совсѣмъ оставлена, по крайней мѣрѣ въ цѣляхъ достиженія практическихъ результатовъ. Можно указать только на звукъ, какъ бы отъ спринцовки, который часто удается слышать въ пилорической части желудка и который можетъ служить для обнаруженія ея мѣстонахожденія.

**Изслѣдованіе рентгеновскими лучами.** Въ діагностически неясныхъ случаяхъ необходимо прибѣгать къ просвѣчиванію желудка лучами Рентгена. Хотя результаты этого метода часто бывають неопредѣленны, все-таки въ нѣкоторыхъ случаяхъ только благодаря ему удается выяснитъ дѣло, какъ, напр., при небольшихъ суженіяхъ и расширеніяхъ желудка и пищевода, при желудкѣ въ видѣ песочныхъ часовъ, при *ulcus penetrans*, при ракахъ малой кривизны, сидящихъ высоко сзади печени, при глубоко сидящихъ суженіяхъ двѣнадцатиперстной кишки съ расширеніемъ верхней и нижней горизонтальной части ея, при грыжахъ діафрагмы, инородныхъ тѣлахъ и т. д. Было бы, конечно, абсурдно



безъ всякаго разбора посылать каждый случай для рентгеноскопии, не подвергнувъ его предварительно обстоятельному изслѣдованію спеціалиста. Рентгеноскопія даетъ такъ же, какъ и другіе методы много поводовъ къ ошибкамъ. Определенно показана она тамъ, гдѣ предполагается оперативное пособіе, и для хирурговъ она является незамѣнимымъ способомъ въ цѣляхъ ориентировки.

Для изслѣдованія обычно употребляется обѣдъ по Rieder'у, состоящій изъ 50,0 граммъ *Bism. carbonic.* и 400—500 g. мучной или картофельной кашицы, которую сдабриваютъ малиновымъ вареньемъ. вмѣсто висмута можно взять 100 g. сѣрниокислаго барія, который значительно дешевле. Менѣе неприятно принимать смѣсь Kästle'я: 40,0 Bi—100,0 *Volus alba*, 400,0 воды\*).

При просвѣчиваніи желудка лучами Рентгена въ стоячемъ положеніи больного, форма и положеніе желудка оказываются совершенно иными, нежели ихъ представляли до сихъ поръ на основаніи различныхъ методовъ изслѣдованія въ лежачемъ положеніи пациентовъ. При рентгеноскопии въ стоячемъ положеніи желудокъ имѣетъ форму „рыболовнаго крючка“ или „рога“, находящагося въ вертикальномъ положеніи. Здѣсь не мѣсто обсуждать причины такого измѣненія формы и положенія желудка, вызывается ли это наполненіемъ желудка висмутомъ, или раздраженіемъ его мускулатуры или еще какими-либо моментами. Объ особенностяхъ изслѣдованія рентгеновскими лучами будетъ сказано въ спеціальной части.

**Gastrodiaphania** по Einhorn'у, т.-е. просвѣчиваніе наполненнаго водой желудка лампочкой накаливанія, очень хорошо обнаруживаетъ опущеніе и расширеніе органа; но такъ какъ это имѣетъ больше академическое, чѣмъ практическое, значеніе, то употребленіе ея очень ограничено и на практикѣ излишне. Впрочемъ, иногда можно рассчитывать и на терапевтическій успѣхъ отъ ея примѣненія, благодаря внушенію, напр., у истеричныхъ.

**Gastroskopia.** Этотъ теоретически наилучшій методъ на практикѣ оказывается самымъ труднымъ. Только въ рѣдкихъ

\*) Не безразлично для больного проходитъ наполненіе его желудка висмутовой кашей, часто оно сильно обременяетъ больного, вызывая тяжелые запоры; Kuttner (*Ther. der Gegenwart* 1912) приводитъ даже два окончившихся смертью случая прободеній при язвѣ желудка въ результатѣ наполненія его висмутомъ.



случаяхъ, когда всѣ наши діагностическіе методы, въ томъ числѣ и рентгеноскопія, не даютъ опредѣленныхъ результатовъ, практической врачъ въ правѣ отправить своего больного къ опытному специалисту по гастроскопіи. Рѣчь идетъ о случаяхъ подозрительныхъ на ракъ и требующихъ радикальной операціи; словомъ, когда нужна дифференціальная діагностика между *achylia benigna* и карцинома малой кривизны или язвой и карциномой пилорической части. Хотя гастроскопія и давала нѣкоторымъ изслѣдователямъ цѣнныя данныя, тѣмъ не менѣе этотъ способъ представляетъ большую опасность и раньше, чѣмъ на нее рѣшиться, нужно тщательно взвѣсить, не лучше ли сдѣлать пробную лапаратомію, какъ болѣе безопасный *Modus procedendi*, такъ какъ при гастроскопіи бывали даже и смертельные исходы. Пользы отъ этого метода по сравненію съ рискомъ слишкомъ мало, что кладетъ предѣлъ его научному использованию.

Резюмируя вышеизложенное, нужно сказать, что только въ тѣхъ случаяхъ, когда нужно выяснитъ, дѣлать операцію или нѣтъ, можно предоставить специалисту произвести гастроскопію. Но все-таки лучше пробный разрѣзъ ея. Практическому врачу гастроскопія не по силамъ, это изслѣдованіе должно примѣняться исключительно въ клиникѣ.

Новѣйшіе и лучшіе гастроскопы конструированы *Elsner*'омъ \*) и *Susmann*'омъ (*Theor. d. Geg.* 1911/12), но и при примѣненіи этихъ аппаратовъ бывали неприятыя осложненія, а всякій діагностическій методъ прежде всего долженъ быть безопаснымъ.

## ХИМИКО - МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ СОДЕРЖИМАГО ЖЕЛУДКА.

**Предварительныя замѣчанія.** Изслѣдованіе секреціи желудка производится при помощи такъ называемаго пробнаго завтрака *W o a s - E w a l d*'а, состоящаго изъ 60—70 гр. сухого бѣлаго хлѣба и 400 куб. с. воды комнатной температуры или жиденькаго чая безъ молока. Больной съѣдаетъ этотъ завтракъ натошакъ, а ровно черезъ часъ (при подозрѣніи на ахилію черезъ 45 м.) послѣ начала ѣды добываютъ обычнымъ мягкимъ желудочнымъ зондомъ содержимое желудка (технику см. на стр. 47).

\*) Подробнѣе о гастроскопіи см. въ монографіи *Elsner*'а, Berlin 1911. S. Karger.



Раньше чѣмъ профильтровать полученные остатки П. З. обращаютъ вниманіе:

а) на видъ пробнаго завтрака (П. З.) (хорошо или плохо онъ переваренъ),

б) на запахъ (нѣтъ ли непріятнаго запаха), что говоритъ за изъязвленную карциному,

с) нѣтъ ли примѣси крови, гноя или застоявшихся пищевыхъ остатковъ,

д) содержится ли свободная НСІ (погруженіемъ полоски бумаги конго).

При хорошемъ перевариваніи на днѣ стакана осаждаются только мелкія крупинки бѣлаго хлѣба, а сверху находится совершенно прозрачный слой чистаго желудочнаго сока, при плохомъ пищевареніи (ахилія), наоборотъ, мало жидкости и много грубыхъ кусковъ. При нѣкоторомъ навѣкѣ эта разница сразу бросается въ глаза. Она замѣтна уже при самомъ добываніи желудочнаго содержимаго; нормально кислый или слишкомъ кислый П. З. легко добывается, а при ахилии часто нужны сильныя натуживанія больного, чтобъ получить нужное для изслѣдованія количество. Часто приходится ограничиваться лишь тѣмъ количествомъ, которое остается при выниманіи внутри зонда. Въ такихъ случаяхъ быстро вынимаютъ зондъ и выдуваютъ его содержимое въ стаканъ; въ исключительныхъ случаяхъ и этого достаточно для опредѣленія, содержится ли свободная НСІ или нѣтъ.

Я никогда не употреблялъ для добыванія пробнаго завтрака аспираціоннаго аппарата, но рекомендую его начинающимъ. Онъ состоитъ изъ крѣпкаго резинового баллона, соединеннаго короткой стеклянной трубкой съ желудочнымъ зондомъ. Выжавъ воздухъ изъ баллона, получаемъ разрѣженное пространство, которое и присасываетъ желудочное содержимое.

Присутствію слизи въ пробномъ завтракѣ я не придаю никакого діагностическаго значенія. Макроскопически видимая слизь—большею частью проглоченная слизь полости рта, глотки и пищевода, что легко доказать: химически—пробой на птіалинъ, а микроскопически—обнаруженіемъ клѣтокъ плоскаго эпителия.

Для дальнѣйшаго изслѣдованія П. З. всегда фильтруютъ черезъ сложенный складками бумажный фильтръ и только при незначительномъ количествѣ добытаго пользуются не профильтрованнымъ П. З.; въ немъ опредѣляютъ:

а) общую кислотность = О.К.

б) свободную и связанную НСІ

с) сычужный ферментъ и пепсинъ въ тѣхъ случаяхъ, когда реакція на свободную НСІ отрицательна и бумажка конго не окрашивается въ синій цвѣтъ (см. ниже).

д) дѣлаютъ пробу на скрытую кровь.



**Качественное изслѣдованіе.** На практикѣ для этого служитъ исключительно бумага конго, красный цвѣтъ которой при дѣйствіи свободной соляной кислоты переходитъ въ синій. Чѣмъ больше въ жидкости свободной соляной кислоты, тѣмъ болѣе получается голубой оттѣнокъ. При маломъ количествѣ свободной кислоты происходитъ лишь слабое черно-синее окрашиваніе. Всякое окрашиваніе бумаги конго говоритъ всегда за присутствіе въ П. З. свободной соляной кислоты, отнюдь не молочной или другой какой-либо кислоты, такъ какъ въ П. З. Ewald-Boas'a можетъ заключаться только свободная соляная кислота, если вообще есть свободная кислотность. Молочная кислота находится только въ пробномъ обѣдѣ или въ застоявшемся желудочномъ содержимомъ, поэтому излишне дѣлать Uffelmann'овскую реакцію съ чистымъ П. З.

Слѣдуетъ далѣе опредѣлить степень реакціи бумаги конго, нормальная или выше нормы. Необходимо замѣтить, что приставшая къ бумагѣ слизь часто мѣшаетъ реакціи и даже затемняетъ ее, такъ что съ однѣми частями П. З. она удается, съ другими не удается. При нѣкоторомъ навыкѣ удается по интенсивности синяго цвѣта сдѣлать очень точное заключеніе о степени кислотности. Нормальный пробный завтракъ окрашиваетъ бумагу конго приблизительно въ голубой цвѣтъ.

Молочную кислоту опредѣляютъ только въ застоявшихся массахъ. Берутъ 1 каплю *Liq. ferri sesquich.* на 8—10 куб. с. воды и прибавляютъ къ этому раствору по каплямъ фильтратъ подозрительнаго желудочнаго содержимаго. Если при этомъ происходитъ желто-зеленое окрашиваніе раствора (похожее на реактивъ Esbach'a), то молочная кислота на лицо (модификація реакціи Uffelmann'a по Kelling'у.

**Количественное изслѣдованіе.** Въ практическомъ отношеніи достаточно обыкновенно опредѣленія только общей кислотности (О. К.), такъ какъ мы даемъ всегда одинъ и тотъ же П. З., содержаніе бѣлковъ въ которомъ колеблется только въ незначительныхъ предѣлахъ.

Для изслѣдованія нужно имѣть нормальный растворъ ѣдкаго натрія или калия, который можно купить въ любой аптекѣ. Во всякомъ нормальномъ растворѣ содержится столько граммъ соотвѣтствующаго вещества въ литрѣ дистиллированной воды, сколько единицъ въ его молекулярномъ вѣсѣ;



напр., въ нормальномъ растворѣ ѣдкаго натра (NaOH) 40 гр. ѣдкаго натрія ( $23 + 16 + 1 = 40$ ), въ нормальномъ растворѣ соляной кислоты 36,5 гр. въ литрѣ ( $35,5\text{Cl} + 1\text{H} = 36,5\text{HCl}$ ). Децинормальный растворъ содержитъ, конечно, десятую часть нормального, слѣдовательно, въ 1 литрѣ  $\frac{1}{10}$  нормального NaOH, 4 гр. NaOH, а въ 1 литрѣ  $\frac{1}{10}$  нормальной HCl 3,65 гр. HCl; отсюда слѣдуетъ:

1 куб. с.  $\frac{1}{10}$  н. NaOH содержитъ 4 миллигр. = 0,004 NaOH.

1 " "  $\frac{1}{10}$  " HCl " 3,65 " = 0,00365 HCl

1 куб. сант.  $\frac{1}{10}$  н. HCl нейтрализуется какъ разъ однимъ куб. сант.  $\frac{1}{10}$  н. NaOH.

Децинормальные растворы лучше всего готовить самому разведеніемъ нормального: въ измѣрительную колбу, емкостью въ 100 куб. сант., наливаютъ 10 куб. сант. нормального раствора и доливаютъ до 100 дестиллированной водою. Децинормальнымъ растворомъ наполняютъ бюретку емкостью въ 50 куб. сант. и титруютъ слѣдующимъ образомъ:

Наливаютъ 5 куб. сант. профильтрованного желудочнаго содержимаго въ химической стаканчикъ или пробирку, прибавляютъ 2—3 капли 1% спиртового раствора фенолфталеина, въ качествѣ индикатора, и по каплямъ пускаютъ изъ бюретки  $\frac{1}{10}$  норм. NaOH до тѣхъ поръ, пока жидкость не окрасится въ красный цвѣтъ. Slѣдуетъ замѣтить, что при установленіи высоты стоянія уровня жидкости въ бюреткѣ нужно считать отъ нижней точки вогнутости свободной поверхности жидкости (нижній менискъ). При титрованіи не слѣдуетъ встряхивать стаканчикъ слишкомъ сильно, такъ какъ часть прибавленной щелочи можетъ нейтрализоваться при этомъ угольной кислотой воздуха и такимъ путемъ можно получить невѣрные результаты.

Примѣръ. Если для нейтрализаціи 5 куб. сант. желудочнаго сока потребовалось 3 куб. сант.  $\frac{1}{10}$  н. NaOH, т. е. уровень жидкости въ бюреткѣ напр., съ 13,5 упалъ на 16,5, то для нейтрализаціи 100 куб. сант. желудочнаго сока потребовалось бы въ 20 разъ болѣе, именно 60 куб. сант.  $\frac{1}{10}$  н. NaOH. Принято называть общей кислотностью (О. К.) количество  $\frac{1}{10}$  н. NaOH, потребное для нейтрализаціи 100 куб. сант. желудочнаго сока. Въ нашемъ примѣрѣ въ 100 куб. сант. желудочнаго сока содержится столько кислоты, сколько могутъ нейтрализовать 60 куб. сант.  $\frac{1}{10}$  н. NaOH.

О. К. пробнаго завтрака слагается изъ четырехъ факторовъ.

- 1) свободной соляной кислоты,
- 2) соляной кислоты, связанной съ бѣлками,
- 3) кислыхъ фосфатовъ,
- 4) слѣдовъ органическихъ кислотъ ( $\text{CO}_2$ , молочной, уксусной, масляной).

Slѣдовательно О. К. выражаетъ не процентное содержаніе соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ, но степень



его кислотности. Если хотять знать содержаніе одной соляной кислоты (свободной и связанной), то нужно вычестъ изъ О. К. количество кислотности фосфатовъ и органическихъ кислотъ. Кислотность фосфатовъ и органическихъ кислотъ въ пробномъ завтракѣ равна въ среднемъ 4—8, при застоявшемся желудочномъ содержимомъ—значительно больше.

Примѣръ. Если О. К. желудочнаго сока 50, то  $50 - 6 = 44$  падаетъ на свободную и связанную соляную кислоту; это значить, что въ 100 куб. сант. этого сока содержится столько соляной кислоты, сколько ихъ содержится въ 44 куб. сант.  $\frac{1}{10}$  н. НСІ, т. е.  $44 \times 0,00365$  гр. НСІ = 0,1606 гр. НСІ или, такъ какъ 100 куб. сант. = 100 гр., въ  $\frac{0}{100} = 0,1606\frac{0}{100}$  или  $1,600\frac{0}{100}$ .

Другой примѣръ:

О. К. филътрата . . . . . = 68

Фосфаты + орган. кислоты. = 6

62 НСІ

Слѣдовательно =  $62 \times 0,00365$  гр. НСІ въ 100 куб. сант. желудочнаго сока =  $0,2263\frac{0}{100} = 2,263\frac{0}{100}$  НСІ.

Когда рѣчь идетъ объ изслѣдованіи пробнаго завтрака, принято отмѣчать въ исторіяхъ болѣзней не процентное содержаніе НСІ, а число выражающее О. К.

Общ. кислотность пробнаго завтрака (около 60 гр. бѣлаго хлѣба + 400 куб. сант. воды) отъ 45—65 считается нормальной, кислотность выше 65 указываетъ на *superaciditas*, ниже 45—на *subaciditas*.

Хотя для практическихъ цѣлей при количественномъ и качественномъ изслѣдованіи желудочнаго сока достаточно опредѣленія О. К. и изслѣдованія реакціи бумажкой конго (положительна или отрицательна, слабая или ясная), тѣмъ не менѣе опредѣленіе всѣхъ компонентовъ, составляющихъ О. К., даетъ болѣе точное представленіе о химическомъ составѣ желудочнаго сока.

Способъ Тѳрфер'а. По этому способу кромѣ О. К. опредѣляется также свободная и связанная соляная кислота; дѣлается это слѣдующимъ образомъ:

1. О. К. опредѣляется съ помощью фенолфталина вышеописаннымъ образомъ.

2. Свободную соляную кислоту титруютъ тоже  $\frac{1}{10}$  н. NaOH, но въ качествѣ индикатора берутъ 2—3 капли  $\frac{1}{2}\frac{0}{100}$  спиртового раствора диметил-амидо-азобензола, красящаго вещества, въ присутствіи сво-



бодной НСІ имѣющаго красный и оранжевый цвѣтъ, въ отсутствіи ея желтый. Титруютъ до тѣхъ поръ, пока не появится не исчезающее желтое окрашивание. Количество потраченного  $\frac{1}{10}$  н. NaOH, вычисленное по отношенію къ 100 куб. сант., указываетъ, сколько свободной НСІ въ изслѣдованномъ содержимомъ желудка.

3. Связанную соляную кислоту титруютъ, беря индикаторомъ 2—3 капли 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> воднаго раствора ализаринсульфонкислаго натра. Ализаринъ—красящее вещество красно-фіолетоваго цвѣта, который превращается въ желтый отъ всѣхъ кислыхъ составныхъ частей желудочнаго сока за исключеніемъ связанной соляной кислоты. Связанная НСІ неспособна вызвать такую перемену окраски. Проба съ ализариномъ опредѣляетъ поэтому сумму всѣхъ кислотностей желудочнаго сока за исключеніемъ связанной соляной кислоты. Слѣдовательно изъ О. К. нужно вычесть кислотность опредѣленную ализариновой пробой, чтобъ опредѣлить количество связанной НСІ.

#### Примѣръ изслѣдованія желудочнаго содержимаго.

1. У больного М. черезъ часъ послѣ П. З., состоявшаго изъ 60—70 г. бѣлаго хлѣба и 400 г. воды легко добыто содержимое желудка. Оно хорошо переварено, состоитъ изъ двухъ слоевъ: на днѣ стакана мелкохлопчатая, рыхлая масса бѣлаго хлѣба, сверху слегка опалесцирующая жидкость, въ которой плаваютъ немного мокроты, слюны и слизи. При переливаніи П. З. изъ одного стакана въ другой обнаруживаютъ отсутствіе слизи тѣмъ, что П. З. не тянется нитями, но переливается по каплямъ. П. З. даетъ слегка кислый, но не противный запахъ. Микроскопически не замѣтно постороннихъ примѣсей, какъ-то крови, гноя, остатковъ мяса и овощей. Смоченная бумажка конго окрашивается въ голубой цвѣтъ.

По способу Törfer'a получены слѣдующіе результаты:

1. О. К. = 60 (фенолфталеинъ—какъ индикаторъ).
2. Свободная НСІ = 36 (диметиламиноазобензолъ—какъ индикаторъ).
3. Связанная НСІ = 20 (ализаринъ—какъ индикаторъ).
4. Вся НСІ = 56 (2 + 3).
5. Остатокъ = 4 (фосфаты + орган. кислоты).

Слѣдовательно и количественное изслѣдованіе даетъ совершенно нормальныя данныя.

Чтобы вычислить процентное содержаніе НСІ въ этомъ П. З., нужно 56 умножить на  $0,00365 = 0,2024\%$  или  $2,04\%$  НСІ.

2. Атрофическій гастритъ. Больной Ш. Выкачиваніе жел. сок. затруднительно. Содержимое очень густое, жидкаго слоя при отстаиваніи не образуется. Содержитъ слизь и немного свѣжей крови, остатковъ пищи отъ предыдущаго дня нѣтъ, пахнеть клейстеромъ, проба съ бумажкой конго отрицательна; О. К. 10, способъ Törfer'a не примѣнимъ за отсутствіемъ свободной НСІ.

**Клиническое значеніе опредѣленія соляной кислоты.** Какъ уже упомянуто, О. К. нормальнаго П. З. равна 45—65; при гиперхлорхидріи она повышается отъ 65 до 120 (послѣ пробнаго обѣда еще болѣе); при О. К. ниже 18—22 бумажка, конечно, не даетъ реакціи, слѣдовательно въ желудочномъ сокѣ не содержится свободной НСІ.



Если нѣтъ свободной кислоты, то, обыкновенно, говорятъ объ отсутствіи кислоты (anaciditas), что, однако, не правильно, такъ какъ можетъ быть еще связанная HCl. О. К. никогда не понижается ниже 4—6 при П. З., такъ какъ бѣлый хлѣбъ самъ содержитъ фосфаты и слѣды органическихъ кислотъ; О. К. П. З. больше 8 указываетъ, что слизистая оболочка еще обладаетъ секреціей.

О. К. между 4—8 почти всегда указываетъ на атрофію желудочныхъ железъ, О. К. между 10—15 говоритъ за интерстиціальнѣй гастритъ, который не привелъ еще къ полной атрофіи и при которомъ еще выдѣляются минимальныя количества HCl. При О. К. выше 16 и до появленія свободной HCl (20—24), а такъ же при subaciditas причина болѣзни заключается или въ простомъ катаррѣ или въ неврозѣ желудка, которые могутъ проявляться и пониженіемъ (subaciditas) и отсутствіемъ кислотности (anaciditas).

**Изслѣдованіе на ферменты.** Въ желудочномъ сокѣ, не содержащемъ свободной HCl, значить при О. К. отъ 20 и ниже, чрезвычайно желательное количественное опредѣленіе ферментовъ желудка, дающее иногда очень цѣнныя данныя для отличія неврозовъ отъ катарровъ желудка.

Я долженъ замѣтить, что дѣлать подобныя изслѣдованія на ферменты имѣетъ смыслъ только при отсутствіи свободной HCl. Было бы излишне и въ практическомъ отношеніи абсурдно изслѣдовать на ферменты соки съ нормальнымъ содержаніемъ HCl; въ случаяхъ съ нормальной или повышенной секреціей такое изслѣдованіе можетъ имѣть лишь научный интересъ.

Въ общемъ можно сказать, что между количествомъ HCl и количествомъ ферментовъ (ляб-ферментъ и пепсинъ) существуетъ извѣстное соотношеніе, такъ что въ случаѣ необходимости можно ограничиваться однимъ точнымъ опредѣленіемъ О. К., предполагая, конечно, что употребляется всегда одинъ и тотъ же П. З.

*Проба на сычужный ферментъ.* Качественное опредѣленіе сычужнаго фермента имѣетъ мало значенія для діагностики, поэтому при отсутствіи въ желудочномъ сокѣ HCl я всегда опредѣляю количественно сычужный ферментъ по Woas'у; этотъ методъ построенъ на принципѣ разведенія и указываетъ до какой степени можетъ быть разведенъ желудочный сокъ, не теряя способности свертывать молоко. Woas's нейтрализуетъ желудочный сокъ передъ изслѣдова-



ниемъ, я считаю это излишнимъ, во-первыхъ потому, что на ферменты изслѣдуютъ только желудочные соки съ отсутствіемъ свободной кислоты и во-вторыхъ сами по себѣ бѣдные кислотой желудочные соки еще ослабляются разведеніемъ настолько, что не можетъ быть и рѣчи о свертываніи молока вслѣдствіе дѣйствія кислоты. А это-то опасеніе и заставляетъ авторовъ нейтрализовать фильтратъ желудочнаго сока. Я не ставлю пробу въ термостатъ и не дѣлаю ея въ химическомъ стаканчикѣ, а произвожу въ пробиркахъ и оставляю на водяной банѣ при 40°.

Практически поступаютъ слѣдующимъ образомъ:

Въ небольшой измѣрительной цилиндръ объемомъ въ 10 куб. с. впускаютъ пипеткой 1 куб. сант. испытуемаго желудочнаго сока и наполняютъ цилиндръ до 10 куб. с. водой. Эту смѣсь взбалтываютъ нѣсколько разъ и половину ея наливаютъ въ пробирку съ помѣткой синимъ дермографическимъ карандашомъ  $\frac{1}{10}$ ; оставшіеся въ измѣрительномъ цилиндрѣ 5 куб. с. снова доливаютъ водой до 10 куб. сант., размѣшиваютъ опрокидываніемъ нѣсколько разъ и снова выливаютъ 5 куб. сант. въ пробирку съ помѣткой  $\frac{1}{20}$  и т. д. приготавливая такимъ образомъ разведенія въ  $\frac{1}{40}$ ,  $\frac{1}{80}$ ,  $\frac{1}{160}$ ,  $\frac{1}{320}$  и т. д. Въ каждую пробирку приливаютъ затѣмъ по 5 куб. сант. прокипяченнаго молока и потомъ по  $2\frac{1}{2}$  куб. сант. 10% раствора хлористаго кальція. Послѣ тщательнаго размѣшиванія содержимаго пробирокъ неоднократно опрокидываніемъ ихъ, всѣ шесть пробирокъ ставятъ на водяную баню, которая вслѣдствіе установки шести пробирокъ охлаждается съ 40° С. до 37—38° С. Хорошо поставить на водяную баню также контрольную пробирку, содержащую поровну молоко и растворъ хлористаго кальція; въ ней молоко должно оставаться жидкимъ. Въ нормѣ наблюдается: въ пробиркѣ съ мѣткой  $\frac{1}{160}$  плотный свертокъ молока, въ слѣдующей съ мѣткой  $\frac{1}{320}$  нѣжно-хлопчатый, а во всѣхъ предыдущихъ разведеніяхъ очень плотные сгустки. Различаютъ плотные свертки и мягкіе или нѣжно-хлопчатые. При сильныхъ разведеніяхъ, за исключеніемъ случая въ гиперсекреціи, никакихъ свертковъ нельзя обнаружить. При гиперсекреціи, напротивъ, даже при разведеніи  $\frac{1}{800}$  получаютъ положительный результатъ.

Такъ какъ водяную баню можно всегда легко устроить и вся реакція требуетъ не болѣе 15 минутъ, то пробу на сычужный ферментъ легко сдѣлать всякому практическому врачу.

Значеніе же ея заключается въ слѣдующемъ: если въ желудочномъ сокѣ съ отсутствіемъ свободной соляной кислоты находятъ нормальное содержаніе сычужнаго фермента, то случай относится къ неврозу желудка съ отсутствіемъ HCl и можно поставить хорошую прогностику: вѣроятно, секретія соляной кислоты возстановится. Если же выдѣленіе сычужнаго фермента понижено, напр., только при  $\frac{1}{100}$  реакція еще положительна, то, обыкновенно, заболѣваніе относится къ катарральному гастриту. Конечно, прогностика



и здѣсь хорошая, такъ какъ при рациональномъ леченіи (см. специальную часть) соляная кислота вновь будетъ выдѣляться. Если же сычужнаго фермента не находятъ совсѣмъ или онъ обнаруживается только при разведеніи въ 10 разъ, то почти всегда дѣло идетъ о полной атрофіи желудочныхъ железъ. Когда реакція на lab—ферментъ получается только при разведеніи ж. с.  $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{40}$ , то, обыкновенно, у больного имѣется интерстиціальнй гастритъ.

Слѣдуетъ замѣтить, что сычужный ферментъ выдѣляется слизистой оболочкой желудка не въ видѣ активнаго фермента, а въ видѣ недѣятельнаго зимогена, который переходитъ въ активный lab—ферментъ только подъ вліяніемъ соляной кислоты. Растворъ хлористаго кальція такъ же обладаетъ способностью превращать зимогенъ въ сычужный ферментъ, какъ и соляная кислота. Если даже и не доказано превращеніе зимогена въ сычужный ферментъ при воздѣйствіи раствора хлористаго кальція, тѣмъ не менѣе установлено, что такимъ образомъ очень удобно можетъ быть измѣрена сила свертыванія молока желудочнымъ сокомъ.

Что слѣды связанной HCl, которые все же остаются при разведеніи, не вліяютъ на свертываніе молока, легко доказать, сдѣлавъ слѣдующія двѣ пробы съ разведеннымъ  $\frac{1}{100}$  желудочнымъ сокомъ: одну пробу кипятятъ, другую нѣтъ; къ обѣмъ прибавляютъ по 5 куб. сант. молока и по  $2\frac{1}{2}$  к. с. 1% раствора хлористаго кальція; ставятъ обѣ порціи при  $40^{\circ}$  на водяную баню или въ термостатъ, при этомъ въ пробиркѣ съ прокипяченной порціей никакого свертыванія не произойдетъ, такъ какъ сычугъ кипяченіемъ разрушенъ, непрокипяченная же порція черезъ нѣсколько минутъ свернется.

При доброкачественныхъ гастритахъ не происходитъ полнаго исчезновенія железъ и съ улучшеніемъ болѣзни, вмѣстѣ съ появленіемъ кислотности, улучшается и выдѣленіе сычужнаго фермента, тогда какъ въ злокачественныхъ случаяхъ съ распространеніемъ карциномы сычужный ферментъ постепенно совершенно исчезаетъ.

*Опредѣленіе пепсина.* Несмотря на то, что тщательно произведенное изслѣдованіе на присутствіе сычужнаго фермента въ практическомъ отношеніи дѣлаетъ излишнимъ опредѣленіе пепсина, все же мы должны изложить методъ опредѣленія послѣдняго, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ присутствіе или отсутствіе пепсина въ жел. сокѣ можетъ имѣть большое діагностическое значеніе. Дѣло въ томъ, что какъ увеличеніе или уменьшеніе сычужнаго фермента послѣ нѣ котораго періода леченія, такъ и увеличеніе или уменьшеніе пепсина показываютъ въ сомнительныхъ случаяхъ, что



является причиной отсутствия кислотности, злокачественный или простой воспалительный процессъ.

Существуетъ нѣсколько методовъ опредѣленія пепсина: Oppler'a, Mette'a, Jacoby, Gross'a, Fuld'a, Hammerschlag'a и многихъ другихъ. Наиболѣе простымъ и практически удобнымъ я считаю методъ Hammerschlag'a, который производится слѣдующимъ образомъ:

Для реакціи нужно имѣть на готовѣ 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ яичнаго бѣлка, содержащій около 4<sup>0</sup>/<sub>00</sub> соляной кислоты. Каждая 3—4 недѣли растворъ этотъ нужно возобновлять, такъ какъ вслѣдствіе гніенія содержаніе бѣлка постепенно уменьшается; наиболѣе практичный по моему слѣдующій способъ приготовления раствора.

Для получения  $\frac{1}{4}$  литра Hammerschlag'овскаго бѣлковаго раствора я беру

1. 30—35 куб. сант. бѣлка куринаго яйца.
2. 4 куб. сант. Acid. mug. officin.
3. 250 куб. сант. воды.
4. 6 капель хлороформа.

Самъ Hammerschlag употребляетъ Albumen ovi Siccum, что по моимъ наблюденіямъ менѣе удобно.

Вливаютъ 30 куб. сант. яичнаго бѣлка въ открытую стеклянную посуду (напр. кружку для мочи) и, постоянно помѣшивая, медленно приливаютъ 4<sup>0</sup>/<sub>00</sub> растворъ соляной кислоты. Растворъ соляной кислоты готовятъ, разводя 4 куб. сант. официальной 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub> HCl въ  $\frac{1}{4}$  литра Aq. fontana. Послѣ смѣшенія бѣлка съ растворомъ соляной кислоты смѣсь выливаютъ черезъ полотно въ воронку. Такимъ образомъ  $\frac{1}{4}$  литра Hammerschlag'овскаго бѣлковаго раствора готовится въ 5—10 минутъ. Если эта проба ставится не часто, не слѣдуетъ готовить больше  $\frac{1}{4}$  литра. Для цѣлаго литра нужно, конечно, вчетверо больше каждаго ингредіента, именно 1000 куб. сант. воды, 120—140 куб. сант. яичнаго бѣлка и 16 куб. с. официальной соляной кислоты.

Опредѣленіе пепсина по Hammerschlag'у производится слѣдующимъ образомъ:

Въ пробирку, помѣченную фамиліей изслѣдуемаго больнаго (дермографомъ), наливаютъ 5 куб. сант. изслѣдуемаго желудочнаго сока, въ другую пробирку 5 куб. сант. простой воды; въ обѣ пробирки прибавляютъ по 10 куб. сант. вышеописаннаго бѣлковаго раствора. Само собою, можно одновременно изслѣдовать нѣсколько желудочныхъ соковъ на содержаніе въ нихъ пепсина. Затѣмъ опускаютъ обѣ пробирки въ стеклянный стаканъ, наполненный простой водой, нагрѣтой до 38<sup>0</sup>—40<sup>0</sup>, и ставятъ этотъ стаканъ съ пробирками въ термостатъ. Если нѣтъ термостата, то помѣщаютъ обѣ пробирки на водяную баню, въ которой въ теченіе часа поддерживается т<sup>0</sup> 38<sup>0</sup>—40<sup>0</sup>, посредствомъ регулированія пламени горѣлки или подливанія горячей воды.

Пробирки остаются въ термостатѣ или на водяной банѣ ровно часъ. Если пробирки поставитъ сразу въ термостатъ безъ предварительнаго согрѣванія въ водѣ, то пройдетъ нѣкоторое время, пока онѣ согрѣются до температуры перевариванія. Черезъ часъ пробирки вынимаютъ и тотчасъ же ставятъ на 2—3 минуты въ холодную воду, чтобы прервать пепсиновое перевариваніе. Затѣмъ берутъ двѣ Esbach'овскія пробирки, одну съ помѣткой фамиліи больнаго, другую съ мѣткой В (вода), и наливаютъ въ нихъ изслѣдуемую жидкость до мѣтки U. Пробирки доливаютъ до мѣтки R Esbach'ов-



скимъ реактивомъ, хорошо взбалтываютъ, закрываютъ резиною пробкою и оставляютъ стоять 24 часа. По истеченіи этого времени отмѣчаютъ количество выпавшаго бѣлка въ каждой пробиркѣ.

Примѣръ. Если въ пробиркѣ съ желудочнымъ сокомъ  $1^0/00$  бѣлку, а въ другой съ водою  $5^0/00$ , то  $4^0/00$  пептонизировано, т. е. переварено  $\frac{4}{5} = 80^0/0$ . Въ исторіи болѣзни отмѣчаютъ: перевариваніе пепсиномъ по Hammerschlag'у =  $80^0/0$ .

Второй примѣръ (hyperchlorhydria): въ пробиркѣ съ желудочнымъ сокомъ  $1^0/2^0/00$  бѣлка, съ водою— $6^0/00$ ; т. е.  $51^0/2^0/00$  подверглось перевариванію или изъ 12 частей переварено  $11 = 11/12$ , т. е.  $91^{2}/3$  или около  $90^0/0$  пепсинового перевариванія.

Нормальныя цифры по Hammerschlag'у  $70—80^0/0$ , при hyperchlorhydria—даже  $95^0/0$ , въ случаяхъ пониженія и отсутствія кислоты до  $10^0/0$  и меньше.

Въ общемъ, интенсивность пепсинового перевариванія соотвѣтствуетъ содержанию въ желудочномъ сокѣ соляной кислоты и сычужнаго фермента.

Пепсинъ и сычугъ всегда соотвѣтствуютъ другъ другу, но между соляной кислотой и ферментами такое соотвѣтствіе не всегда наблюдается: бываютъ hyperchylia безъ hyperchlorhydriae и наоборотъ.

При нормальномъ желудочномъ сокѣ и при Hyperaciditas пробирка, содержащая желуд. сокъ, остается обычно мутной. Причина этой мути—бѣлокъ желудочнаго сока, который не измѣняется отъ реактива Esbach'a настолько, чтобы образовать осадокъ на днѣ.

**Опредѣленіе пепсина по Fuld'у.** Если нужно быстро опредѣлить пептическую силу желудочнаго сока, то удобно пользоваться edestin'овой пробой Fuld'a, которая производится въ  $1/2—3/4$  часа при комнатной температурѣ.

Растворяютъ 1 гр. edestin'a (бѣлковое вещество канадской конопли) въ 1 литрѣ раствора соляной кислоты съ О. К. 30 (т. е. 30 куб. сант. нормальной HCl и 970 куб. сант. воды); для лучшаго консервированія прибавляютъ 8—10 капель хлороформа, который растворяется при легкомъ встряхиваніи.—Ставятъ въ стойку подъ рядъ шесть пробирокъ, наливаютъ въ каждую по 2 куб. сант. раствора edestin'a и надписываютъ на нихъ  $1/1$ ,  $1/2$ ,  $1/3$ ,  $1/4$ ,  $1/5$ ,  $1/10$ ; затѣмъ набираютъ въ чистую пробирку 1 куб. сант. испытуемаго желудочнаго сока, прибавляютъ 10 куб. сант. Aq. dest. и 4 куб. сант.  $1/10$ —нормальной HCl, т. е. разводятъ его въ 15 разъ (Fuld беретъ разведеніе въ 10 или 20 разъ). Прибавленіе HCl имѣетъ цѣлью держать общую кислотность разведеннаго желудочнаго сока около 30, напр.:

1 куб. сант. желудочнаго сока . . . . .	О.К.	80 = 80
10 " " Aq. destil . . . . .		0 = 0
4 " " $1/10$ н. HCl . . . . .		100 = 400
<hr/>		
Получается 15 куб. сант. съ . . . . .	О.К.	480:15 = 32
Или: 1 куб. сант. желудочнаго сока . . . . .	О.К.	20 = 20
+ 10 " " Aq. destil . . . . .		0 = 0
+ 4 " " $1/10$ н. HCl . . . . .		100 = 400
<hr/>		
Получается 15 куб. сант. съ . . . . .	О.К.	420:15 = 28



Такимъ образомъ получается почти всегда общая кислотность около 30. Пипеткой емкостью въ 1 куб. сант., раздѣленной на 100 дѣлений, въ рядъ пробирокъ съ 2 куб. сант. раствора edestin'a наливають по  $\frac{1}{1}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{5}$ ,  $\frac{1}{10}$  куб. сант. разведеннаго желудочнаго сока, слегка встряхивають и оставляють на  $\frac{1}{2}$  часа при комнатной температурѣ. Затѣмъ осторожно на-слаивають по краю пробирки, поверхъ жидкости, небольшой пипеткой по 6—7 капель концентрированнаго раствора поваренной соли (модификація Wolff'a и Томашевскаго). Тамъ, гдѣ edestin не переваренъ, смѣсь остается молочнаго цвѣта.

При нормальномъ желудочномъ сокѣ 1—4 пробирка окажутся прозрачными, 5—6 мутными; это значить, что въ желудочномъ сокѣ 120 пепсиновыхъ единицъ. Вычисляется это такимъ образомъ:  $\frac{1}{4}$  куб. сант. разведеннаго въ 15 разъ жел. сока или  $\frac{1}{60}$  куб. сант. неразведеннаго сока перевариваетъ 2 куб. сант. edestin'a; Fuld принимаетъ за единицу 1 куб. сант. желудочнаго сока, способный переварить 1 куб. сант. раствора edestin'a, значить въ данномъ случаѣ было 120 единицъ, такъ какъ  $\frac{1}{60}$  куб. сант. желудочнаго сока переварили 2 куб. сант. раствора edestin'a.

Если желудочный сокъ не реагируетъ на бумажку конго, то берутъ разведеніе въ 2 раза, иначе всѣ пробы окажутся отрицательными.—Вычисляютъ сообразно новымъ отношеніемъ.

120 пепсиновыхъ единицъ Fuld'a соотвѣтствуютъ 70—80  $\%$  бѣлковаго перевариванія по Hammer-schlag'u или 200—400 единицамъ Boas'a.

О другихъ, порою очень остроумныхъ пробахъ на пепсинъ, мы не будемъ говорить, такъ какъ онѣ не годятся для практическихъ врачей.

На практикѣ пепсиновую пробу дѣлають только при пониженіи кислотности или отсутствіи свободной HCl. При отсутствіи свободной HCl для практическихъ цѣлей довольствуются пробой на сычугъ. Напротивъ, пепсиновую пробу Hammer-schlag'a слѣдуетъ ставить въ тѣхъ случаяхъ, когда нужно опредѣлить наличность пептической способности въ застоявшихся массахъ.

Привожу табличку, указывающую соотвѣтствіе количества HCl, сычуга и пепсина:

	Атрофія.	Интерстиціальныи гастритъ.	Простой катарръ.	Пониженіе кислотности.	Hyperchylia.
Общ. кислот. . .	5—6	6—12	14—20	25—40	70—100
Сыч. фер. . . .	$\frac{1}{1}$ — $\frac{1}{10}$	$\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{40}$	$\frac{1}{80}$ — $\frac{1}{160}$	$\frac{1}{200}$	$\frac{1}{200}$ — $\frac{1}{800}$
Пепсинъ. . . .	0—5 $\%$	10—25 $\%$	30—60 $\%$	70—80 $\%$	90—98 $\%$

**Опредѣленіе недостатка HCl.** Если въ пробномъ завтракѣ отсутствуютъ HCl, т. е. бумажка конго не окрашивается, то титруютъ его  $\frac{1}{10}$  нормальной HCl пока не появится свободная HCl; окончаніе реакціи узнають по измененію цвѣта брошенной въ испытуемую жидкость бумажки конго, вмѣсто которой можно взять 3 капли вышеупомянутаго раствора диметил-амидо-бензола, желтаго по цвѣту и розоваго въ присутствіи HCl.

Примѣръ: 5 куб. сант. фильтра желудочнаго содержимаго, не реагирующаго на бумажку конго и имѣющаго О. К. 8, требуютъ для появленія сво-



бодной HCl 0,6 куб. сант.  $\frac{1}{10}$  нормальной HCl, т.-е. 12 куб. сант., считая на сто, слѣдовательно недостатокъ равенъ 12. — О. К. плюсъ недостатокъ дадутъ 20.

При ахилии, какъ симптомъ карциномы, недостатокъ больше, такъ къ П. З. примѣшаны кровь, гной и слизь.

Чѣмъ больше разница методу О. К. и 20, тѣмъ больше недостатокъ и тѣмъ случай подозрительнѣе на карциному.

Проба Salmon'a построена на томъ же принципѣ и имѣеть то же значеніе для дифференціальной диагностики. промываютъ желудокъ 200 кубичеккихъ сант. воды, если въ промывной водѣ бѣлку больше  $\frac{1}{3}$  ° 00, то это говорить за карциному.

Методъ предложенный Wolff'омъ и Junghausомъ для дифференцированія между achylia benigna и maligna, основывается на томъ же положеніи, что въ злокачественныхъ случаяхъ въ желудочномъ содержимомъ больше бѣлку, чѣмъ въ доброкачественныхъ. Авторы поступаютъ слѣдующимъ образомъ.

Къ разлитымъ поровну въ пробирки 10 куб. сан. воды прибавляютъ по 1,0, 0,5, 0,25, 0,1, 0,05 и 0,025 изслѣдуемаго филтраты (т. е. приготовляютъ разведенія въ  $\frac{1}{1}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{10}$ ,  $\frac{1}{20}$ ,  $\frac{1}{40}$ ), хорошо смѣшиваютъ и прибавляютъ въ каждую пробирку по 1 куб. сант. раствора фосфорно-вольфрамовой кислоты приготовляемаго такъ:

Фосфорновольфрамовой кислоты . . . . .	0,3
Acid tung. off. . . . .	1,0
96% Спирта . . . . .	20,0
Aq. destil. . . . .	200,0

При доброкачественной ахилии, начиная съ разведенія въ 60 разъ, нѣтъ мути, при карциномахъ муть замѣтна даже въ пробиркѣ съ разведеніемъ въ 200 разъ.

Всѣ три метода построены на одномъ и томъ же принципѣ, самый простой—опредѣленіе недостатка.

### Изслѣдованіе двигательной способности.

Пробный обѣдъ (П. О.). Для изслѣдованія двигательной способности желудка служитъ пробный обѣдъ Riegel'я, состоящій изъ тарелки супа, бифштекса въ 150 гр., одного бѣлаго хлѣбца, маленькой тарелки картофельнаго пюре, компота и стакана воды. Черезъ 7 часовъ послѣ такого обѣда промываютъ желудокъ; если онъ оказывается пустымъ, то значить двигательная способность его нормальна; если есть пищевые остатки, то, обыкновенно, это указываетъ на слабость мускулатуры желудка, такъ называемую, атонію его, а иногда также на повышенную секрецію.

Пробный ужинъ (П. У.). При грубыхъ нарушеніяхъ двигательной способности желудка, комбинируя методы Boas'a и Strauss'a, я даю больному въ 8 час. вечера съѣсть тарелку мучного супа съ рисомъ или мелкимъ изюмомъ и



одинъ, два буттерброда. Черезъ 12 часовъ на слѣдующее утро натошакъ произвожу выкачиваніе и промываніе. Если при этомъ находятся еще остатки пищи, напр. рисъ или изюмъ, легко различимые макроскопически, то на лицо грубое разстройство двигательной способности, какъ слѣдствие механическаго препятствія у выхода желудка, о природѣ котораго рѣчь впереди. Излишне говорить, что иногда приходится прибѣгать къ микроскопу для обнаруженія остатковъ пищи въ осадкѣ промывныхъ водъ.

Проба на остатокъ по Mathieu-Rémond. Эта проба служитъ для обнаруженія ничтожнѣйшихъ разстройствъ двигательной способности и примѣнима преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, когда нужно установить, не происходитъ ли улучшеніе двигательной функции. Я не прекращаю леченія ни въ одномъ случаѣ расширения желудка, пока проба на остатокъ не покажетъ, что двигательная способность желудка близка къ нормѣ. Изслѣдованіе производится слѣдующимъ образомъ:

Ровно черезъ часъ послѣ П. З. Voas-Ewald'a добываютъ изъ желудка обычнымъ зондомъ первую пробу (а), напр. 45 куб. сант. Оставшееся въ желудкѣ, неизвѣстное количество содержамаго  $= x$ , общее же количество или весь остатокъ (В. О.) будетъ слѣдовательно  $= a + x$ . Чтобъ найти этотъ  $x$ , разводятъ находящійся въ желудкѣ остатокъ опредѣленнымъ количествомъ ( $q$ ) воды, напр. 400 куб. сант., которую вливаютъ съ помощью воронки и нѣсколькими вливаніями и выливаніями изъ желудка хорошо размѣшиваютъ воду съ остаткомъ пищи. Сравненіе кислотности до вливанія воды и послѣ даетъ возможность опредѣлить  $x$  по слѣдующей формулѣ:

$$A_1 : A_2 = x + q : x$$

Т.-е. кислотность первой порціи (до смѣшенія съ водой ( $q$ ), значитъ кислотность  $a$ , такъ какъ  $a$  и  $x$  имѣютъ одну и ту же кислотность) относится къ кислотности второй (послѣ прибавленія  $q$ ) обратно пропорціонально соотвѣтствующимъ количествамъ содержамаго желудка, поэтому  $A_2$  будетъ тѣмъ меньше, чѣмъ больше прилито воды, т.-е. чѣмъ больше  $q$ . Отсюда вытекаетъ такая формула:

$$x = \frac{A_2 q}{A_1 - A_2}$$



Примѣръ. Первая проба = 45 куб. сант. и имѣть общую кислотность 60. Послѣ прибавленія 400 куб. сант. воды получается общая кислотность 18. Отсюда

$$x = \frac{18 \cdot 400}{60 - 18} = 171$$

$$В. О. = 45 + 171 = 216.$$

В. О. пробнаго завтрака при нормальной двигательной способности колеблется отъ 180 до 200 куб. сант., при ахилии желудка онъ = 120 к. с., при атонии и hypersecretio = 220—280 к. с., а при недостаточности двигательной функции (Insufficiencia) больше 300—400 куб. с.

Elsner указаль способъ опредѣленія причины увеличенія количества В.О. черезъ 1 часъ послѣ П. З. заключается ли она въ двигательной слабости или въ увеличенной секреціи. Дѣлая послѣдній актъ по методу Mathieu-Rémond'a, онъ промываетъ желудокъ до тѣхъ поръ, пока промывная вода не будетъ совершенно прозрачной. Всѣ промывныя воды и полученное содержимое сливаются въ измѣрительный цилиндръ; черезъ 24 часа отсчитываютъ, сколько твердыхъ веществъ осталось отъ П. З. Въ нормѣ бываетъ 30—100 куб. сант. Если оказывается больше твердыхъ остатковъ, напр. 150 куб. сант., при нормальномъ количествѣ содержимаго желудка по Mathieu-Rémond'у, напр. при 200 куб. сант. то Elsner считаетъ случай за двигательную недостаточность безъ увеличенія секреціи; если же твердые остатки и В. О. въ увеличенномъ объемѣ, напр. 150 куб. сант. твердыхъ и 270 куб. сант. В. О., то причина, по Elsner'у въ двигательной недостаточности съ увеличенной секреціей. Если твердыхъ остатковъ очень мало, а В. О. очень великъ, то причина въ одномъ лишь увеличеніи секреціи.—При ахилии невозможно дѣлать пробы на остатокъ.

### Микроскопическое изслѣдованіе содержимаго желудка.

Важныя въ діагностическомъ отношеніи изслѣдованія дѣлаются исключительно на свѣжихъ неокрашенныхъ препаратахъ, при чемъ изслѣдованію подвергается содержимое желудка, добытое натошакъ.

Въ то время, какъ въ П. З. находятъ только крахмальныя зерна, единичныя дрожжевыя клѣтки, плоскій эпителий и частицы проглоченной мокроты, т.е. все элементы, не имѣющія никакого діагностическаго значенія, изслѣдованіе содержимаго желудка, добытаго натошакъ, имѣетъ большое значеніе. Здѣсь различаютъ:

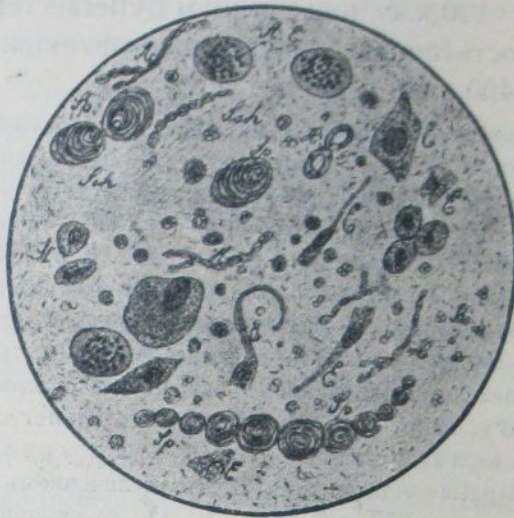
А. Натошакъ добытое содержимое желудка безъ пищевыхъ остатковъ.

- 1) Съ содержаніемъ соляной кислоты.
- 2) Безъ соляной кислоты.



В. Натощакъ добытое содержимое жел. съ пищевыми остатками:

- 3) Съ содержаніемъ соляной кислоты.
  - 4) Съ содержаніемъ молочной, а не соляной кислоты.
- 1) Содержимое желудка, полученное натощакъ безъ пищевыхъ остатковъ, дающее реакцію на соляную кислоту (см. фиг. 6).



Фиг. 6.

К = свободныя ядра. Sp = спирали. Sch = волокна слизи. H = дрожжи.  
E = эпителий. AE = альвеолярный эпителий.

Клѣтки переварены вполнѣ, видны только свободныя клѣточные ядра, такъ называемыя ядра Яворскаго. Это ядра лейкоцитовъ и эпителиальныхъ клѣтокъ. Слизь въ видѣ тонкихъ волоконъ.

Въ комкахъ мокроты, которая почти всегда находится въ желудочномъ содержимомъ и легко замѣтна по своей желтой окраскѣ, виденъ, такъ называемый мѣзлинъ, принявшій подъ вліяніемъ желудочныхъ кислотъ форму спирали (см. рис.)

Присутствіе спиралей, нитей слизи и свободныхъ ядеръ говоритъ за наличность HCl и пепсина. Такъ какъ молочная кислота находится только въ застоявшихся массахъ, то вышеописанныя измѣненія клѣтокъ нужно относить на счетъ HCl.

Такова картина при нормальномъ желудкѣ, неврозахъ и гиперсекреціи.

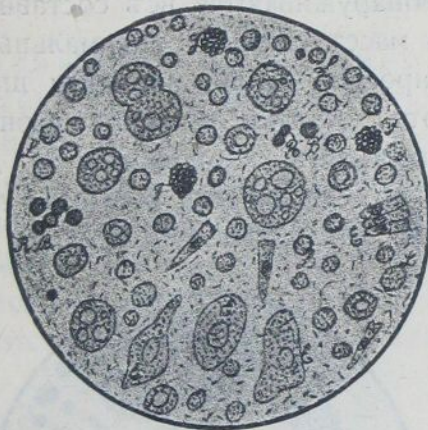
Въ желудкѣ натощакъ можетъ быть въ нормѣ до 15 куб. сант., если содержимаго больше 15 куб. сант., то это указываетъ на раздраженіе железъ, какъ это наблюдается при



gastritis acida и при относительномъ суженіи пилорической части или при суженіи двѣнадцатиперстной кишки съ gastro-succorrhoe.

2. Полученное натошакъ, содержащее желудка, щелочной реакціи, безъ пищевыхъ остатковъ. (см. фиг. 7).

При простомъ гастритѣ (gastritis simplex) и achylia gastrica при выкачиваніи натошакъ часто получается желудочное содержимое щелочной реакціи, при микроскопическомъ изслѣдованіи котораго находятъ неизмѣненный эпителий и лейкоциты, порою инфузорій и амебъ.



Фиг. 7.

E = эпителиальныя клѣтки. L = лейкоциты. RB = красныя кровяныя тѣльца.  
F = жировыя клѣтки.

Если вмѣстѣ съ кровью находятъ значительное количество чистаго гноя, т.-е. большія скопленія гнойныхъ клѣтокъ, которыя то лежатъ отдѣльно, то перемѣшаны съ желудочнымъ эпителиемъ, то такая находка говоритъ за злокачественное заболѣваніе. Точно также наличность инфузорій въ содержимомъ желудка щелочной реакціи является почти всегда признакомъ рака желудка.

Лейкоциты сами по себѣ не указываютъ еще на ракъ. Источники происхожденія лейкоцитовъ выясняются окружающими ихъ клѣтками. Лейкоциты мокротные окружены альвеолярнымъ эпителиемъ и каплями мѣлина, лейкоциты полости рта плоскимъ эпителиемъ, лейкоциты желудка—цилиндрическимъ эпителиемъ.

3. Добытое натошакъ содержимое желудка съ примѣсью пищевыхъ остатковъ и дающее реакціи на соляную кислоту.

Нѣкоторыя составныя части опредѣлимы уже макроскопически, какъ-то мясо, виноградъ, морковь, картофель и пр.



также остатки коринки или риса послѣ пробнаго ужина. Въ такомъ случаѣ микроскопъ сразу обнаруживаетъ, есть ли соляная кислота или нѣтъ. Если есть HCl—все равно свободная или связанная,—то находятъ общеизвѣстныя колоніи сарцинъ, если только задержка пищи не была острой. При недолго длежащемъ, проходящемъ въ 2—3 дня застоѣ, сарцины не успѣваютъ развиваться. При большомъ количествѣ желчи онѣ также не развиваются, несмотря на наличность свободной соляной кислоты. Кромѣ сарцинъ находятъ большія количества дрожжей, но другихъ микроорганизмовъ мало. На ряду съ микроорганизмами подѣ микроскопомъ обнаруживаются всѣ составныя части застойныхъ пищевыхъ массъ, именно крахмальныя зерна, мышечныя волокна, жировыя капли, жировыя шарики, кристаллы жирныхъ кислотъ, остатки овощей, разнообразныя сорта растительныхъ волоконъ, хлорофиллъ и другіе растительныя пигменты и пр. Слизь, если бываетъ, то всегда въ видѣ волоконъ, какъ во всѣхъ кислыхъ средахъ (см. фиг. 8).



Фиг. 8

St = крахмальныя зерна. H = дрожжи. Sa = сарцины. M = мышцы. F = жировыя друзы и жировыя капли. K = картофельныя клѣтки.

Подобное содержимое желудка наблюдается исключительно при препятствіяхъ въ выходѣ, въ особенности, когда это препятствіе вызвало расширение желудка. Почти всегда это препятствіе доброкачественное; только изрѣдка подобное содержимое наблюдается при злокачественномъ стѣуженіи, именно, въ самомъ началѣ карциномы или когда ракъ развивается на мѣстѣ язвы пилорической части. Въ этомъ случаѣ секретія соляной кислоты продолжается часто до самой смерти больного. Эти случаи раковъ желудка по химическому и микроскопическому изслѣдованію нельзя отличить отъ доброкачественныхъ стенозовъ и клинически они распознаются только по протѣканію опухоли и злокачественному теченію.

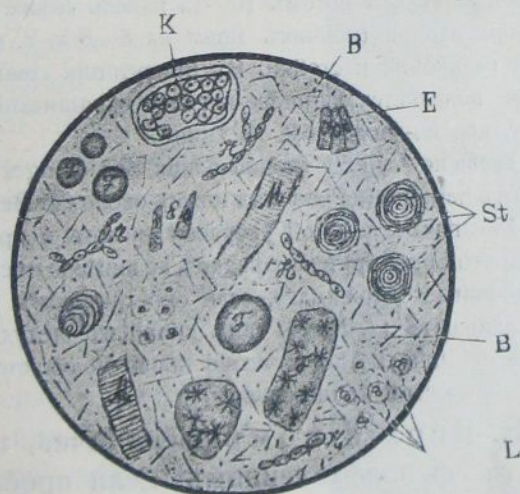


Застой пищевых масс может быть так незначителен, что макроскопически его определить нельзя. Только микроскоп обнаруживает присутствие сарцин и минимальных пищевых остатков и тем самым устанавливает разстройство двигательной способности вследствие сужения выхода желудка.

Чаще в содержимом желудка, выкаченном натошакъ, на ряду съ сарцинами находятъ лишь жиръ и крахмалъ, и никакихъ мышечныхъ волоконъ. Это объясняется перевариваніемъ мяса за ночь въ жидкости, содержащей пепсинъ и соляную кислоту.

4. Добытое натошакъ содержимое желудка съ примѣсью остатковъ пищи, дающее реакцію не на соляную, а на молочную кислоту.

Оно характеризуется наличностью большого количества бациллоу, заполняющихъ всѣ свободные промежутки между пищевыми остатками. Обычно, это извѣстный бациллъ молочно-кислаго броженія *Oppler—Voas'a* (см. ниже). Сарцины не встрѣчаются въ молочно-кислыхъ массахъ или встрѣ-



Фиг. 9.

Н = дрожжи. М = мышечныя волокна. L = лейкоциты со сморщенными ядрами. В = бациллы *Oppler-Boas'a*. St = крахмалъ. F = жиръ. E = эпителий. К = картофельныя клѣтки съ дрожжами.

чаются только въ тѣхъ, когда на ряду съ молочной кислотой есть еще слѣды  $\text{HCl}$ . Въ остальномъ картина та же, что и въ содержимомъ желудка съ реакціей на соляную кислоту, почему нѣтъ нужды вдаваться здѣсь въ подробности.



Бациллы являются показателем молочно-кислого брожения.

Оно можетъ появляться: 1. при полной атрофіи желудочныхъ железъ и 2. при задержкѣ пищевой кашицы. Такъ какъ наличность этихъ явленій бываетъ почти исключительно при ракъ пилорической части желудка, то находка бацилл молочно-кислаго броженія является важнымъ указаніемъ на злокачественный стенозъ pylori. Извѣстно немного исключеній, при которыхъ встрѣчаются бациллы безъ рака;—это гипертрофическій стенозъ привратника, какъ слѣдствіе алкогольнаго гастрита, такъ называемый cirrhosis pylori, т. е. атрофическій гастритъ съ воспалительной гипертрофіей мускулатуры привратника и Stenosis duodeni infrapapillaris. Клинически можно отличить его отъ рака pylori только путемъ долгаго наблюденія (см. специальную часть).

### Изслѣдованіе на кровь.

Алоиновая и гваяковая пробы. Если подъ микроскопомъ не находятъ эритроцитовъ, то химически можно обнаружить кровь слѣдующимъ образомъ:

Въ пробирку вливаютъ 10 к. с. подозрительнаго матеріала и къ нему прибавляютъ  $\frac{1}{3}$  (т. е. 3—4 к. с.) ледяной уксусной кислоты и 6—8 к. с. эфира; сильно встряхиваютъ и даютъ эфиру отстояться; къ эфирной вытяжкѣ прибавляютъ 30 капель  $H_2O_2$  и потомъ 10—15 капель свѣже приготовленнаго алкогольнаго раствора алоина (кончикъ ножа на 6—8 к. с. спирта) или также приготовленной гваяковой настойки. Въ присутствіи гемоглобина тотчасъ или немного погодя появляется вишнево-красное окрашиваніе или если прибавлена гваяк. наст. красно-фіолатовое до синяго.

**Benzidin'овая проба** по Adler'у (модификація Schlesinger'a и Holst'a). Въ пробиркѣ растворяютъ немного (на кончикъ ножа), около 0,5 Benzidinum purissimum (Merck) въ 15 капляхъ ледяной уксусной кислоты и приливаютъ 2 куб. сант. 3%  $H_2O_2$ . Въ другой пробиркѣ нагреваютъ до кипѣнія нѣсколько куб. сант. испытуемаго желудочнаго содержимаго; если оно слишкомъ густо, его разводятъ водой. Наслаиваютъ 1—2 куб. сант. кипящаго желудочнаго содержимаго на растворъ benzidin'a. Въ присутствіи крови получается зеленое кольцо, при большомъ количествѣ крови-синее.

Проба съ Benzidin'омъ очень точна, такъ же какъ проба Voas'a съ фенолфталеиномъ. Если проба на benzidin отрицательна, то излишне дѣлать другую; если же она положительна, то дѣлаютъ еще гваяковую или алоиновую пробу. Если и онѣ положительны, то налицо, имѣющее клиническое значеніе, кровотеченіе, что не всегда бываетъ при наличности одной лишь пробы съ benzidin'омъ.

По новѣйшимъ изслѣдованіямъ Voas'a проба на скрытую кровь имѣетъ громадное значеніе для ранней діагностики рака желудка. (См. ниже главу: изслѣдованіе испражнений).

**Заключительное замѣчаніе.** Кромѣ изложенныхъ



здѣсь методовъ изслѣдованія существуетъ еще цѣлый рядъ другихъ, нерѣдко очень тонкихъ способовъ изслѣдованія всасывательной и секреторной способности желудка и кишки, а также ихъ болевой чувствительности, но, къ сожалѣнью, размѣры этого пособия не позволяютъ удѣлить имъ мѣста.

### Техника зондированія желудка, показанія и противопоказанія къ нему.

Въ настоящее время для зондированія пользуются исключительно введенными въ свое время Ewald'омъ мягкими желудочными зондами, прибѣгая къ твердымъ только у больныхъ въ безсознательномъ состояннн (при отравленіяхъ). На нижнемъ концѣ зонда должно быть одно или два боковыхъ отверстія, по возможности большихъ размѣровъ; на самомъ концѣ не должно быть отверстія, такъ какъ острые края его могутъ причинить поврежденія слизистой оболочки желудка. Внутренній просвѣтъ зонда долженъ быть возможно большихъ размѣровъ и стѣнки не слишкомъ твердыми. При зондированнн желудка натошакъ употребляютъ тонкіе зонды, для добыванія П. З. болѣе толстые— № 10—11, для дѣтей № 7—8, у грудныхъ дѣтей Nelaton'овскіе катетры. Передъ зондированнємъ на больного одѣваютъ фартукъ, чтобы не запачкать ему платье.

Добываніе П.З. производится въ три момента (методъ выдавливанія):

1 моментъ: изслѣдующій становится справа или сзади больного, какъ зубной врачъ (см. фиг. 10), лѣвой рукой обхватываетъ голову пациента, удерживая ее отъ наклоненія назадъ, а правой— однимъ движеніемъ вводитъ зондъ и продвигаетъ его до надгортанника, при этомъ отдавливаетъ рукой языкъ пациента книзу не слѣдуетъ. Послѣднее дѣлается только въ томъ случаѣ, когда языкъ очень толстъ, глотка сильно распухла и на задней стѣнкѣ ея находится сильно



Фиг. 10.



развитой выступъ (Crista), который часто суживаетъ входъ въ пищеводъ.

II моментъ: какъ только конецъ зонда достигъ надгортанника, велятъ больному закрыть ротъ (только губы, а не зубы) и стараться глотать зондъ, что ему легко сдѣлать при закрытомъ ртѣ. Въ моментъ проглатыванія однимъ движеніемъ проталкивають зондъ мимо надгортанника въ пищеводъ и затѣмъ возможно скорѣе въ желудокъ, заставляя одновременно больного дѣлать глубокія вдыханія черезъ ротъ. Слѣдующій, предложенный Moos'омъ, приѣмъ часто облегчаетъ введеніе зонда: больной беретъ въ ротъ небольшой глотокъ воды, затѣмъ ему вставляютъ въ ротъ зондъ, велятъ глотать воду и легкимъ движеніемъ проталкивають зондъ во время глотанія мимо надгортанника въ пищеводъ. Правда, желудочный сокъ будетъ при этомъ немного разжиженъ водой, но эта ошибка такъ мала, что ее вполне можно игнорировать.

Этотъ приѣмъ часто оказывалъ мнѣ хорошія услуги.

III моментъ: когда зондъ прошелъ въ желудокъ, больного заставляютъ натужиться и одновременно легкими движеніями зонда взадъ и впередъ раздражаютъ слизистую оболочку желудка, вызывая тѣмъ самымъ рвоту. Больной долженъ при этомъ наклониться нѣсколько впередъ.

При нормальномъ или чрезмѣрно кисломъ желудочномъ сокѣ очень быстро удается добыть нужное количество матерьяла для изслѣдованія, но при гастритахъ это не всегда удается, такъ какъ содержимое желудка въ такихъ случаяхъ нерѣдко бываетъ очень густо.

Было бы большою ошибкой думать, что П. З. уже успѣлъ перейти въ кишки, когда вышеописаннымъ методомъ натуживанія вовсе не удается черезъ часъ добыть содержимаго желудка. Въ такомъ случаѣ непременно нужно соединить зондъ со стеклянной воронкой и промыть желудокъ; тогда легко убѣдиться, что у больного имѣется *achylia gastrica* и въ желудкѣ осталась еще значительная часть П. З. (около 120 к. с.)

Описанная техника зондированія мнѣ кажется наиболѣе удачной, но я долженъ указать, что другіе авторы получаютъ тѣ же результаты и другими способами. Нѣкоторые становятся, напр., впереди больного, вводятъ указательный палецъ лѣвой руки до задней стѣнки глотки, и по нему уже вводятъ зондъ, прибѣгая къ аспиратору (резиновый баллонъ) тотчасъ же, если при первыхъ натуживаніяхъ не удалось получить желудочнаго содержимаго.

Наконецъ, слѣдуетъ замѣтить, что при зондированіи мягкимъ зондомъ нельзя позволять больному запрокидывать



голову назадъ, наоборотъ, онъ долженъ сидѣть, слегка нагнувшись впередъ, какъ во время ѣды. Больной при видѣ зонда невольно отклоняетъ голову назадъ; чтобъ устранить это, я удерживаю лѣвой рукой его голову и слегка наклоняю ее впередъ.

При употребленіи твердыхъ бужей для зондированія пищевода больной, наоборотъ, долженъ откинуть голову какъ можно больше назадъ, чтобъ путь отъ переднихъ зубовъ до мѣста пораженія возможно больше приближался къ прямой линіи.

Показанія. Желудочный зондъ употребляется для діагностическихъ цѣлей въ тѣхъ хроническихъ случаяхъ, гдѣ должно быть выяснено, имѣется-ли органическое или функціональное заболѣваніе. Тамъ же, гдѣ картина болѣзни вполне выясняется изъ анамнеза и наружнаго физическаго изслѣдованія, зондировать не слѣдуетъ; никогда не слѣдуетъ зондировать при подозрѣніи на язву желудка.

Для терапевтическихъ цѣлей желудочный зондъ имѣетъ въ настоящее время очень ограниченное примѣненіе; его употребляютъ почти исключительно для промыванія желудка при застояхъ пищи въ случаяхъ стеноза pylori. При невросахъ (истерическая рвота, eructatio nervosa, нервная анорексія и пр.) желудочный зондъ примѣняется въ цѣляхъ внушенія.

Противупоказано примѣненіе желудочнаго зонда въ случаяхъ свѣжей язвы, особенно на почвѣ хлороза, при аневризмахъ аорты, а также при habitus apoplecticus.

**Методы, замѣняющіе выкачиванія желудочнаго содержимаго.**

1. Десмоидная проба Sahli. Черезъ полчаса послѣ обычнаго пробнаго завтрака больной проглатываетъ десмоидную капсулю <sup>1)</sup>. Это небольшой резиновый мѣшокъ, завязанный кѣтгутовой ниткой, заключающій въ себѣ пиллюлю метиленовой синьки съ горошину величиной. Желудочный сокъ перевариваетъ кѣтгутъ, освобожденная синька всасывается и окрашиваетъ мочу въ синій цвѣтъ.

Въ нормѣ моча окрашивается черезъ 3—4 часа, при повышенной кислотности—черезъ 1½—2 часа, при недостаточной кислотности—черезъ 5—8 часовъ, при ахилии совсѣмъ не окрашивается. Окрашиваніе мочи позже, чѣмъ черезъ 8 часовъ не

<sup>1)</sup> Можно получить отъ Pohl въ Schönbaum'ѣ близъ Danzig'a.



имѣть значенія; за это время пилюля успѣетъ проникнуть въ кишечникъ.

Эта проба далеко не надежна и имѣетъ значеніе только тогда, когда результатъ получается въ теченіе первыхъ восьми часовъ. Но все же, если въ теченіе трехъ дней подрядъ получается отрицательный результатъ, то можно увѣренно говорить о недостаточности желудочной секреціи.

2. Методъ аускультациі Fuld'a. Черезъ часъ послѣ пробнаго завтрака даютъ чайную ложку Na bic. и аускультируютъ epigastrium. Въ присутствіи соляной кислоты слышно шипѣніе образующейся углекислоты. Кромѣ того, у больного появляется сильная отрыжка.

Когда противопоказано введеніе желудочнаго зонда, этотъ методъ можетъ служить для грубой оріентировки.

## И н в е н т а р ь .

Инвентарь для діагностики и леченія болѣзней желудка и кишекъ долженъ состоять, по возможности, изъ слѣдующихъ предмѣтовъ;

1. Набора различной толщины желудочныхъ зондовъ изъ красной патентованной резины, длиною 70—90 сантим., съ слѣпымъ концемъ внизу и двумя боковыми отверстіями.

2. Двухъ стеклянныхъ воронокъ, емкостью около  $\frac{1}{2}$  литра, снабженныхъ резиновой трубкой въ  $\frac{1}{2}$  метра длины и стеклянной трубкой для соединенія съ желудочнымъ или кишечнымъ зондомъ при промываніи.

3. Нѣсколькихъ зондовъ для прямой кишки по Naunp'u, устроенныхъ, какъ желудочные, но длиною въ 25 сантим. и съ воронкообразнымъ расширеніемъ на наружномъ концѣ.

4. Набора бужей для пищевода и пуговчатыхъ зондовъ Troussseau (также монето-и костеизвлекателей).

5. Желудочнаго электрода, т.-е. желудочнаго зонда, внутри котораго проходитъ проволочная спираль, соединяемая съ полюсомъ электрическаго аппарата.

6. Точно такого же кишечнаго электрода.

7. Фарадическаго и гальваническаго аппарата съ однимъ или двумя плоскими электродами величиною въ 150 кв. сантим., которые кладутся при электризаціи на животъ или на спину.

8. Стойки съ двумя бюретками, одна съ резиновымъ зажимнымъ краномъ для  $\frac{1}{10}$  норм. NaOH, другая со стекляннымъ краномъ для  $\frac{1}{10}$  норм. HCl.



9. Стойки съ различными пипетками въ 1, 5 и 10 куб. сант.
10. Нѣсколькихъ измѣрительныхъ стакановъ въ 10, 50, 100 и 250 куб. сант.
11. Дюжины химическихъ стакановъ, въ которыхъ производится титрованіе, емкостью приблизительно въ 30 куб. сант.
12. Набора пробирокъ и доски для сушки ихъ.
13. Микроскопа съ соотвѣтствующими предметными и покровными стеклами, пинцетами, иглами и пр.
14. Необходимыхъ химическихъ реактивовъ, какъ - то бумаги конго, растворовъ фенолфталеина, ализарина, алоина, benzidin'a, resinae guajacі и проч., наряду съ обычными химическими реактивами для изслѣдованія мочи.
15. Водяной бани съ бунзеновской (или спиртовой) горѣлкой.
16. Термостата (можно обойтись и безъ него).
17. Эзофагоскопа по Rosenheim'у или Glücksmann'у.
18. Ректоскопа по Strauss'у съ двумя, тремя разной длины трубками.
19. Аккумулятора для освѣщенія съ кабелемъ и электро-скопа Casper'a или мультостата.
20. Зонда для просвѣчиванія желудка по Einhorn'у.
21. Бужей для стенозовъ прямой кишки.
22. Маленькихъ стеклянныхъ воронокъ, фильтровальной и лакмусовой бумаги.
23. Вѣсовъ для взвѣшиванія больного и сантиметра для измѣренія.
24. Книги для записи больныхъ.
25. Хорошей библіотеки, для которой рекомендую слѣдующія справочныя изданія:
 

Павловъ: Лекціи о работѣ главныхъ пищеварительныхъ железъ.

Ewald: Klinik der Verdauungskrankheiten.

Voas: Diagnose und Therapie der Verdauungskrankheiten.

Rosenheim: Pathologie und Therapie der Magen und Darmkrankheiten.

Riegel: Magenkrankheiten.



Nothnagel: Darmkrankheiten.

S. G. Gant: Erkrankungen des Mastdarms.

Schmidt-Strassburger: Stuhluntersuchungen.

Herz: Magen und seine Beziehungen zu anderen Organen.

Wegeler: Die diätetische Behandlung der Magendarm-  
erkrankungen.

Хорошую поваренную книгу (Mattes-Jaworska или Pa-  
riser).



## СПЕЦІАЛЬНА ЧАСТЬ.

### БОЛѢЗНИ ПИЩЕВОДА.

Изъ болѣзней пищевода практическому врачу чаще всего встрѣчаются: острые и хроническіе катарры и воспаленія, язвы, доброкачественные и злокачественные стенозы, частичныя и общія дилатаціи.

Отдѣльныя заболѣванія могутъ, конечно, стоять въ причинной зависимости другъ отъ друга. Такъ изъ катарровъ и воспаленій слизистой оболочки могутъ развиваться язвы, изъ язвъ съ одной стороны карциномы, съ другой—рубцы и спазмы со вторичными расширеніями.

Затрудненія при діагнозѣ облегчаются въ настоящее время эзофаго-и рентгеноскопией, а въ терапевтическомъ отношеніи хирургія сдѣлала значительные успѣхи. Но все-таки всѣ заболѣванія пищевода очень упорны и борются съ ними трудно.

#### Ракъ пищевода.

Общія замѣчанія. Ракъ пищевода встрѣчается преимущественно у пожилыхъ мужчинъ, которые передъ этимъ не страдали никогда пищеварительными разстройствами, въ особенности у курильщиковъ и любителей спиртныхъ напитковъ; у женщинъ болѣзнь эта наблюдается рѣже.

Ракъ располагается чаще всего на тѣхъ мѣстахъ пищевода, гдѣ пищевой комокъ встрѣчаетъ при прохожденіи наибольшее сопротивленіе, а именно, въ области:

1. Перстневиднаго хряща,
2. Бифуркаціи,
3. Hiatus oesophageus діафрагмы.
4. Входа въ желудокъ (Cardia).

Разстояніе отъ рѣзцовъ до входа въ желудокъ въ среднемъ равно 40 сант., до мѣста бифуркаціи 26—27 сантим., и до перстневиднаго хряща 13—14 сантим.

Чѣмъ выше расположенъ ракъ, тѣмъ труднѣе его леченіе и тѣмъ больше страданій причиняетъ онъ больному. Ракъ рѣдко ведетъ къ полной клинической атрезіи пищевода, къ анатомической же—никогда; съ развитіемъ болѣзни, при распадѣ новообразованія—проходимость иногда даже улучшает-



ся. Часто органической стенозъ усиливается вслѣдствіе спазма легко возбудимаго верхняго отдѣла мышцъ пищевода; кромѣ того просвѣтъ суженія иногда совершенно закрывается застрявшими кусочками пищи (мяса, бѣлаго хлѣба, сыра и пр.) и образуется кажущаяся полная атрезія, при чемъ больной все извергаетъ со рвотой.

Какъ при всякомъ медленно развивающемся стенозѣ, такъ и при ракѣ пищевода выше лежащій участокъ сначала гипертрофируется, а затѣмъ подвергается расширенію. Въ расширенномъ участкѣ часто образуется застой пищи и развивается молочно-кислое броженіе, хотя и рѣже, чѣмъ при доброкачественныхъ суженіяхъ. Рвота, особенно послѣ твердой пищи, бываетъ у каждаго больного, но кахексія не всегда. Рвота происходитъ въ такихъ случаяхъ почти непосредственно вслѣдъ за ѣдою, тогда какъ при болѣзняхъ желудка значительно позднѣе.

Діагностика. Распознаваніе болѣзни относительно легко. Субъективные симптомы заключаются въ постоянномъ затрудненіи глотанія, часто также въ отсутствіи аппетита и рвотѣ непосредственно послѣ проглатыванія пищи. Въ началѣ болѣзни затрудненія бывають только при прохожденіи твердой пищи, а потомъ также при мягкой и жидкой.

Если эти симптомы появляются у пожилыхъ людей, въ анамнезѣ которыхъ нѣтъ указаній ни на ожогъ, ни на *lues*, то первая мысль должна быть о злокачественномъ новообразованіи.

Объективные симптомы. Сначала вводятъ въ пищеводъ мягкій зондъ, напр., № 10, и пробують не встрѣчается ли препятствія. Если препятствіе есть, то для точнаго опредѣленія мѣстоположенія его вводятъ пуговчатый зондъ *Trousseau* (китовый усъ съ оливообразными головками разной величины, сдѣланными изъ слоновой кости), съ самой крупной оливой. Такъ какъ стержень этого зонда не легко сгибается, то при измѣреніи имъ разстоянія легче избѣжать ошибки, чѣмъ при мягкомъ зондѣ, который можетъ согнуться въ пищеводѣ или глоткѣ. При выниманіи зонда *Trousseau* отмѣчаютъ большимъ и указательнымъ пальцами то мѣсто, которымъ зондъ касался рѣзцовъ и затѣмъ сантиметромъ измѣряють разстояніе отъ этой отмѣтки до конца оливы.

Послѣ точнаго установленія мѣста препятствія вводятъ коническій бужъ для пищевода толщиною въ 4—5 мм. и снова измѣряють разстояніе до переднихъ зубовъ. Если, наприм., пуговчатымъ зондомъ было установлено 23 сантим., а коническимъ 26, то разница этихъ цифръ даетъ представле-



ніе о длинѣ суженнаго мѣста, что чрезвычайно важно для выбора діэты. Наконецъ, пробуютъ, не пройдетъ ли самая маленькая олива до желудка. Если это удастся, то по тому, на какомъ разстояніи пуговчатый зондъ встрѣчаетъ сопротивление при введеніи и выведеніи его, можно сдѣлать заключеніе о мѣстоположеніи и длинѣ новообразования.

Для діагностики можно пользоваться ободочнымъ зондомъ Kallmann'a; это—длинный, гибкій, гладкій металлическій пруть съ небольшимъ шарообразнымъ утолщеніемъ на концѣ, которымъ можно нащупать начало и конецъ суженія въ пищеводѣ (также въ прямой кишкѣ) <sup>1)</sup>.

Обычно къ зонду пристаеъ кровь и слизь, но иногда также и частицы опухоли, изслѣдованіе которыхъ даетъ возможность поставить правильный діагнозъ. Точно также и эзофагоскопія ставитъ діагностику внѣ всякихъ сомнѣній, но примѣненіе этого метода должно быть предоставлено специалистамъ.

Кромѣ того, объективными симптомами являются болѣзненность при постукиваніи пальцемъ по грудинѣ, односторонній параличъ голосовыхъ связокъ и разница въ ширинѣ зрачковъ. Всѣ эти симптомы легко объясняются давленіемъ новообразования на сосѣдніе органы.

О такъ называемыхъ глотательныхъ шумахъ здѣсь не приходится распространяться, такъ какъ ихъ діагностическое значеніе ничтожно, нужно лишь замѣтить, что въ нормѣ при актѣ глотанія, если поставить стетоскопъ между мечевиднымъ отросткомъ и лѣвой реберной дугой, можно слышать два шума въ области *cardia*. Первый шумъ обусловливается проталкиваніемъ глотка сокращеніемъ поперечно-полосатой мускулатурой глотки, а второй черезъ 10—15 секундъ, сокращеніемъ гладкой мускулатурой пищевода. При стенозахъ послѣдній шумъ пропадаетъ или появляется значительно позже.

Ревидцовъ замѣтилъ, что при глотаніи въ пустую возникаетъ еще третій, четвертый, пятый и т. д. шумъ.

Просвѣчиваніе рентгеновскими лучами оказываетъ большую помощь діагностикѣ; большею частью къ нему прибѣгаютъ въ сомнительныхъ случаяхъ, когда противопоказано зондированіе, особенно при подозрѣніи на аневризму, опухоль средостѣнія, *Vitium cordis* и *Habitus apoplecticus*.

При дифференціальной діагностикѣ нужно имѣть въ виду сифилитическіе стенозы, истерическіе спазмы пищевода, язвы со спазмами, поврежденія съ образованіемъ рубцовъ, медиастинальныя опухоли, особенно же аневризму

<sup>1)</sup> Можно найти у Louis und H. Löwenstein, Berlin.



аорты; при послѣдней зондировать отнюдь не слѣдуетъ, такъ какъ это можетъ быть причиной внезапной смерти больного.

Неприятнымъ осложненіемъ рака пищевода является образование фистулы съ трахеей или средостѣніемъ. Фистулы трахеи узнаются по припадкамъ сильнаго кашля вслѣдъ за проглатываніемъ жидкости.

Терапія. Лечение рака пищевода можетъ быть лекарственнымъ, механическимъ и діетическимъ; только въ рѣдкихъ случаяхъ приходится прибѣгать къ операци: къ экстирпации при высокосидящихъ и гастростоміи при низкосидящихъ опухоляхъ.

Лекарственное лечение: Въ каждомъ случаѣ рака пищевода начинаютъ лечение съ іодистаго калия или натрія въ растворѣ 6:200 три раза въ день по столовой ложкѣ, въ виду возможности сифилиса. Кромѣ этого, употребляются только успокоивающіе боль препараты, именно: белладонна, эйкаиинъ или новокаиинъ, морфій и кодеинъ. Я обыкновенно назначаю:

1. Rp. Tinct. Bellad. 5,0.  
Tinct. Valer. Simp. 10,0.

M. D. S. 3 р. въ день по  
10—20 капель.

2. Rp. Cod. phosph. 0,5—1,0.

Aq. am. am. 15,0.

M. D. S. 3 р. въ день по  
10—20 капель.

3. Rp. Tinct. Bellad. 5,0.

Emus. am. dulc. ad. 200,0.

M. D. S. Нѣсколько разъ въ  
день по 1 столовой ложкѣ  
передъ ѣдой.

4. Rp. Eucaini mur. 0,3 (или Novo-  
cain. mur. 1,0).

Aq. dest. 10,0.

M. D. S. Въ руки врача.

Растворъ эйкаина или новокаина впрыскиваютъ больному по возможности длиннымъ Nelaton'овскимъ катетеромъ, надѣтымъ на простую спринцовку съ длиннымъ, тонкимъ наконечникомъ; впрыскиваютъ 1—2 куб. с. раствора одинъ, два раза въ день.

Вмѣсто белладонны можно также примѣнять атропинъ по  $\frac{1}{2}$  mg. на пріемъ. Всѣ лекарства даютъ передъ ѣдой при пустомъ пищеводѣ. Въ случаѣ задержки въ немъ пищевыхъ остатковъ я уже неоднократно съ успѣхомъ примѣнялъ микстуру пепсина съ соляной кислотой.—Кромѣ того для очистки изъязвившагося участка употребляется 1%-ный растворъ  $H_2O_2$  столовыми ложками нѣсколько разъ въ день; дѣлаютъ также подкожныя инъекціи фибролизина (v. Küster) но отъ нихъ я не видѣлъ пользы.

Механическое лечение. Оно заключается съ одной стороны въ промываніяхъ и вливаніяхъ масла по



Rosenheim'у, а съ другой стороны въ бужированіи твердыми, коническими зондами.

Промываніе дѣлается при помощи обычнаго мягкаго зонда длиною въ 90 ст. (калибрь 8) съ однимъ боковымъ глазкомъ; зондъ вводятъ въ пищеводъ до самаго мѣста суженія. Сначала извлекають застоявшіяся массы, затѣмъ надѣвають на верхній конецъ зонда маленькую стеклянную воронку емкостью въ 50—75 куб. сант. и тщательно промываютъ маленькими порціями теплой воды, попеременно опуская и подымая;е; послѣ этого вливають 30 куб. сант. оливковаго масла. Чѣмъ глубже сидитъ раковая опухоль, тѣмъ больше можно ввести воды и масла; при высоко сидящихъ ракахъ промываніе и вливаніе масла невозможно. Черезъ часъ послѣ промыванія пациенту разрѣшается ѣсть. Эту процедуру нужно дѣлать сначала ежедневно и лучше всего по утрамъ, а потомъ черезъ день. Послѣ этихъ промываній и смазываній больные чувствуютъ значительное облегченіе и вскорѣ сами научаются производить себѣ эту операцію.

Леченіе промываніемъ и вливаніемъ масла даетъ необычайно хорошіе результаты. Больные, которые совсѣмъ ничего не могли глотать и которыхъ рвало даже послѣ воды, становятся способными проглатывать даже твердую пищу (см. казуистику).—Причина этого заключается въ томъ, что, какъ уже упомянуто выше, 1) мѣсто суженія часто закупоривается кусками пищи и 2) появляется вторичный спазмъ пищевода,—эти-то факторы, усиливающіе стенозъ, и устраняются при леченіи масломъ.

Цѣлесообразно употреблять для промываній спеціальныя зонды по Boas'у, нижній конецъ которыхъ снабженъ раздуваемымъ кондомомъ для закрытія пути къ желудку. Впрочемъ, можно обходиться и безъ нихъ, такъ какъ верхушка обычнаго зонда достаточно закрываетъ суженный проходъ какъ, что при промываніи вода не можетъ попасть въ желудокъ.

Раньше широко примѣнялось бужированіе суженныхъ мѣстъ и вставленіе канюль. Оба метода теперь почти оставлены изъ стремленія щадить по возможности больныя мѣста, не подвергая ихъ механическимъ insultамъ.

Діетическое леченіе: Больному назначается такая пища, которая 1) легко проходила бы сквозь суженныя мѣста и 2) поддерживала бы силы больного. Въ виду этого назначаютъ слѣдующую діету:

Въ 7 час. утра: промываніе и вливаніе масла,  
 „ 8 „ „ чай со 125 гр. сливокъ,  
 „ 9 „ „ 250 гр. молока,  
 „ 11 „ мучной супъ со 125 гр. сливокъ и масло,  
 „ 1 „ бульонъ съ 1—2 столовыми ложками муки;  
 1—2 яичныхъ желтка и масло.



- Въ 4 час. чай со сливками (какъ выше),  
 „ 6 „ мучной супъ (родъ муки безразличенъ) или  
 молоко,  
 „ 8 „ бульонъ съ крупой или мукой и масло.

Кромѣ того больные могутъ по желанію употреблять вино, вино съ яйцами, пахтанье или кефиръ, фруктовые сиропы съ минеральной водой, фруктовое и ванильное мороженное, пуго (Руго), санатогенъ, соматозу, студень и пр. Если степень стеноза не велика, слѣдуетъ давать различныя кашицеобразныя блюда, какъ-то картофельное пюре, шпинатъ, пюре изъ моркови и пр. Сырыя яйца разрѣшаются во всѣхъ случаяхъ.

Кромѣ того за полчаса до обѣда и ужина больнымъ предписывается выпивать по  $\frac{1}{2}$  виннаго стаканчика оливковаго масла, при отвращеніи къ нему—по чашкѣ миндальнаго молока, о приготовленіи котораго рѣчь ниже.

Такая діета можетъ не только остановить похуданіе больного, но даже вызвать прибавку вѣса; я самъ наблюдалъ прибавки вѣса до 10 фунтовъ. Само собою понятно, что это только отсрочка катастрофы.

Если болѣзненное мѣсто сильно раздражено и даже послѣ жидкости появляется рвота, то нужно время отъ времени прибѣгать къ питательнымъ клизмамъ (см. ниже).

Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, когда, несмотря на тщательный уходъ, болѣзнь вызываетъ слишкомъ упорныя страданія, предлагаютъ больному сдѣлать гастростомію.

Я рекомендую всегда гастростомію (резекція слишкомъ опасна) и притомъ только состоятельнымъ людямъ, такъ какъ уходъ за оперированнымъ такъ больнымъ очень труденъ.

#### К а з у и с т и к а .

Случай В. В., 50 лѣтъ, сельскій хозяинъ.—За послѣдніе 5 мѣсяцевъ затрудненное глотаніе, никакихъ болей, еще нѣсколько дней тому назадъ прохожденіе кашицеобразной пищи было возможно, съ тѣхъ поръ больного рветъ отъ всего, даже отъ простой воды. Сильное исхуданіе.

Сильная кахексія, непреодолимое препятствіе въ пищеводѣ на разстояніи 26 сант. отъ переднихъ зубовъ.—Диагнозъ—ракъ на мѣстѣ бифуркаціи.—При промываніи остатки молока и малины; вливаніе масла.—Непосредственное улучшеніе, жидкости проходятъ свободно.—Черезъ 2 дня повторено промываніе и вливаніе масла. Пациентъ уѣзжаетъ и ему предписано три раза въ день передъ ѣдой пить масло.—7 недѣль спустя: прибавилъ въ вѣсѣ  $1\frac{1}{2}$  фунта, хорошее самочувствіе, глотаешь сухари, тушеннаго голубя и тому подобное.—



По совѣту знахарки онъ употреблялъ смѣсь кастороваго и льнянаго масла съ груднымъ порошкомъ.—Впослѣдствіи онъ погибъ отъ кахексіи.

Случай Г-жи F., 67 лѣтъ, вдова.—Больная имѣла послѣдніе мѣсяцы затрудненія при глотаніи, пришла въ поликлинику изъ-за того, что ее рветъ отъ всего, даже отъ воды.—Уже послѣ перваго промыванія и вливанія масла въ пищеводъ появилась возможность проглатывать жидкую и кашицеобразную пищу; сначала леченіе продѣлывалось ежедневно, потомъ 1—2 раза въ недѣлю; черезъ 3 мѣсяца смерть отъ кахексіи, но безъ возвращенія непроходимости пищевода.

Случай Негм. L. 66 лѣтъ, сельскій хозяинъ. Сильный курильщикъ.—Послѣднія три недѣли затрудненія при глотаніи, рвота послѣ твердой пищи, аппетитъ хорошій.—1½ года назадъ пациентъ получилъ ударъ копытомъ въ правую грудь, что и считаетъ причиной своей болѣзни.—Вѣсъ 154 фунта, препятствіе на разстояніи 36—38 сант. по пуговчатому и конусообразному зонду.— При соотвѣтствующей діетѣ, промыванійхъ и вливанійхъ масла, употребленіи то атропина, то белладонны, то кодеина, черезъ мѣсяць прибавка въ вѣсъ 6 фунтовъ, черезъ 2 мѣсяца тѣ же 160 фунтовъ. Черезъ 3 мѣсяца 151 фунтъ черезъ 6 мѣсяцевъ 127 фунтовъ. Чаше при промыванійхъ кровь и застоявшаяся пища, почти послѣ каждаго глотка схваткообразныя боли, исчезающія отъ атропина. Время отъ времени питательныя клизмы; количество мочи пало до 500 куб. с. въ сутки. Принятая *per os* салициловая кислота опредѣлена въ мочѣ, т.-е. отсутствіе полной атрезіи. Къ концу жизни пациента рвота почти отъ всего, за исключеніемъ небольшихъ порцій миндальнаго молока. Отказавшись отъ больничнаго леченія, онъ умеръ черезъ 6½ мѣсяцевъ послѣ перваго посѣщенія и черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ появленія перваго симптома, неоперированнымъ.

### Изъязвленія.

Язвы въ пищеводѣ встрѣчаются въ общемъ рѣдко; онѣ бываютъ туберкулезнаго, сифилитическаго, катарральнаго или пептического происхожденія; также послѣ ожоговъ и острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, какъ дифтерія и скарлатина.

Пищеводъ, покрытый многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, легко противостоитъ инфекціи.

Симптомы при язвахъ пищевода заключаются въ жгучихъ, сверлящихъ, порою схваткообразныхъ боляхъ позади грудины и въ спинѣ при глотаніи, особенно, если изъязвленіе сидитъ у входа въ желудокъ. При глотаніи твердой пищи боли сильнѣе.

На ряду съ изъязвленіями бываютъ фиссуры и эрозіи, особенно у входа въ желудокъ; онѣ вызываютъ тѣ же ощущенія, что и изъязвленія. Язвы пищевода могутъ или вполне излечиться или повести къ осложненіямъ, которыя заключаются въ спазмахъ и въ рубцахъ со вторичными дилатациями.



Подобныя фиссуры проявляются особенно бурно у сифилитиковъ. Нѣтъ нужды напоминать, что въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо сдѣлать реакцію Вассерманна.

Леченіе изъязвленій пищевода симптоматическое, за исключеніемъ сифилитическихъ язвъ, которыя должны, конечно, лечиться ртутью или іодистымъ калиемъ. Діета должна быть жидкой или кашицеобразной; всякаго механическаго раздраженія нужно избѣгать. Изъ медикаментовъ, кромѣ наркотиковъ, перечисленныхъ выше при ракъ, употребляются: ляписъ въ растворѣ 0,3:200,0—3 раза въ день по 1 столовой ложкѣ; при спазмахъ препараты белладонны; далѣе миндальное молоко и теплое масло и, наконецъ, впрыскиваніе новокаина и эйкаина (3 куб. с. 3—5%-наго раствора).

Діета состоитъ изъ молока, сливокъ, масла, суповъ и пюре; въ упорныхъ и очень болѣзненныхъ случаяхъ прибѣгаютъ на нѣкоторое время къ кормленію *per rectum*.

Припарки могутъ оказать услугу только при изъязвленіяхъ входа въ желудокъ.

Въ практическомъ отношеніи заслуживаетъ упоминанія пріемъ K<sup>g</sup>önig'a при острыхъ ожогахъ и отравленіяхъ пищевода и желудка. Этотъ авторъ рекомендуетъ передъ зондированіемъ впрыснуть въ пищеводъ спринцовкой черезъ Nelaton'овскій катетеръ 50—100 куб. сант. оливковаго масла, чтобъ предотвратить разрывъ обожженныхъ частей. При отравленіи фосфоромъ этотъ пріемъ непримѣнимъ, такъ какъ фосфоръ, какъ извѣстно, растворимъ въ маслѣ, вслѣдствіе чего опасность отравленія увеличивается.

### Доброкачественныя суженія (стриктуры, спазмы).

Стриктуры пищевода, доброкачественнаго характера, происходятъ или изъ хроническихъ изъязвленій или послѣ ожоговъ кислотами, щелочами и подобными ядами. Послѣ ожоговъ часто находятъ нѣсколько суженныхъ мѣстъ.

Спастическіе стенозы сопровождаютъ фиссуры, эрозіи и изъязвленія у больныхъ съ очень возбудимой нервной системой, слѣдовательно главнымъ образомъ у истеричныхъ. Встрѣчаются, хотя и рѣдко, случаи спастическаго стеноза чисто нервнаго происхожденія (см. ниже).

Діагностика рубцовой структуры очень легка, она основывается на анамнезѣ и данныхъ изслѣдованія. Съ помощью пуговчатаго зонда Troussseau опредѣляютъ степень суженія и предписываютъ соотвѣтствующую діету.



Леченіе чисто механическое и состоитъ во введеніи сначала тонкихъ, а затѣмъ толстыхъ бужей въ смазанный масломъ пищеводъ. Обыкновенно, употребляютъ плотные, плетеные, конической формы англійскіе бужи толщиною отъ 2 до 14 миллиметровъ.

Часто просвѣтъ такого стеноза чрезвычайно узокъ, иногда онъ изогнуть или даже извивается; во многихъ случаяхъ поэтому обычнымъ бужированіемъ черезъ ротъ нельзя пройти и приходится передать больного хирургамъ для наложенія желудочной фистулы и ретрограднаго зондированія подъ контролемъ эзофагоскопа.

При суженіяхъ, черезъ которыя проходятъ только жидкости, дѣлаютъ попытку провести въ желудокъ съ помощью перистальтическихъ движеній проглоченную толстую шелковую нитку. Если попытка окажется удачною и нитка укрѣпится въ мѣстѣ суженія, то постепенно расширяютъ его полымъ бужемъ, пользуясь ниткой, какъ указателемъ. Этотъ приемъ особенно разработанъ американскими врачами, какъ Sippy и др. Также безопасно давать проглатывать по вечерамъ серебряный шарикъ, привязанный на шелковую нитку, чтобъ за нее вытаскивать шарикъ на утро, натошакъ.

Въ болѣе легкихъ случаяхъ пользуются зондомъ Geisler'a-Gottstein'a <sup>1)</sup> переднимъ концомъ котораго можно оросить водой поверхность до 14 сант. діаметромъ; это очень нѣжный, но тѣмъ не менѣе дѣйствительный методъ.

Діагностика спастическихъ стенозовъ труднѣе и можетъ быть поставлена только послѣ наблюденія въ теченіи нѣсколькихъ недѣль. Въ практическомъ отношеніи очень большое значеніе представляютъ спастическія суженія пищевода у истеричныхъ. До сихъ поръ окончательно вопросъ не рѣшенъ, являются ли эти стенозы чисто нервнымъ заболѣваніемъ, какъ думаютъ нѣкоторые, или же причина спастическихъ сокращеній заключается въ ничтожныхъ анатомическихъ поврежденіяхъ, какъ эрозіи или фиссуры. (Ср. ихъ происхожденіе съ вагинизмомъ, который можетъ появляться съ поврежденіемъ дѣвственной плевы или безъ него у истеричныхъ).

Характерно для этихъ стенозовъ слѣдующее: 1) Состояніе больного переменчиво: сегодня больной свободно проглатываетъ даже твердую пищу, а завтра у него не проходятъ даже

<sup>1)</sup> Можно получить у Härtel, Berlin, Ziegelstrasse, 1.



жидкости. Можно принять за правило, что такіе больные, чаще всего женщины, твердое проглатываютъ лучше жидкаго.— 2) Въ то время какъ при органическихъ стенозахъ проходятъ только тонкіе бужи, при спазмахъ пищевода можно пройти въ желудокъ и толстымъ бужемъ, если, дойдя до суженнаго мѣста немного подождать, такъ какъ спазмъ можетъ пройти. Этимъ діагнозъ спастическаго стеноза подтверждается.

Леченіе общее и мѣстное. Больнымъ назначаютъ ванны и шотландскіе души, внутрь даютъ бромистый кали въ валериановомъ настоѣ и препараты белладонны. Мѣстно примѣняютъ возможно болѣе толстые, мягкіе желудочные зонды, которые задерживаютъ въ пищеводѣ по возможности дольше, до 10 минутъ, также и вышеупомянутые зонды Gottstein-Geissler'a.

Бываютъ еще эластическіе, легко растяжимые рубцы пищевода, занимающіе среднее мѣсто между рубцовымъ и спастическимъ стенозомъ, черезъ нихъ проходятъ довольно хорошо даже толстые зонды.

**Казуистика.** С Гага G., 24 лѣтъ, швея. Перенесла плевритъ, хлорозъ, хроническій фарингитъ, леченный впрыскиваніями ляписа; имѣла много огорченій, часто раздражалась.

Полтора года назадъ начались затрудненія при глотаніи, постепенно усилившіяся, по большей части ѣду нужно запить водою, чтобъ протолкнуть пищу, часто приступы болей позади грудины, вслѣдъ за ѣдою; сильное исхуданіе, часто рвота, настроеніе измѣнчиво.—Повторное изслѣдованіе пищевода дало слѣдующее: пуговчатый зондъ Troussseau и мягкій желудочный зондъ № 10—11 послѣ нѣкоторой задержки на разстояніи 23—37 сант., проходятъ до желудка; желудочное содержимое нормально, содержитъ соляную кислоту; расширеній пищевода нѣтъ. Передъ каждымъ зондированіемъ необходимо коканнизировать глотку и смазывать масломъ пищеводъ, эзофагоскопія оказалась невозможной. При зондированіи нѣкоторые участки болѣзненны.—Иногда пациентка глотаетъ лучше жидкости, иногда лучше твердое, а иногда ничего не можетъ глотать и срыгиваетъ все обратно. Однажды пациентка ѣла безъ затрудненій баранину и бутербродъ съ ветчиной. Всѣ тѣла съ малыми колебаніями, почти не измѣняется. Назначены бромистый кали, атропинъ; замѣтное облегченіе.

Точный діагнозъ въ этомъ случаѣ былъ невозможенъ; мы предполагали эрозіи, раздраженіе которыхъ пищевымъ комкомъ вызывало схваткообразныя контрактуры пищевода (спастическій стенозъ); слизистая оболочка была вслѣдствіе истеріи слишкомъ возбудима; больная не была излечена и ея судьба не извѣстна.

Госпожа Pauline B., 46 лѣтъ, жена рабочаго.—Стриктуры отъ ожога.—5 недѣль назадъ выпила по ошибкѣ растворъ ѣдкаго натра. Затрудненія при глотаніи появились тотчасъ же. Сначала зондированіе было невозможно, потомъ въ желудокъ стали проходить твердые, коническіе англійскіе зонды, діаметромъ въ 4—11 миллим., а также и зонды съ оливками. Пуговчатымъ зондомъ удалось установить три суженныхъ мѣ-



ста на разстояніи 35—40 сант.; глотаніе послѣ ежедневнаго зондированія улучшается. Вѣсъ тѣла подымается съ 138 до 160 фунтовъ. Передъ зондированіемъ пациентка выпиваетъ около 30 гр. масла, чѣмъ облегчается введеніе зонда. Больная продолжаетъ лѣченіе. Теперь проходитъ зондъ, діаметромъ 13 миллим. Прогнозъ въ этомъ случаѣ хорошій; вторичнаго расширенія, вѣроятно, не образуется. Подкожныя инъекціи (0,2 pro dosi) тиозинамина оказались полезными.

Frantz M., 17 лѣтъ, слуга. — Рубцово-спастическій стенозъ входа въ желудокъ со вторичнымъ расширеніемъ пищевода.

Съ  $\frac{1}{2}$  года затрудненія при глотаніи, пища «останавливается передъ желудкомъ», больной проталкиваетъ ее нажиманіемъ на грудь (при закрытой голосовой щели послѣ глубокаго вздоха); часто рвота, исхуданіе. — Сильно исхудалый, анемичный больной, двусторонній Тбс., катарръ верхушекъ, Тбс — бациллы въ мокротѣ. Зондъ наталкивается у входа въ желудокъ на препятствіе, но послѣ нѣкотораго выжиданія проходитъ дальше; получается впечатлѣніе растяжимаго рубца на этомъ мѣстѣ. Пищеводъ сильно расширенъ, вмѣщаетъ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  литра. Проба съ метиленовой синькой положительна. При частыхъ бужированіяхъ и рациональной діетѣ улучшеніе, прибавка вѣса съ 96 до 106 фунтовъ; въ желудочномъ сокѣ свободная НСІ. Улучшеніе легочнаго процесса послѣ леченія въ санаторіи. Пациентъ выписанъ, какъ работоспособный, послѣ трехмѣсячнаго леченія. Онъ самъ себя бужируетъ и чувствуетъ себя хорошо. Причину стеноза входа въ желудокъ нельзя было опредѣлить; мы предполагаемъ зажившую туберкулезную язву.

Richard S., 6 лѣтъ. — Эластическій рубецъ входа въ желудокъ, вторичное расширеніе. Причина неизвѣстна.

### Д и л я т а ц и и.

Бываютъ веретенообразныя (полныя) и мѣшкообразныя (частичныя) расширенія пищевода.

Веретенообразныя расширенія происходятъ вслѣдствіе врожденной слабости мышцъ (такъ наз. идиопатическое растяженіе), но въ высокой степени вѣроятно, что они являются послѣдствіемъ спастическаго или рубцоваго стеноза входа въ желудокъ. Съ другой стороны при вскрытіи подобныхъ больныхъ часто не находятъ никакихъ анатомическихъ стенозовъ; въ такихъ случаяхъ можно думать, что при жизни былъ спастическій стенозъ, исчезнувшій послѣ смерти.

Субъективные симптомы тяжесть и чувство полноты сзади грудины, а также рвота во время ѣды, объективный — застой пищевыхъ массъ.

Леченіе веретенообразнаго расширенія заключается въ промываніяхъ, бужированіи и назначеніи соотвѣтствующей діеты. Недавно начали дѣлать подкожныя впрыскиванія



тіозинамина въ видѣ готовыхъ ампуллъ фибролизина, 2—3 р. въ недѣлю по ампуллѣ. Большую пользу оказываетъ также вышеупомянутое растягиваніе входа въ желудокъ зондами Gottstein-Geissler'a.

Мѣшкообразныя расширенія или дивертикулы представляютъ собой боковыя выпячиванія стѣнки пищевода. Они бываютъ большею частью въ верхней части пищевода. Различаютъ пульсіонныя и тракціонныя дивертикулы.

Пульсіонныя дивертикулы развиваются подѣ воздействием той силы, которая проталкиваетъ пищевой комокъ. Вслѣдствіе давленія пищевого комка на участокъ слизистой оболочки съ врожденной слабостью мускулатуры стѣнка постепенно выворачивается и въ результатѣ образуется мѣшковидное выпячиваніе.

Тракціонныя дивертикулы происходятъ вслѣдствіе оттягиванія снаружи, т. е. со стороны сосѣднихъ органовъ; чаще всего причиной бываютъ бронхіальныя железы, которыя при своемъ рубцеваніи и стягиваніи оттягиваютъ сросшуюся часть стѣнки пищевода и такимъ образомъ производятъ выпячиваніе ея.

Симптомы дивертикуловъ заключаются въ затрудненіи глотанія и частыхъ рвотахъ.

Для дифференціальной діагностики между веретенообразнымъ и мѣшетчатымъ расширеніями употребляютъ слѣдующій приѣмъ: даютъ больному выпить стаканъ воды, слегка подкрашенный метиленовой синькой. Введя затѣмъ зондъ, достаютъ сначала слегка окрашенное содержимое; если можно, преодолѣвъ небольшое сопротивленіе, протолкнуть зондъ дальше и получить неокрашенное, кислое содержимое, то имѣется веретенообразное расширеніе, если же, напротивъ, зондъ не идетъ дальше, то дивертикуль.

Леченіе механическое; заключается въ ежедневныхъ промываніяхъ мѣшка и бужированіи пищевода такъ называемымъ зондомъ для дивертикуловъ, устроенныхъ на подобіе зондовъ для простаты съ тупоугольнымъ сгибомъ на концѣ. Такимъ зондомъ легче попасть въ желудокъ и имъ пользуются для введенія пищи (молока и пр.), чтобъ предотвратить исхуданіе. Дивертикулы доступны для хирургическаго леченія.

Emma E., дѣвушка 26 лѣтъ.—Spasmus cardiae со вторичнымъ растяженіемъ.

Въ теченіи около года постепенно увеличивающіяся схваткообразныя боли у грос. xiphoides и рвоты непосредственно вслѣдъ за



глоткомъ; 8 недѣль тому назадъ кровавая рвота, повторившаяся 8 дней назадъ ( $\frac{1}{2}$  литра), потеря вѣса на 20 фунтовъ. Больная передъ этимъ лечилась много разъ; родила три года назадъ, уже годъ не имѣетъ менструаций, классическая картина истеріи. Зондированіе возможно самыми толстыми зондами послѣ нѣкотораго выжиданія, содержимое желудка нормально, есть свободная HCl, О. К. пробнаго завтрака 40. Послѣ нѣсколькихъ посѣщеній больная заболѣла желтухой и легла въ больницу. Временное выздоровленіе послѣ гипноза. По сообщенію наблюдавшаго ее въ больницѣ врача, больной, вслѣдствіе ея настойчивыхъ просьбъ, была произведена лапаротомія, послѣ чего наступило выздоровленіе.

Л. К. 24 лѣтъ. *Cardiospasmus hystericus cum dilatatione oesophagi* Много душевныхъ волненій, 3 года рвота во время ѣды, объективно задержка въ пищеводѣ пищи, принятой наканунѣ вечеромъ, препятствіе у входа въ желудокъ; бужированіе толстымъ желудочнымъ зондомъ возможно послѣ нѣкотораго выжиданія. Излеченіе белладонной, бромидами, бужированіемъ и психотерапіей въ три мѣсяца. У пациента никогда не было болей, но всегда чувство полноты и рвота.

### Инородныя тѣла.

Часто въ пищеводѣ застрѣваютъ маленькія монеты, куски костей, мяса и особенно зубные протезы.

Предметы небольшой величины извлекаются общеизвѣстнымъ монетоизвлекателемъ, болѣе крупныя—подъ контролемъ эзофагоскопа—щипцами Rosenheim'a для пищевода;—всѣ эти манипуляціи лучше предоставлять специалистамъ или клиникѣ. Gross (Нью-Йоркъ) и др. сообщаютъ объ успѣшномъ удаленіи инородныхъ тѣлъ изъ пищевода и трахеи подъ контролемъ глаза при просвѣчиваніи рентгеновскими лучами.

Нужно напомнить, что пациенты часто увѣряютъ, что во снѣ проглотили зубы или какой-либо подобный предметъ, если, проснувшись, не могутъ найти его. Обычно дѣло идетъ объ истеричныхъ, потерявшихъ сказанную вещь; отъ страха у нихъ появляются болевые ощущенія въ пищеводѣ. Зондированіе толстымъ, мягкимъ зондомъ обнаруживаетъ обычно неосновательность такихъ заявленій.

Въ каждомъ неясномъ случаѣ необходимо просвѣчиваніе рентгеновскими лучами.

Если больной на самомъ дѣлѣ проглотилъ инородное тѣло и оно уже попало въ желудокъ, то никогда не слѣдуетъ давать слабительныхъ; ему предписывается такъ наз. картофельный режимъ, т.-е. нѣсколько дней подрядъ больного заставляютъ ѣсть по преимуществу картофельное пюре,



густое, съ большимъ количествомъ масла и сливокъ. Кромѣ пюре разрѣшаютъ только бутерброды. Целлюлозная масса обволакиваетъ инородное тѣло и оно выходитъ наружу, не повреждая кишечныхъ стѣнокъ. Въ крайнемъ случаѣ, если долго не было испражнений, можно сдѣлать высокую клизму изъ масла. Не слѣдуетъ забывать также объ изслѣдованіи прямой кишки пальцемъ, такъ какъ часто инородное тѣло остается въ ней по нѣсколькимъ днямъ.

Rosenheim совѣтуетъ при всякомъ застрѣваніи инороднаго тѣла начинать съ морфія, который расслабляетъ мускулатуру и устраняетъ, такимъ образомъ, непроходимость, вслѣдствіе чего инородное тѣло проскальзываетъ въ желудокъ.

### Неврозы.

Чистые неврозы пищевода наблюдаются въ общемъ рѣдко, для практика имѣютъ значеніе особенно *eructatio nervosa* и гиперѣстезія пищевода у истеричныхъ.

*Eructatio nervosa* выражается громкой отрыжкой, слышной въ сосѣдней комнатѣ, очень неприятной и больному, и его окружающимъ. Она объясняется проглатываніемъ и повторнымъ отрыгиваніемъ воздуха. Эта *eructatio* появляется припадками въ родѣ того, какъ приступы кашля при коклюшѣ. Объективныхъ болѣзненныхъ симптомовъ у такихъ больныхъ установить не удается, у нихъ наблюдаются только признаки обычной неврастеніи или истеріи. У нѣкоторыхъ больныхъ, какъ мнѣ пришлось наблюдать у нѣсколькихъ своихъ пациентовъ, такая отрыжка прекращается, если надавить на очень ограниченный участокъ въ области эпигастрія (область *plexus coeliacus*).

Діагностика легка, если во время изслѣдованія у больного внезапно появляется приступъ, въ противномъ случаѣ приходится основываться на однихъ заявленіяхъ больного.

Леченіе отчасти общее, направленное противъ нервной слабости, отчасти мѣстное, состоящее во внутренней фарадизаціи пищевода слабыми токами. Это леченіе имѣетъ цѣлью внушеніе. Кромѣ того, даютъ обычно утромъ и вечеромъ по 1—2 гр. бромистаго калия въ чашкѣ холоднаго валеріановаго настоя, бромураль 0,2  $\times$  3 въ день, далѣе углекислыя и хвойныя ванны и общій массажъ.

Можно порекомендовать еще въ этихъ случаяхъ приѣмъ *Mathieu*, который заключается въ томъ, что между нижней



и верхней челюстью зажимают простую пробку отъ бутылки; такъ какъ больные при открытомъ ртѣ глотать не могутъ, то приступы прекращаются. Этотъ приемъ повторяютъ три раза въ день по полчаса.

При гиперэстеріи актъ глотанія представляется больнымъ неприятнымъ, особенно же слѣдующая за глоткомъ перистальтическая волна пищевода, описываемая больнымъ, какъ идущая сверху внизъ боль.—Такія заболѣванія очень упорны и требуютъ отъ врача большой выдержки. И здѣсь предписываютъ наркотики, миндальное молоко и кромѣ, того, проводятъ общее леченіе невроза.

Общеизвѣстный *globus hystericus* также относится къ истерическимъ парэстезіямъ и лечится подобно имъ.

#### Казуистика.

С л у ч а й S. 36 лѣтъ, жена купца.—*Eructatio nervosa*.—Въ теченіе 3 лѣтъ громкая, отрыжка, особенно при нервномъ возбужденіи, при отвлеченіи вниманія меньше. При надавливаніи на подложечную область прекращеніе *ructuum*:—*Endo-фарадизація*, бромъ, санаторное леченіе безъ успѣха.—Пациентка вслѣдствіе болѣзни чувствуетъ себя очень неловко въ обществѣ.—Я назначаю: утромъ и вечеромъ валеріановый настой съ 1-2 гр. бромистаго калия, три раза въ день послѣ ѣды по 30 капель съ куска сахара слѣдующей микстуры: *Rp. T. Bellad. 5,0, spig. Ment. 10,0, T. val. simp. 15,0* и абсолютный душевный покой. Послѣ этого 5 мѣсяцевъ относительнаго успокоенія; однако *Ructus nervosus* началась снова, когда вслѣдствіе тѣлеснаго напряженія, обострился старый параметритъ.

С л у ч а й A l v i n W., 20 лѣтъ, купецъ.—*Eructatio nervosa* при половой неврастеніи вслѣдствіе онанизма. Послѣ мышьяка въ *Aq. amuud. am.* и общаго леченія (ванны и пр.) улучшеніе.

С л у ч а й A g n e s S c h., 25 лѣтъ, жена рабочаго.—Неврозъ пищевода.—Въ теченіе 2 мѣсяцевъ вслѣдъ за прекращеніемъ кормленія грудью начали появляться боли позади грудины, послѣ проглатыванія твердой пищи, послѣдніе три дня боли также и послѣ супа. Боль распространяется по всему пищеводу и держится 2—3 минуты. Зондированіе совершенно свободно, слегка болѣзненно.—Послѣ брома и валеріановаго настоя болѣзнь прекратилась.

С л у ч а й W a l l y. B., 28 лѣтъ, прислуга.—*Oesophagismus hystericus*.—Въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ непосредственно вслѣдъ за актомъ глотанія твердой или мягкой пищи схваткообразныя боли въ животѣ и крестцѣ и чувство тянущей сверху внизъ боли въ пищеводѣ; черезъ 15 минутъ прекращеніе приступа послѣ того, какъ больная скрючится и надавитъ область желудка.—Пациентка испытываетъ ощущеніе, какъ будто бы пища останавливается передъ входомъ въ желудокъ.—Очень возбужденная, нервная больная.—10 мѣсяцевъ назадъ перенесла тяжелое потрясеніе, съ тѣхъ поръ очень нервна. Больная была освидѣтельствована только одинъ разъ и исчезла изъ нодъ дальнѣйшаго наблюденія.



## Заключеніе.

Относительно діагностическихъ и терапевтическихъ тонкостей описанныхъ здѣсь страданій пищевода, имѣющихъ значеніе только для специалистовъ, а также относительно не описанныхъ здѣсь, рѣдко встрѣчающихся пораженій, какъ напр., varices, острые и хроническіе катарры, инфекціи, травмы, ожоги и флегмоны, нужно обращаться къ большимъ пособіямъ Rosenheim'a Fleiner'a, Kraus'a, Stark'a и пр.,— такъ какъ описаніе ихъ выходитъ за предѣлы этой книжечки.

Здѣсь остается лишь указать на тѣ опасности, которыя связаны съ зондированіемъ пищевода, особенно твердыми инструментами и трубками (эзофагоскопъ). При этой манипуляціи необходима величайшая осторожность, такъ какъ грубые приемы могутъ вызвать перфорацию, гнойное зараженіе средостѣнія и даже внезапную смерть.



## ЖЕЛУДОКЪ.

Предварительныя клиническія указанія. Изъ трехъ функцій желудка, секреторной, всасывательной и двигательной самая важная двигательная.

Всасываніе въ желудкѣ почти не происходитъ, вода и другія жидкости начинаютъ всасываться только въ кишкахъ, но алкоголь, соли и лекарственныя вещества воспринимаются лимфатическими сосудами желудка. Практически въ питаніи человѣка эту способность можно совершенно игнорировать.

Секреторная функція желудка также не представляется безусловно необходимой для существованія культурнаго человѣка. Со времени изслѣдованій von Noorden'a стало извѣстно, что человѣкъ можетъ чувствовать себя вполне здоровымъ и быть даже чрезмѣрно упитаннымъ при полной утратѣ желудочной секреціи. Кишечникъ прекрасно выполняетъ пищеварительную функцію, если только желудокъ доставляетъ ему достаточно питательныхъ веществъ.

Благодаря остроумнымъ изслѣдованіямъ Knud'a Faber'a мы стали лучше понимать физиологическую роль желудка.— Онъ служитъ не столько для дезинфекціи пищи, какъ полагали прежде,—это могла бы выполнять и среда со щелочнымъ секретомъ,—сколько для перевариванія костей и соединительной ткани, и для размельченія сложныхъ углеводовъ, какъ овощи, картофель и пр.

Хищное животное питающееся только мясомъ и костями, напр. тигръ или змѣя, очень скоро погибли бы отъ прободнаго перитонита, если-бы желудочный сокъ, который у мясоядныхъ вдвое сильнѣе, чѣмъ у культурнаго человѣка, не устранялъ опасностей связанныхъ съ питаніемъ] костями. Культурный же человѣкъ, научившійся размягчать свою пищу при помощи огня и къ тому же тщательно ее выбирающій, могъ бы конечно прожить безъ желудочнаго сока.

Новѣйшія изслѣдованія физиологіи пищеварительныхъ органовъ, начатыя Павловымъ и его учениками, какъ-то



Болдыревымъ, Bieckel'емъ и продолженныя другими самостоятельными изслѣдователями, какъ Otto Conheim, Krieger и др. объясняютъ отдѣльныя фазы пищеваренія въ совершенно иномъ свѣтѣ. Онѣ тѣсно зависятъ одна отъ другой, какъ колесики часового механизма; секретъ предыдущей железы своимъ гормономъ вызываетъ къ секреторной дѣятельности послѣдующую; слюна содержитъ гормонъ для желудка (поэтому часто развивается achylia при недостаточномъ пережевываніи и плохихъ зубахъ), секретъ двѣнадцатиперстной кишки имѣетъ гормонъ для кишечника. См. спеціальныя работы Павлова, „Работа пищеварительныхъ железъ“, Otto Conheim'a „Die Physiologie der Verdauung“, Boldyreff „Die Anpassung der Verdauungsorgane an die Eigenschaften der ihre Tätigkeit anregenden Reize“, Stuttgart 1907 и т. д.

Кромѣ того изслѣдованія рентгеновскія и экспериментальныя на животныхъ дополнили и углубили наши воззрѣнія на физиологію желудка.

Для нормальнаго питанія необходима только ненарушенная двигательная способность желудка, т.-е. своевременное перемѣщеніе пищевой кашицы изъ желудка въ двѣнадцатиперстную кишку. Какъ изслѣдуютъ двигательную способность желудка при помощи пробнаго обѣда, пробы на остатокъ и пробнаго ужина было изложено въ общей части въ главѣ объ „изслѣдованіи двигательной способности“.

По Strauss'у двигательныя явленія называются Hyperkinese, Eukinese, Hypokinese и Akinese, эта номенклатура по своей точности имѣетъ преимуществва передъ прежними.

Двигательная способность рѣзко нарушается только въ томъ случаѣ, когда у выхода желудка образуется какое-нибудь препятствіе. Механизмъ желудка можно сравнить съ механизмомъ сердца. Точно такъ же, какъ при порокѣ клапановъ аорты происходитъ гипертрофія и расширеніе лѣваго желудочка, такъ при порокѣ выхода желудка (напр. при образованіи рубца въ немъ), лежащая передъ нимъ часть желудка, т.-е. выходная (пилорическая) гипертрофируется и расширяется, а въ концѣ концовъ расширяется и весь желудокъ. Этотъ порокъ pylorі сначала компенсируется какъ и порокъ сердца. Но когда препятствіе становится чрезвычайно большимъ, а требованія, предъявляемыя къ органу, слишкомъ значительны, то появляется, также какъ и при



Vitium cordis, разстройство компенсаціи, т.-е. недостаточность желудка. Слѣдовательно недостаточность желудка представляет собою порокъ пилорической части въ стадіи разстроенной компенсаціи.

Разстройства двигательной способности, обусловленные не механическими причинами, наблюдаются чрезвычайно рѣдко. Остро развивающіяся недостаточности наблюдаются только при травмахъ, интоксикаціяхъ и т. п. Иногда причины, вызывающія разстройства всего организма, разстраиваютъ и двигательную способность желудка, но обыкновенно только въ незначительной степени, не доводя до недостаточности. Таковы неврастенія, анемія и общій упадокъ питанія. Подробности смотри въ главѣ „расширеніе желудка“.

Что касается до положенія желудка, то въ общемъ оно имѣетъ мало значенія для діагностики. Только для опредѣленія локалізаціи опухолей желудка или сосѣднихъ съ нимъ органовъ имѣетъ значеніе опредѣленіе положенія большой кривизны. Для отличія же органическаго страданія желудка отъ функціональнаго, напротивъ, оно несущественно.

Какъ выше упомянуто, при нормальномъ сложеніи желудокъ лежитъ горизонтально, большая часть его прикрыта лѣвой долей печени и лѣвымъ подреберьемъ и соприкасается съ передней стѣнкой живота только незначительнымъ участкомъ; напротивъ, при *habitus enteroptoticus* желудокъ находится почти въ вертикальномъ положеніи, соприкасаясь большей своей частью съ передней брюшной стѣнкой. Эта аномалія тѣмъ рѣзче выражена, чѣмъ худѣе и дряблѣе брюшная стѣнка (у рожавшихъ). Мы уже упоминали, что желудокъ при рентгеноскопії проецируется иначе. Поэтому при низкомъ стояніи большой кривизны отнюдь нельзя дѣлать заключеній объ измѣненіи величины желудка двигательной функціи, *resp.* о его расширеніи.

Плескъ въ подложечной области служитъ лишь признакомъ слабости брюшныхъ покрововъ и того, что желудокъ на большомъ протяженіи соприкасается съ брюшной стѣнкой; этотъ симптомъ не имѣетъ никакого патогномическаго значенія, особенно для діагностики расширения желудка, если только онъ не появляется натощакъ. Впрочемъ нужно отмѣтить, что нѣкоторые авторы (напр. Siller) считаютъ плескъ признакомъ ослабленной перистальтики желудка т.-е. *hypotonie*'ей.



Особенное вниманіе нужно удѣлять опредѣленію сложенія (*habitus*) пациента, такъ какъ это прямо касается вопроса, является ли данное заболѣваніе органическимъ или функціональнымъ. Въ общемъ можно сказать, что при *habitus enteroptoticus* обычно бываютъ функціональныя страданія желудка и кишекъ, при нормальномъ же—наоборотъ, органическія. Исключеній изъ этого правила, конечно, много; такъ, наприм., *ulcera chlorotica* встрѣчаются также часто и при энтероптозѣ, а нервныя диспепсіи и у пациентовъ съ широкой грудью.

Въ сомнительныхъ случаяхъ, когда не извѣстно, имѣется ли у больного неврозъ желудка или катарръ, *resp.* язва, нужно обратить вниманіе на сложеніе больного и при *habitus enteroptoticus* не предпринимать никакого мѣстнаго леченія, а только общее. Особенно нужно имѣть это въ виду у молодыхъ дѣвушекъ въ возрастѣ до 20 лѣтъ, такъ какъ именно въ этомъ возрастѣ многія пациентки третируются, какъ страдающія язвами желудка, когда на самомъ дѣлѣ у нихъ неврозъ, и наоборотъ.

Полноты ради нужно сказать, что существуетъ не мало больныхъ съ комбинированными страданіями, т. е. нервно—органическими. Дѣло въ томъ, что къ функціональной диспепсіи можетъ легко присоединиться органическое заболѣваніе желудка или кишекъ, какъ напр., кислый гастритъ, кишечный катарръ, желчные камни, ракъ и пр. и наоборотъ.

Здѣсь умѣстно напомнить, что ракъ поражаетъ преимущественно тѣхъ людей, которые до тѣхъ поръ обладали превосходнымъ желудкомъ, кишечникомъ или пищеводомъ, исключая, конечно, случаевъ злокачественнаго перерожденія язвы. Причина этого заключается, вѣроятно, въ томъ, что такіе люди не придерживаются должныхъ предосторожностей въ выборѣ пищи, какъ это дѣлаютъ люди со слабымъ желудкомъ, и въ теченіи ряда лѣтъ ѣдятъ много твердой и тяжелой пищи и въ особенности много сырыхъ плодовъ и овощей (капусты, кольраби и проч.); это наблюденіе можно использовать для механической теоріи происхожденія рака.

Заболѣванія желудка и кишекъ стоятъ въ тѣсной зависимости другъ отъ друга. Знаніе этой связи имѣетъ большое значеніе, какъ для діагностики, такъ и для раціональной терапіи. Такъ причина многихъ кишечныхъ катарровъ заключается въ недостаточномъ отдѣленіи желудочнаго сока. Въ подобныхъ случаяхъ пищевая кашлица недостаточно химифицируется, переходитъ не-





переваренной въ кишечникъ и вызываетъ съ теченіемъ времени хроническій энтероколитъ. И, наоборотъ, часто кишечные катарры вызываютъ диспептическія расстройства—отсутствіе аппетита, тошноту, отрыжку, непріятныя вздутія живота и тяжесть подъ ложечкой, какъ слѣдствіе ненормальнаго броженія и развитія газовъ въ кишечникѣ, безразлично протекаетъ ли катарръ съ запорами или поносами. Это такъ наз. энтерогенная диспепсія.

Желудочно-кишечный трактъ находится въ тѣсной связи также и съ другими органами. Съ одной стороны при заболѣваніяхъ пищеварительнаго канала страдаетъ общее питаніе, съ другой стороны при первичныхъ пораженіяхъ легкихъ, сердца, спинного мозга, почекъ, печени, половыхъ органовъ и пр. появляются расстройства переваренія. Часто бываетъ трудно установить, что произошло первично и что вторично. Напр. у больного съ катарромъ легочныхъ верхушекъ и хронической диспепсіей часто нельзя рѣшить, является ли хроническая диспепсія причиною или слѣдствіемъ пораженія легкихъ. Въ подобныхъ случаяхъ только длительное наблюденіе выясняетъ дѣло.

Большую важность имѣетъ состояніе жевательнаго аппарата, такъ какъ многолѣтнее недостаточное разжевываніе пищи можетъ разстроить секрецію желудка до полной ахиліи.

Предварительныя діагностическія указанія.—Главная задача діагностики заключается въ томъ, чтобы отличить функціональное заболѣваніе отъ органическаго. Необходимо хроническое заболѣваніе желудка включить въ одну изъ этихъ категорій, такъ какъ этимъ опредѣляются наши лечебныя мѣропріятія. Во многихъ случаяхъ это возможно сдѣлать на основаніи правильно собраннаго анамнеза, въ другихъ дѣло выясняетъ только физико-химическое изслѣдованіе, въ третьихъ, продолжительное наблюденіе больного. Такъ какъ эта книга предназначена преимущественно для практическихъ врачей, то здѣсь излагаются только тѣ методы и изслѣдованія, которые не требуютъ спеціальной подготовки.

Недалеко еще то время и, къ сожалѣнію, пожалуй оно не прошло и до сихъ поръ, когда всякое хроническое заболѣваніе желудка не казавшееся язвой, ракомъ или расширеніемъ, сваливалось въ одну общую кучу подъ именемъ „хроническаго катарра желудка“. Leube первый сдѣлалъ шагъ впередъ, введя понятіе о нервной диспепсіи.



Другой излюбленный и часто ошибочный диагнозъ это „расширеніе желудка“. Эта діагностика часто ставится неправильно въ тѣхъ случаяхъ, когда подъ ложечкой удается получить шумъ плеска, распространяющійся даже ниже линии пупка. На самомъ же дѣлѣ въ такихъ случаяхъ бываетъ чаще всего смѣщеніе желудка внизъ (гастроптозъ) или вертикальное положеніе его вслѣдствіе расслабленія брюшныхъ стѣнокъ и только въ рѣдкихъ случаяхъ дѣйствительно расширеніе, какъ это будетъ указано ниже.

Наконецъ, третій также очень частый диагнозъ—это „нервный спазмъ желудка. Въ большинствѣ случаевъ эти припадки обуславливаются желчными или кишечными коликами, спазмомъ pylorі вслѣдствіе язвы; настоящіе же нервные спазмы желудка бываютъ только при тяжелой истеріи или при табесѣ въ видѣ т. н. crises gastriques. Лучше всего было бы совсѣмъ отказаться отъ діагностики нервныхъ желудочныхъ спазмовъ.

Чрезвычайно важное значеніе для діагностики имѣетъ показаніе больного дѣйствительно ли онъ ощущаетъ боли или только тяжесть въ желудкѣ. Каждый пациентъ обычно говоритъ, что онъ чувствуетъ боли до тѣхъ поръ, пока ему не будетъ заданъ точный вопросъ, какого характера испытываемыя имъ ощущенія.

Это обстоятельство имѣетъ значеніе потому, что при нервно-функциональныхъ страданіяхъ желудка и кишекъ почти никогда не бываетъ настоящихъ, острыхъ болей, но всегда только неприятныя ощущенія: тяжесть подъ ложечкой, ощущеніе вздутія, полноты, отсутствіе аппетита, тошнота и т. под.

Напротивъ, при органическихъ заболѣваніяхъ желудка, кишекъ и сосѣднихъ органовъ, какъ сердце, спинной мозгъ, почки, печень, матка, мочевой пузырь, поджелудочная железа и пр. наблюдаются настоящія, сильныя, схваткообразныя, сверлящія, грызущія, жгучія, рѣжущія, потугообразныя, тянущія, рвущія боли, иррадирующія порою въ крестецъ, въ бока, кверху и книзу. Итакъ, тамъ, гдѣ появляются настоящія боли, постоянныя или приступами, почти навѣрное дѣло идетъ объ органическомъ страданіи.

Vuch предложилъ называть появляющіеся въ подложечной области приступы болей эпигастралгіями (Epigastalgia). Это предложеніе заслуживаетъ вниманія, такъ какъ



терминъ „эпигастралгія“ не заключаетъ въ себѣ никакихъ опредѣленныхъ указаній; тогда какъ „гастралгія“ указываетъ, что боль возникаетъ въ желудкѣ. Мы будемъ употреблять терминъ „эпигастралгія“ всегда для обозначенія приступовъ болей въ подложечной области.

О діагностическомъ значеніи эпигастралгій и симптома тяжести подъ ложечкой см. главу объ анамнезѣ.

Если у больныхъ—только ощущеніе тяжести, то нужно выяснитъ, въ какое время и послѣ какой пищи оно появляется.

О симптомѣ „рвоты“ также дастъ объясненіе анамнезъ.

Отъ рвоты нужно отличать срыгиваніе пищи (*regurgitatio*), т. е. поднятіе вмѣстѣ съ отрыжкой пищевой кашицы въ ротъ. Это срыгиваніе не сопровождается ни тошнотой, ни какими-нибудь неприятными ощущеніями, оно выражается въ томъ, что ротъ больного наполняется пищею, которую онъ и выплевываетъ. У нѣкоторыхъ больныхъ, особенно при топлоливой фдѣ, срыгиваніе пищи происходитъ привычнымъ образомъ, какъ у жвачныхъ животныхъ. Такихъ больныхъ называютъ поэтому жвачными, а самый симптомъ жвачкой (*ruminatio*). Они прожевываютъ еще разъ поднявшуюся пищу и затѣмъ снова ее проглатываютъ.

*foetor ex ore* имѣетъ причиной носовыя, ротовыя, желудочныя и кишечныя заболѣванія; носовыя—озена,—рта при каріозныхъ зубахъ, воспаленіи десенъ и особенно при аденоидахъ и другихъ препятствіяхъ для дыханія черезъ носъ.

Такие больные спятъ съ открытымъ ртомъ, слизистыя оболочки губъ, щекъ и языка подсыхаютъ и вызываютъ *foetor ex ore*.

Заболѣванія желудка—расширеніе его съ образованіемъ сѣководорода и разлагающійся ракъ; кишечныя—хроническій запоръ, при которомъ продукты разложенія (индоля и скатоля) всасываются и могутъ отдѣляться со слюной, или острыя заболѣванія, какъ *ileus*, съ каловой отрыжкой.

Слѣдуетъ отмѣтить, что нѣкоторые медикаменты, примѣняемые подкожно переходятъ въ слюну и вызываютъ *foetor ex ore*, какъ напр. излюбленный теперъ *Natr. Kalydicum*.

Такимъ образомъ, причинъ *foetor ex ore* очень много, и найти ихъ можно лишь настойчивымъ изслѣдованіемъ *per exclusionem* или *ex juvantibus*.



Значеніе обложеннаго языка. Большинство хронических больных страдающих желудкомъ придаютъ большое значеніе виду языка и многіе врачи еще думаютъ, что по интенсивности налета на языкѣ можно сдѣлать заключеніе о состояніи желудка. Это не совсѣмъ такъ. Налетъ на языкѣ только до извѣстной степени находится въ зависимости отъ болѣзни желудка. Обложенный языкъ встрѣчается всегда, когда человѣкъ мало или совсѣмъ не жуеетъ, такъ какъ актъ жеванія производитъ прекрасную механическую чистку языка. Поэтому при острыхъ болѣзняхъ съ полной потерей аппетита, языкъ бываетъ сильно обложенъ. Напротивъ при хроническихъ болѣзняхъ, при которыхъ пациентъ нѣсколько разъ въ день жуеетъ твердую пищу, языкъ не имѣетъ большого налета, безразлично будетъ ли то катарръ или неврозъ желудка или какая-либо другая болѣзнь.

Схема систематическаго изслѣдованія желудочно-кишечнаго больнаго.

Собравъ обстоятельный анамнезъ больнаго, заключающій въ себѣ наследственность, общіе симптомы и спеціальныя жалобы, приступаютъ къ изслѣдованію. Опредѣляютъ—сначала общее состояніе питанія и затѣмъ изслѣдуютъ легкія и сердце; только послѣ этого животъ. И тутъ сначала осмотръ, потомъ ощупываніе. Стараются опредѣлить нѣтъ ли *Hab. enteroptoticus* ощупываютъ послѣдовательно въ положеніи на спинѣ, на лѣвомъ и на правомъ боку, иногда также при стояніи (отвисшій животъ), и въ колѣнно-локтевомъ положеніи (заболѣванія прямой кишки).

Только въ томъ случаѣ, если анамнезъ и наружное физическое изслѣдованіе не выяснили діагностики, даютъ пробный завтракъ и пр. Даютъ больному вечеромъ пробный ужинъ и на утро изслѣдуютъ его натощакъ, чтобы убѣдиться нѣтъ ли задержки: послѣ этого даютъ П. З. Ewald-Boas'a и черезъ часъ извлекаютъ его. Содержимое желудка добытое натощакъ изслѣдуютъ микроскопически, пробный завтракъ химически. При страданіяхъ кишекъ необходимо макро-и микроскопическое изслѣдованіе испражнений. Въ заключеніе изслѣдуютъ мочу на бѣлокъ и на сахаръ, нервную систему и пр.

Предварительныя терапевтическія указанія. Вручая больному рецептъ, никогда не слѣдуетъ забывать дать ему написанное діететическое предписаніе. Отнюдь не слѣдуетъ довольствоваться однимъ общимъ указаніемъ, что такіе то сорта пищи больному можно ѣсть, а такіе — нѣтъ. Больной долженъ точно знать, что онъ долженъ ѣсть, а не то, чего онъ не можетъ ѣсть. Въ діететическомъ предписаніи должны быть также точно указаны часы, когда больной долженъ ѣсть, когда онъ долженъ пить минеральныя воды, принимать лекарства, дѣлать клизмы, припарки, отдыхать и гулять. Короче, весь образъ жизни больнаго долженъ быть урегулированъ.

Не надо давать слишкомъ много лекарствъ, а людямъ интеллигентнымъ только въ неизбѣжныхъ случаяхъ. Когда нужно добиться двоякаго фармакологическаго воздѣйствія лучше всего комбинировать лекарство съ какими-нибудь до-



машини средствами, напр. горечь или бромистый кали съ успокаивающимъ настоемъ; или давать лекарство до ѣды, а, какъ домашнее средство, двууглекислый натръ послѣ ѣды. Вообще, по возможности, слѣдуетъ избѣгать обременять больного терапевтическими мѣропріятіями, когда больной не можетъ оставить своихъ привычныхъ занятій. Не слѣдуетъ также совершенно запрещать пива, вина, табаку, кофе и другихъ вкусовыхъ веществъ. Напротивъ, необходимо дѣлать очень строгія предписанія въ тѣхъ случаяхъ, когда хотятъ дать покой больному органу, какъ напимѣръ, при болѣзняхъ вызванныхъ негигіеническимъ образомъ жизни, обжорствомъ и пьянствомъ, переутомленіемъ и т. п.

Прежде всего необходимо выяснитъ, можно ли вылечить данный случай не въ клинической обстановкѣ. Если есть сомнѣніе, то пробуютъ сначала амбулаторное леченіе, напр., при язвѣ, если больной не можетъ оставить своихъ занятій, хотя съ самаго начала желательно подвергнуть его постельному содержанію.

Нервнымъ, сильно истощеннымъ желудочнымъ больнымъ, причиной диспепсіи которыхъ является общее ослабленіе всего организма, рекомендуютъ, гдѣ это возможно, санаторное леченіе на 4—6 недѣль или перемѣну климата. Многіе желудочные больные скорѣе поправляются, когда они вырываются изъ обычныхъ условій жизни и переходятъ въ лучшія, гдѣ обезпечено правильное питаніе, покой и чистый воздухъ.

Большая часть желудочныхъ больныхъ — жертвы скверныхъ соціальныхъ условій: слишкомъ много работы, мало отдыха, скверное питаніе, скверное жилище и слишкомъ много заботъ о хлѣбѣ насущномъ! Въ привилегированныхъ классахъ наоборотъ слишкомъ много энервирующихъ удовольствій!

При органическихъ желудочно-кишечныхъ страданіяхъ нужно лечить не только пораженный органъ, но и одновременно всего больного человека. Если при органическихъ болѣзняхъ въ общемъ слѣдуетъ щадить больной органъ, назначая иногда голодную діету, въ рѣдкихъ случаяхъ даже полное воздержаніе отъ какихъ бы то ни было приемовъ пищи per os, то неврастеники требуютъ преимущественно укрѣпляющаго леченія. Часто приходится комбинировать оба эти метода, напр., назначая при желудочномъ или кишечномъ катаррѣ діету, сообразуются съ основнымъ заболѣваніемъ и



необходимостью добиться общаго укрѣпленія организма; другими словами, назначаютъ смѣшанную діету пригодную и для леченія гастрита и для укрѣпленія организма. Можно было бы увеличить число примѣровъ, но мы отсылаемъ читателя къ отдѣлу діететики.

Есть только одна хроническая болѣзнь, при которой сначала діета должна содержать меньше калорій, чѣмъ нужно для поддержанія вѣса тѣла больного. Это открытая язва желудка.

Если давать больному при постельномъ содержаніи по 35 — 40 калорій рго kilo вѣса, то вѣсъ его увеличивается. Легко запомнить, что 1 гр. жира въ среднемъ даетъ 9 калорій, 1 гр. бѣлка или углевода — 4 калоріи. Такъ какъ въ сливкахъ въ среднемъ 20% жира, значитъ въ 1 литрѣ 200 гр., то 1 литромъ сливокъ можно покрыть всѣ потребности слабого, лежащаго въ постели больного. Жиръ молока является основной частью большинства діетъ, за исключеніемъ діеты для леченія ожирѣнія.

Планъ леченія любого хроническаго заболѣванія желудочно-кишечнаго канала распадается на четыре части:

1. Діететика, 2. Леченіе минеральными водами, 3. медикаментозное и 4. физическое леченіе (массажъ, водолеченіе, промываніе желудка, электризація и т. д.)

## ОРГАНИЧЕСКІЯ ЗАБОЛѢВАНІЯ ЖЕЛУДКА.

### Острый и хроническій катарръ желудка.

Катарръ желудка такое заболѣваніе, которое ошибочно діагностируется чаще всего тамъ, гдѣ его совсѣмъ нѣтъ. Если нельзя точно опредѣлить болѣзнь, то лучше довольствоваться названіемъ „хроническая диспепсія“, что будетъ указывать на существованіе у больного какого-то разстройства пищеваренія. Только въ томъ случаѣ, можно говорить о хроническомъ гастритѣ, когда доказаны длительное разстройство секреціи желудочнаго сока и патолого-анатомическое измѣненіе слизистой оболочки. То же самое надо сказать и о диагностикѣ остраго гастрита, который часто смѣшивается съ острой диспепсией и рефлекторными желудочными заболѣваніями нервныхъ субъектовъ.



## Gastritis acuta.

**Этіологія.** Причинами остраго гастрита являются: переполненіе желудка тяжелой пищей, интоксикаціи химическими ядами, испорченными пищевыми веществами, какъ колбаса, паштеты, мясо, рыба и пр. и инфекціи. Инфекціонный острый гастритъ обычно называютъ гастрической лихорадкой. Возбудитель ея неизвѣстенъ. Къ ней же относится и гастритъ при молочницѣ, инфлуэнцѣ и т. п.

Одна изъ наиболѣе частыхъ причинъ остраго гастрита это переполненіе желудка лѣтомъ плодами или салатомъ изъ огурцовъ вмѣстѣ съ пивомъ, а зимою обильными обѣдами и ужинами. Такой гастритъ обычно сопровождается энтеритомъ, изрѣдка бываетъ запоръ. У маленькихъ дѣтей достаточно, конечно, болѣе легкой причины, чтобъ вызвать острое воспаленіе.

Излишне распространяться, что отравленіе металлическими или растительными ядами вызываетъ острый гастритъ, протекающій какъ *gastritis simplex*. Къ такимъ ядамъ принадлежатъ, помимо сулемы, кислотъ и щелочей, также нѣкоторыя лекарства, если ихъ даютъ въ очень большихъ дозахъ, какъ, напр., копейскій бальзамъ, *extractum filicis maris* и пр.

**Симптомы.** Какъ всегда, они бываютъ субъективными—общими и мѣстными и объективными—общими и мѣстными.

Въ анамнезѣ, какъ правило, отмѣчается погрѣшность въ ѣдѣ, послѣ которой болѣзнь очень скоро (отъ нѣсколькихъ часовъ до 1—2 дней) началась: тошнотой, наклонностью къ рвотѣ, рвотой и поносомъ, общей вялостью и дурнымъ самочувствіемъ, слабостью и потерей аппетита, порою судорогами и ознобомъ. Кромѣ того, болѣзнь выражается мѣстными симптомами: тяжестью подъ ложечкой, ощущеніемъ вздутія и полноты въ области эпигастрія, болями послѣ всякой ѣды, особенно твердой, а также, если говорить о кишечникѣ, коликообразными болями и поносами, „сердечной тоской“ (*Angina spuria*).

**Объективно:** больной имѣетъ блѣдный, иногда сѣровато-бѣлый цвѣтъ лица, выглядитъ похудѣвшимъ, часто лихорадитъ; порою *herpes labialis*; мѣстно сильная болѣзненность при давленіи въ области эпигастрія и нижней части живота, часто желтуха, увеличеніе селезенки и печени; количество желудочнаго сока при переполненіи обычно увеличено при интоксикаціяхъ и инфекціяхъ уменьшено или секретія вовсе отсутствуетъ, густой налетъ на языкѣ.



**Діагностика.** Распознаваніе въ общемъ нетрудно, если можно установить причину и если имѣются симптомы также со стороны кишечника; при дифференціальной діагностикѣ нужно имѣть въ виду цѣлый рядъ заболѣваній, проявляющихся иногда также симптомами остраго гастрита, какъ, напр., перитонитъ, аппендицитъ, ущемленная грыжа, ileus, lues cerebri, менингитъ, скарлатина и острая недостаточность желудка.

*Crises gastriques* при *tabes*'ѣ, рефлексорная рвота при беременности, истеріи и *retroflexio uteri* даютъ иногда поводъ къ ошибкамъ. Однако, если помнить о такой возможности, то при нѣкоторомъ вниманіи ошибки избѣжать легко.

Въ практическомъ отношеніи очень важно отличить острый гастритъ отъ острой диспепсіи, которая часто является у малокровныхъ и неврастениковъ началомъ хроническаго нервнаго желудочнаго страданія, какъ это будетъ видно ниже въ главѣ о нервныхъ болѣзняхъ желудка. Такая острая нервная диспепсія протекаетъ безъ лихорадки, *herpes'a* и поноса; въ анамнезѣ отсутствуетъ грубая погрѣшность въ діетѣ; болѣзнь проявляется только ощущеніемъ тяжести и полноты подъ ложечкой и отсутствіемъ аппетита.

При остромъ гастритѣ съ увеличенной секреціей большею частью бываетъ чувство жженія и кислая отрыжка, при гастритѣ съ пониженной секреціей этихъ симптомовъ не бываетъ; все же въ сомнительныхъ случаяхъ показано изслѣдованіе пробнымъ завтракомъ, тѣмъ болѣе, что оно можетъ быть совмѣщено и съ лечебнымъ промываніемъ желудка.

**Прогнозъ.** Острый гастритъ очень рѣдко оканчивается неблагополучно; развѣ только въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ является однимъ изъ признаковъ тяжелой инфекціи, какъ, напр., острой желтой атрофіи печени, болѣзни Вейля, или отравленія (мясомъ, колбасой и т. п.).

**Леченіе.** Прежде всего необходимо устранить причину и щадить больной органъ. Если врачъ призванъ свое временно, онъ долженъ или тщательно промыть желудокъ или дать рвотное, особенно дѣтямъ; обыкновенно даютъ общеизвѣстный рвотный камень съ рвотнымъ корнемъ въ слѣдующемъ видѣ:

Rp. Tart. Stib. 0,05.

Pulv. rad. Ipec. 1,0.

Div. in. p. aeq. № III.

D: S. Черезъ  $\frac{1}{4}$  часа по 1—2 порошка, до дѣйствія.



Дѣтямъ лучше всего давать *Vinum Stibiatum* по чайной ложечкѣ до дѣйствія.

Слабительныя я даю только въ тѣхъ случаяхъ, когда причина, вызвавшая болѣзнь, уже вышла изъ желудка, а высокая температура наряду съ запоромъ еще продолжаются. Лучше всего назначить касторовое масло, дѣтямъ каломель. Давать схематически слабительное въ каждомъ случаѣ остраго гастрическаго заболѣванія, я считаю неправильнымъ, такъ какъ это безъ нужды ослабляетъ больного. Если у больного незначительная лихорадка или ея совсѣмъ нѣтъ и въ то же время уже нѣсколько дней поносъ, то я также не даю слабительныхъ, предоставляя излеченіе силамъ природы.

Медикаментозное леченіе различно, смотря потому, имѣемъ ли мы дѣло съ *gastritis acuta acida* или *anacida*.

Что касается лекарства, то никогда не слѣдуетъ давать опія, такъ какъ онъ мѣшаетъ удаленію болѣзнетворной причины и вслѣдствіе этого затягиваетъ болѣзнь. Гораздо рациональнѣе при сильныхъ боляхъ белладонна или атропинъ. Вначалѣ, когда у больного имѣется главнымъ образомъ рвота и тошнота, я даю слѣдующую микстуру.

Rp. Extr. Bellad. 0,15.  
Emulsio oleosa ad 200,0.  
M. D. S. черезъ 2 ч. по стол. л.  
Кромѣ того послѣ ѣды щелочи.

Въ случаѣ же гастрита съ пониженной секреціей, другая микстура:

Rp. Ac. mur 1,0—1,5.  
Aq. menth. pip. 200,0.  
M. D. S. Черезъ 1 часъ по столовой ложкѣ.

Позже *Ac. mur. pur.* черезъ 2 часа по 6 капель въ лафитномъ стаканѣ тепловатой воды.

Эта микстура оказывала мнѣ наилучшія услуги; иногда я прибавляю къ ней 5,0 *tinc. Belladon.* или даю ее съ ментоломъ или валеріаной въ слѣдующемъ видѣ:

Rp. Tinct. Bellad.  
Spir. Menth aa 7,5.  
Tinct. val. Simpl. 15,0.  
M. D. S. 3—4 раза въ день по 30 капель въ кофейной чашкѣ отвара перечной мяты и валеріаны поровну.

Діететическое леченіе заключается въ голодной діетѣ; первые два дня не даютъ ничего, кромѣ отвара перечной мяты, простого чая съ коньякомъ и овсянаго отвара. Только съ прекращеніемъ тошноты и рвоты разрѣшаютъ



бульонъ, слизистые и мучнистые супы, чай со сливками; при поносахъ желудечное какао и глинтвейнъ (красное вино вскипяченное съ корицей и гвоздикой и немного разбавленное водой). По прекращеніи поноса можно разрѣшить твердую пищу, а именно рисовую размазну, овсянку, Semmel-супъ (тюрю изъ бѣлаго хлѣба), хорошее свѣжее масло, а еще позже варенаго голубя или курицу, телячьи мозги и, наконецъ, вполне твердыя блюда, какъ-то: нежирную телятину, рыбу (щуку, окуня, судака), филе и пр.

Когда появятся оформленные испражненія, то черезъ нѣсколько дней даютъ легкія овощи: шпинатъ, морковь, цвѣтную капусту, спаржу и стручки; только совсѣмъ на послѣдокъ позволяютъ картофель, хлѣбъ, простое мясо; но еще долго не разрѣшаютъ фруктовъ и кислаго.

Острые гастриты протекають очень хорошо при указанной діетѣ, но, если больной по прекращеніи первыхъ рѣзкихъ симптомовъ возвращается къ своей привычной ѣдѣ, то болѣзнь затягивается иногда на недѣли. Эта опасность особенно велика для пользующихся ресторанной кухней, такъ какъ при этихъ условіяхъ трудно достать діететической столъ. Къ счастью, теперь въ большинствѣ крупныхъ городовъ есть діететическіе рестораны.

### Gastritis chronica.

Общія замѣчанія. Въ то время, какъ раньше большая часть хроническихъ диспепсій относилась въ рубрику „хроническаго катарра желудка“, со времени основныхъ работъ Leube къ gastritis chronica причисляютъ только тѣ заболѣванія, при которыхъ обнаруживается анатомическое измѣненіе слизистой оболочки.

Всякое хроническое страданіе желудка, если по анамнезу его нельзя отнести ни къ язвѣ, ни къ раку, ни къ расширенію, сначала должно считаться хронической диспепсіей; дальнѣйшее же изслѣдованіе должно показать, является ли эта диспепсія катарральной или чисто функціональной.

Хроническій катарръ желудка относится къ тѣмъ заболѣваніямъ этого органа, которыя не могутъ быть точно діагностированы безъ изслѣдованія секретіи; субъективные симптомы слишкомъ разнообразны и слишкомъ схожи съ симптомами другихъ хроническихъ поражений желудка. Съ помощью анамнеза

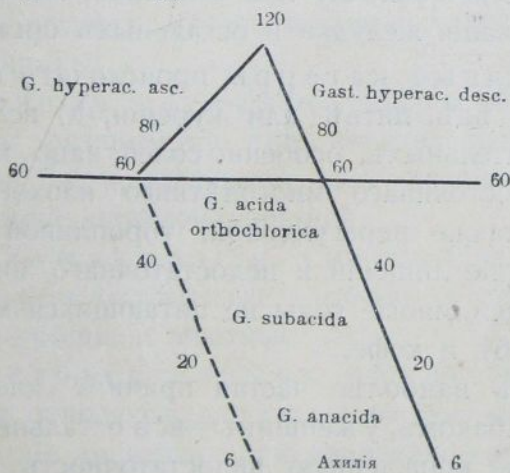


въ общемъ нельзя итти дальше предположительнаго діагноза. Кромѣ того, П. З. неизбеженъ для распознаванія отдѣльных формъ хроническихъ гастритовъ.

Анатомическія измѣненія при гастритахъ, какъ и при нефритахъ, касаются или самихъ железъ или интерстиціальной ткани слизистой оболочки. Мышечную оболочку процессъ захватываетъ только въ очень рѣдкихъ случаяхъ.

Въ настоящее время прочно установлено изслѣдованіями Jaworski'аго Boas'a Hayem'a и др., что на ряду съ обычными гастритами съ уменьшеніемъ или отсутствіемъ секреціи бываютъ случаи, протекающіе и съ повышеннымъ отдѣленіемъ желудочнаго сока; притомъ очень вѣроятно, что въ первой стадіи хроническаго гастрита всегда бываетъ повышенная дѣятельность железъ, но этотъ стадій очень рѣдко удается наблюдать, такъ какъ чаще всего онъ протекаетъ скрытно.

Клинически и практически различаютъ слѣдующіе виды гастритовъ <sup>1)</sup> (см. схему):



Фиг. 11.

Развитіе гастрита у гурмановъ, курильщиковъ и т. п.

„ „ „ женщинъ съ плохими зубами, лицъ, быстро жующихъ и алкоголиковъ.

- A. Gastritis acida и hyperacida (кислый катарръ желудка),
- B. Gastritis subacida,
- C. Gastritis anacida,
  1. Gastritis catarrhalis sive simplex,
  2. Gastritis interstitialis,
  3. Gastritis atrophicans,
- D. Стенозирующій гастритъ (Cirrhosis antri pylorici).

<sup>1)</sup> Патолого - анатомическое подраздѣленіе нѣсколько другое, вродѣ того, что при нефритѣ; Hayem предложилъ очень удобную схему.



Нельзя не указать на ошибочность стараго воззрѣнія, что при хроническомъ катаррѣ желудка дѣло часто доходитъ до застоя пищевой кашицы. Двигательная способность желудка при гастритѣ на дѣлѣ скорѣе повышена; это значитъ, что больной желудокъ переводитъ пищу въ кишки такъ же скоро или даже скорѣе, нежели здоровый; такъ какъ ему приходится вмѣстѣ съ пищевой кашицей выбрасывать еще и собственный секретъ. Только при стенозирующемъ гастритѣ дѣло доходитъ до задержекъ (см. ниже), но эта форма встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Итакъ, при гастритѣ страдаетъ только секреторная, но не двигательная способность.

Общее пониженіе питанія происходитъ тогда только, когда пониженъ аппетитъ, разстроена двигательная способность или заболѣваетъ кишечникъ.

Этіологія. Хроническій катаррѣ желудка происходитъ или первично вслѣдствіе прямого воздѣйствія вреднаго начала на слизистую оболочку или вторично, какъ проявленіе другого заболѣванія желудка и остальныхъ органовъ.

1. Первичные катарры происходятъ а) вслѣдствіе эксцессовъ въ ѣдѣ, питьѣ или куреніи, б) вслѣдствіе употребленія слабительныхъ, особенно солей, напр. карлсбадской, с) вслѣдствіе постоянного многолѣтняго плохого пережевыванія пищи, а также нерегулярной, торопливой ѣды, d) наконецъ, вслѣдствіе лишеній и недостаточнаго питанія, напр., у бѣдныхъ людей, многіе годы не питающихся мясомъ, а живущихъ на хлѣбѣ и кофе.

У мужчинъ наиболѣе частая причина—злоупотребленіе алкоголемъ и табакомъ, у женщинъ—всѣ остальные. Martius признаетъ также врожденную недостаточность желудочныхъ железъ.

Конечно, во многихъ случаяхъ не удастся установить причиннаго момента. Гдѣ возможно, этиологія должна быть ясно установлена, такъ какъ это необходимо для проведенія причинной терапіи.

Злоупотребленіе мясомъ, виномъ и куреніемъ табаку, употребленіе большого количества пряностей, перцаи соли вызываютъ обычно Gastritis hyperacida, такъ называемый кислый катаррѣ желудка, напротивъ излишнее употребленіе водки—gastritis sub- и anacida. Это извѣстное клиническое наблюденіе Kast недавно подтвердилъ экспериментально (Arch. f. Verdauungskr. Bd. XII, S. 487). Кромѣ того



g. ac. бываетъ преимущественно у ожирѣлыхъ лицъ, у женщинъ почти никогда.

Профессиональныя и лекарственныя отравленія, напр., глистогонными, салициловой кислотой, мышьякомъ и пр., могутъ вызывать какъ острые, такъ и хроническіе катарры.

При инфекціонныхъ заболѣваніяхъ часто развиваются гастриты съ хроническимъ теченіемъ.

2. Вторичные катарры появляются, какъ осложненіе, сопровождающее карциному самого желудка и злокачественныя заболѣванія другихъ органовъ (матки, легкихъ, кишекъ и пр.), коль скоро они привели къ общей кахексіи. По тѣмъ же основаніямъ при прогрессивной пернициозной анеміи развивается gastritis atrophicans. Я не могу согласиться съ тѣми авторами, которые считаютъ атрофію железъ причиною, а не слѣдствіемъ анеміи.

Вторичные катарры болѣе легкаго характера, встрѣчаются при застояхъ въ большемъ и маломъ кругу, а также въ области воротной вены, значить при хроническихъ болѣзняхъ сердца, легкихъ, печени и почекъ. Эти катарры обыкновенно анацидны.

Вторичный кислый катарръ желудка (gastritis hyperperptica) развивается при изъязвленіяхъ и стенозахъ пилорической части, вслѣдствіе раздраженія слизистой оболочки застойной пищевой кашицей.

Симптоматологія. Симптомы раздѣляются, какъ всегда, на субъективныя — общіе и мѣстные и объективныя — общіе и мѣстные.

1. Къ субъективнымъ симптомамъ общаго характера относятся: вялость, нерасположеніе къ работѣ, часто отсутствіе аппетита—или извращеніе вкуса; мѣстнаго: — тяжесть подъ ложечкой, особенно послѣ твердой пищи; послѣдній симптомъ характеренъ для всѣхъ формъ гастрита. Послѣ суповъ и другихъ жидкостей, за исключеніемъ холодныхъ напитковъ, тяжести подъ ложкой, обыкновенно, не бываетъ. Характерно для гастрита если она появляется послѣ мяса, черстваго хлѣба, капусты, сыра, крутыхъ яицъ, картофеля, копченаго мяса и пр.

Настоящая боль и рвота рѣдко появляется при анацидномъ хроническомъ гастритѣ. Только въ далеко зашедшихъ случаяхъ gastritis atrophicans послѣ большихъ погрѣшностей въ ѣдѣ появляются черезъ нѣсколько часовъ тянущія



боли и рвота. При стенозирующемъ гастритѣ, при которомъ существуетъ гипертрофическій стенозъ pylori, послѣ такихъ погрѣшностей; обыкновенно, появляется рвота и боль. Точно также задержки пищи бываютъ только при этой формѣ гастрита. При Gastritis hyperac. бываетъ изжога.

2. Объективные признаки. Что касается общаго состоянія, то среди больныхъ встрѣчаются какъ хорошо упитанные, такъ и худые субъекты. Это зависитъ отъ состоянія аппетита и субъективныхъ ощущеній больныхъ, т. е. упадокъ питанія происходитъ не отъ пониженія желудочнаго пищеваренія, а отъ уменьшенія воспріятія пищи, какъ было уже выше сказано.

Большинство пациентовъ анемичны, худы и со страдальческимъ выраженіемъ лица, но встрѣчается не мало и хорошо упитанныхъ больныхъ.

Какъ было уже сказано, двигательная способность желудка, (исслѣдованная пробнымъ ужиномъ), (стр. 39.) обычно совершенно нормальна; что же касается результатовъ пробнаго завтрака, то наблюдаются слѣдующія характерныя отклоненія отъ нормы:

При gastritis hyperacida О. К. повышена, въ среднемъ 80, но иногда доходитъ до 120. Но если О. К. нормальна, напр. 40—60, все же можетъ быть гастритъ, если на лицо характерныя страданія и этиологія (gastritis acida orthochlorica).

При gastritis subacida О. К. ниже 40, свободная соляная кислота еще есть, красная бумажка конго окрашивается въ синій цвѣтъ, химификація П. З. мало пострадала. И въ этомъ случаѣ діагностика ставится на основаніи совокупности симптомовъ.

При gastritis anacida совершенно отсутствуетъ свободная соляная кислота, бумажка конго не синѣетъ, О. К. 20 и ниже. Ферментовъ мало или они совсѣмъ отсутствуютъ, какъ было выяснено въ общей части.

Всѣ цифровыя данныя О. К. желудочнаго сока относятся къ пробному завтраку Boas-Evald'a, состоящему изъ 60—65 гр. сухого бѣлаго хлѣба и 400 куб. сант. воды. Такъ какъ въ бѣломъ хлѣбѣ всегда содержитсяъ приблизительно одно и то же количество бѣлковъ, то цифровое обозначеніе О. К., при которой проявляется свободная HCl, должно быть всегда приблизительно одно и то же. Въ общемъ свободная HCl появляется при О. К. 20 и выше.

Если не выдѣляется совсѣмъ желудочнаго сока, то налицо gastritis atrophicans; О. К. равна 5—8, при



gastritis interstitialis—10—16, при простомъ катаральномъ гастритѣ (catarrhus gastricus simplex) О. К. выше 16 вплоть до появленія свободной HCl. Соответственно уменьшены количества сычужнаго фермента и пепсина (см. общую часть).

Чѣмъ меньше желудочнаго сока примѣшано къ П. З., тѣмъ менѣе онъ на видъ химифицированъ. При полномъ отсутствіи желудочнаго секрета получается впечатлѣніе, что П. З. только разжеванъ и выплюнуть. Такое состояніе по Einhorn'у называется *Achylia gastrica* или по Strauss'у *Aperpsia* (см. приложение).

Содержаніе слизи въ П. З. для діагноза имѣеть большое значеніе, потому что это почти всегда указываетъ на одновременный фарингитъ.

Видъ языка при хроническихъ гастритахъ вполне зависитъ отъ аппетита, который иногда очень хорошъ. Чѣмъ меньше жуется больной, тѣмъ болѣе обложенъ языкъ, такъ какъ отсутствуетъ механическая очистка его.

Рвота слизью по утрамъ, такъ наз. *Vomitus matutinus*, какъ извѣстно, бываетъ очень часто при алкогольныхъ гастритахъ. Эта слизь, какъ показалъ Boas, зависитъ отъ одновременно существующаго фарингита и эзофагита. Обильно выдѣляемая глоткою слизь стекаетъ вмѣстѣ съ слюною въ пищеводъ во время сна пациента, и вызываетъ при пробужденіи больного щекотаніе въ горлѣ, приступъ кашля, тошноту и позывъ на рвоту и обычно при первыхъ же кашлевыхъ толчкахъ выдѣляется со рвотой. Только въ рѣдкихъ случаяхъ слизь при *Vomitus matutinus* происходитъ изъ самаго желудка.

Изъ остальныхъ объективныхъ симптомовъ нужно упомянуть еще о болѣзненности при надавливаніи въ области эпигастрія, которая распространяется диффузно и никогда не бываетъ такой строго ограниченной и интенсивной, какъ при язвѣ.

Прогностика и теченіе. Прогностика хроническихъ гастритовъ *quoad vitam* очень хороша, что же до прогностики *quoad restitutionem ad integrum*—она плоха. Въ большинствѣ случаевъ удастся излечить больного въ клиническомъ смыслѣ, т. е. настолько возстановить ихъ здоровье, что при рациональной діетѣ они могутъ жить, не испытывая никакихъ неприятныхъ ощущеній и вполне сохранять свои силы, но нельзя гарантировать отсутствія рецидива послѣ нарушенія



дієты. Такіє больніє въ теченіи всей своей дальнѣйшей жизни должны въ извѣстной степени „по одежкѣ протягивать ножки“. *Restitutio ad integrum* можно добиться только въ начальныхъ стадіяхъ процесса, слѣдовательно при *gastritis hyperacida*, *subacida* и *katarrhalis*, при которыхъ интерстиціальныя измѣненія невелики или совсѣмъ отсутствуютъ.

Долгіє годы гастритъ можетъ протекать совершенно безъ симптомовъ, но затѣмъ мало по малу болѣзнь обнаруживается. Позже и кишечникъ можетъ принять участіе въ заболѣваніи, такъ какъ вслѣдствіе многолѣтняго попаданія въ него изъ желудка ненормальной пищевой кашицы онъ понемногу раздражается; въ исключительныхъ же случаяхъ одна и та же причина вызываетъ одновременное заболѣваніе и желудка и кишечника (алкоголь и переполненіе). Отсюда и происходитъ то, что часто при хроническихъ катаррахъ желудка появляются хроническіє поносы, и больные порою на нихъ жалуются даже раньше, чѣмъ на желудочныя разстройства. Поэтому слѣдуетъ твердо помнить, что при хроническихъ поносахъ безусловно необходимо изслѣдовать желудочное содержимое даже и при отсутствіи жалобъ больного на непріятности послѣ ѣды. Питаніе больныхъ сильно страдаетъ при такихъ поносахъ, вообще же при катаррахъ желудка это наблюдается только при уменьшеніи аппетита.

Кромѣ того прогностика ухудшается еще и тѣмъ, что больные съ большимъ трудомъ отстаютъ отъ своихъ вредныхъ привычекъ и вопреки запрещенію врача продолжаютъ курить и пить, торопливо и нерегулярно ѣсть, а бѣдные паціенты предписаній врача не могутъ выполнять еще и по своему социальному положенію.

Лучшую основу прогностики *gastritidis anacidae* даетъ проба на сыжужный ферментъ (см. общую часть стр. 33). Если не обнаруживается его или его  $\frac{1}{10}$ , то появленія свободной  $\text{HCl}$  нечего ожидать; если же сычуга 40—80 единицъ, то секретія соляной кислоты можетъ возстановиться. Я неоднократно наблюдалъ подобные случаи при очень долговременномъ употребленіи водъ поваренной соли.

**Д і а г н о с т и к а.** Діагностика хроническаго гастрита легка, когда можно изслѣдовать больного посредствомъ пробнаго завтрака. Она всегда должна основываться на субъективныхъ и объективныхъ признакахъ болѣзни, но никогда только на одномъ изъ нихъ, такъ какъ иначе невозможно избѣжать ошибокъ.



Изъ субъективныхъ симптомовъ самый важный тяжесть подъ ложечкой, изъ объективныхъ измѣненія секрета, кромѣ того должны быть выяснены причины страданія.

Дифференціальная діагностика. Чаше всего гастриты смѣшиваются съ неврозами и функціональными расстройствами желудка (диспепсія). Въ общемъ при послѣднихъ тяжесть подъ ложечкой появляется послѣ всякаго приѣма пищи, даже и послѣ жидкостей, тогда какъ секретъ желудка нормаленъ; кромѣ того неврозы желудка встрѣчаются преимущественно при habitus enteroptoticus, тогда какъ гастриты при нормальномъ сложеніи (см. стр. 72). Различіе только тогда трудно, когда подъ вліяніемъ нервной системы уменьшено количество НСІ. Въ такомъ случаѣ діагнозъ облегчается точнымъ опредѣленіемъ желудочныхъ ферментовъ (сычужнаго и пепсина), которые при неврозахъ остаются въ нормальныхъ количествахъ; общее состояніе больного также помогаетъ распознаванію.

Гастритъ очень легко отличить отъ круглой язвы, такъ какъ при ней бываетъ не тяжесть подъ ложечкой, а боль, появляющаяся преимущественно черезъ 1—2 часа послѣ обѣда, а кислотность желудочнаго сока обычно увеличена. Различіе только тогда трудно, когда къ gastritis hyperacida присоединяются эрозіи или фиссуры выхода желудка.

Въ такихъ случаяхъ также появляются жгучія, тянущія боли въ области эпигастрія болѣе долгое время спустя послѣ обѣда. Но здѣсь уже дѣло идетъ не о чистомъ гастритѣ а о комбинаціи катарра съ эрозіей или язвой. Въ общемъ такія комбинаціи очень рѣдки и встрѣчаются только у сильныхъ курильщиковъ.

Гастриты очень легко отличить отъ дилатаціи желудка, такъ какъ при нихъ не встрѣчается застоевъ пищи.

Только стенозирующій гастритъ (cirrhosis pylori) является комбинаціей экстазіи и гастрита, воспалительный процессъ вызываетъ въ такомъ случаѣ гипертрофическій стенозъ пилорической части, вслѣдствіе чего происходитъ вторичная недостаточность и расширение.

Отъ начальной стадіи карциномы гастритъ часто нельзя отличить. Если ракъ не расположенъ въ пилорической или кардіальной части желудка, не вызываетъ никакихъ явленій стеноза и не прощупывается, то объективно не находятъ ничего, кромѣ Achilia gastrica, какъ при



доброкачественной атрофіи слизистой желудка; субъективные же симптомы обоихъ страданій одни и тѣ же. Только микроскопическое изслѣдованіе содержимаго желудка натошакъ часто даетъ въ сомнительныхъ случаяхъ опредѣленные указанія. Присутствіе большого количества гнойныхъ и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ говоритъ за ракъ. Кромѣ того по Schmidt'у (Вѣна) при ракѣ отсутствуетъ въ слюнѣ роданистый калий (красное окрашивание отъ прибавленія капли полуторо-хлористаго желѣза). О другихъ дифференціально-діагностическихъ отличіяхъ, доброкачественной и злокачественной ахилии см. въ главѣ о ракѣ желудка.

Отдѣльные формы хроническаго гастрита легко различаются по О. К. и пробамъ на ферменты (см. стр. 33 и сл.).

Леченіе хроническаго гастрита распадается на леченіе: 1. гигиеническое, 2. діететическое, 3. лекарственное, 4. механическое и 5. бальнеологическое.

1. Гигіена. Само собою понятно, что съ самаго начала леченія изъ образа жизни больного должны быть устранены всѣ тѣ моменты, которые вызвали заболѣваніе. Особенно при gastritis alcoholica (hyperacida и anacida) должны быть сильно ограничены питье и куреніе, если возможно, даже совсѣмъ запрещены на нѣкоторое время.

При гастритахъ, причина которыхъ заключается въ недостаточномъ разжевываніи пищи вслѣдствіе испорченныхъ зубовъ, должно быть обращено вниманіе на леченіе зубовъ. Точно также должна быть строго запрещена торопливая ѣда. Область эпигастрія не должна быть стѣснена одеждою. При злоупотребленіи слабительными солями, необходимо попытаться достигъ опорожненія кишечника урегулированіемъ діеты или механическими мѣропріятіями.

2. Діететика. Діететическое леченіе всѣхъ формъ хроническаго гастрита почти одно и то же, только при gastritis hyperacida оно представляетъ нѣкоторыя отклоненія, о которыхъ рѣчь будетъ особо. Въ принципѣ оно основано на береженіи воспаленнаго органа и на приспособленіи къ измѣненной функціи слизистой желудка; поэтому пища должна быть по преимуществу не слишкомъ твердая или кашицеобразная; всякихъ плотныхъ пищевыхъ веществъ нужно избѣгать.

А. Діета при gastritis sub-и anacida. Запрещаются: жесткій хлѣбъ, пумперникель и черный хлѣбъ, всѣ сорта капусты, за исключеніемъ цвѣтной, картофель, сы-



рые плоды, кислые и содержащіе косточки компоты, огурцы, стручковые овощи, каштаны; изъ молочныхъ продуктовъ: плотный сыръ и сметана; изъ мясныхъ: копченое мясо, сало, гусь, утка, жирная баранина и свинина, копченая рыба, какъ то копченая сельди и лососина; далѣе, крутыя яйца, майонезы и всѣ жиры за исключеніемъ масла.

Разрѣшаются: а) супы всѣхъ сортовъ и консистенцій, такъ супы: съ приправами изъ яицъ, муки, лапши, макаронъ, мягкихъ овощей, а также слизистые супы, мучные и молочные.

б) Всякія размазни и каши: изъ муки, риса, манной крупы, саго, пшена, гречневой крупы, тапіока, ржаной крупы, овсянка на водѣ или молокѣ; пюре изъ картофеля, шпината, моркови, стручковъ, спаржи, цвѣтной капусты, также брюссельской капусты, сладкіе компоты, яблочный мусъ и мусъ изъ сливъ, земляники и малины, фруктовыя желе, но не изъ смородины или крыжовника.

с) бѣлый хлѣбъ, toast (поджаренный бѣлый хлѣбъ), кэксы, сухари, *force* (поджаренная пшеничная мука), въ легкихъ случаяхъ англійское печенье.

д) молоко, сливки, масло.

е) курица, голубь, вареные или жареные на маслѣ, телятина, вареная или слегка поджаренная, телячьи мозги, сладкое мясо, нежирная говядина и баранина, жареная просто или на рашперѣ, въ тяжелыхъ случаяхъ (*gastritis atrophicans*) только мясо безъ сухожилій и не жирная рыба: щука, окунь, судакъ, камбала, линь, треска, также козуля, фазанъ, сѣрая куропатка, но не заяць, олень или другая шпигованная дичь.

ф) изъ вкусовыхъ веществъ: чай, немного кофе, разведенное вино, минеральная вода чистая или съ прибавленіемъ фруктовыхъ сироповъ, солодовое кофе, какао и шоколадъ, икра, анчоусы, и пряности (корица, лимоны, апельсины).

г) изъ искусственныхъ питательныхъ препаратовъ (въ богатой практикѣ) пуро, санатогенъ, соматоза, мясное желе, мясной сокъ, студень изъ телячьихъ ножекъ и проч.

При назначеніи діеты нужно принимать во вниманіе конституцію больного и особенно сопутствующія заболѣванія кишечника, напр. при запорѣ слѣдуетъ предпочитать пюре изъ овощей и фруктовъ, фруктовыя соки и кефиръ, при поносахъ или склонности къ нимъ нужно, наоборотъ, избѣгать



всякихъ блюдъ, возбуждающихъ перистальтику и давать вяжущія, какъ какао, красное вино, черничное вино и пр.

Спеціальныя діететическія расписанія приведены въ приложеніи.—Очень часто приходится комбинировать діету для гастритиковъ съ діетой противъ поносовъ или запоровъ, а порою съ общей укрѣпляющею діетой.

В. Діета при *gastritis hyperacida*. Эта діета отличается отъ діеты при *gastritis chronica communis* тѣмъ, что при ней запрещаются всякія жирныя, пряныя и сильно раздражающія кушанья, куреніе, холодныя напитки (пиво, шампанское, бѣлое вино) и крѣпкій кофе, сладости и обильныя яства, особенно это слѣдуетъ запрещать пациентамъ, получившимъ кислый катарръ вслѣдствіе эксцессовъ въ ѣдѣ. Компоты не должны быть сладкими. Всѣ соленыя блюда строго запрещены, даже соленое масло. Рекомендуются напротивъ теплыя напитки, а спеціально противъ изжоги горячее молоко, теплое Vichy и т. д.

Остальные способы леченія отдѣльныхъ формъ хроническаго гастрита должны быть по практическимъ соображеніямъ изложены для каждой отдѣльно.

1. (*Gastritis hyperacida* (кислый катарръ желудка, *gastrite hyperperitique*).

3. Лекарственное леченіе. Назначаютъ: а) Препараты белладонны для пониженія секреціи, б) *antacida* симптоматически для уменьшенія кислотности послѣ ѣды, с) масляныя эмульсіи передъ ѣдой.

Белладонну даютъ въ экстрактѣ, тинктурѣ или въ формѣ атропина (капли или таблетки) или эймидринна.

*Antacida* назначаютъ на слѣдующихъ основаніяхъ: 1) при нормальномъ стулѣ соли натрія, *Na bic.*, *Na citric.*, *Na phosphor.*, 2) при запорѣ соли магnezіи: *Mg usta*, *Mg carb.*, *Mg ammonio-phosphorica*, 3) при поносахъ соли кальція: *Ca carb*, или *phosphoric.* съ *Bism. carbonicum*.

Обыкновенно я назначаю:

1. Rp. Tinct. Bell. 5,0

(или Extr. Bell. 0, 2)

Emulsio oleosa ad 300,0

M. D. S. Черезъ 3 часа по

1 стол. ложкѣ за  $\frac{1}{4}$  часа до

ѣды.

2. Rp. Extr. Bell. 0,2—0,3

Natr. bic.

Magn. ust. a a 20,0

M. D. S. 2—3 раза въ день по

1 стол. ложкѣ черезъ 1—3 часа

послѣ ѣды при схваткахъ и жженіи подъ ложечкой.



3. Rp. Sol. Eumydrini 0,015/15,0

M. D. S. 3 раза въ день 15—20  
капель передь самой ѣдой.

4. Rp. N. phosphor. sicc.

N. Sulphur. sicc. aa 10,0

N. bic. puris. 40,0

M.D.S. 3 раза въ день по  $\frac{1}{2}$ —1  
чайн. л. въ стаканѣ горячей воды  
черезъ 1 часъ послѣ ѣды.

5. Rp. Bism. carbon. 5,0

Calc. carbon. 45,0.

M. D. S. 3 раза въ день по  
 $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ послѣ ѣды  
(при поносахъ).

Послѣдніе годы я примѣняю съ большимъ успѣхомъ за  $\frac{1}{2}$  часа до ѣды миндальную эмульсію съ 5 каплями tinct. Bellad. раза 3 въ день: 1—2 чайныхъ ложки Olei amygdal. dulc. смѣшиваютъ съ 1 яичнымъ желткомъ и разбавляютъ 100 куб. сант. горячей воды; первую недѣлю принимаютъ 3 раза въ день, вторую недѣлю 2 раза, а третью только утромъ натощакъ.

Если при gastritis acida появляется не только чувство тяжести въ подлож. области 2—3 часа спустя послѣ ѣды, но и очень болѣзненное жженіе, то нужно подумать объ осложненіи катарра эрозіями; если боли схваткообразныя, то мѣстоположеніе эрозій весьма вѣроятно у pylorus. Въ такихъ случаяхъ назначаютъ комбинацію белладоны съ antacida (см., выше); кромѣ того бываютъ полезны слѣдующія средства:

Bergmann'овскія или

Belloc'овскія

таблетки для жеванія.

S. 1—3 штуки послѣ ѣды.

Rp. Extr. Bellad. 0,15

Bism. subnitr. 15,0.

M.D.S. 3 раза въ день на кончикѣ  
ножа послѣ ѣды.

Таблетки должны быть по возможности тщательно разжеваны во рту; при этомъ нужно стараться какъ можно больше проглотить слюны ради того, чтобъ нейтрализовать ея слишкомъ кислый желудочный сокъ. Таблетки Bergmann'a дѣйствуютъ почти только механически, возбуждая отдѣленіе слюны, а—Belloc'овскія содержатъ белладонну, уголь и магнезію.

Извѣстный „желудочный порошокъ“ Varella дѣйствуетъ точно такъ же.

Жеваніе корки хлѣба въ теченіе часа послѣ ѣды дѣйствуетъ также болеутоляюще благодаря усиленію саливаціи, горячіе же напитки облегчаютъ боль путемъ разбавленія желудочнаго сока.

Нужно помнить, что болеутоляющія средства нужно принимать за  $\frac{1}{2}$  часа до обычнаго начала приступа болей, т.-е. приблизительно черезъ 1—2 часа послѣ ѣды, препараты белладонны по возможности передь ѣдой.



Rosenheim и Ehrmann съ недавняго времени рекомендуютъ Neutralon (силикатъ алюминія) противъ болѣзненныхъ симптомовъ излишней кислотности при gastritis acida или ulcus; они даютъ его по нѣсколько разъ въ день по  $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ за  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа передъ ѣдой, также съ Extr. Belladonae.

Magnesium-Perhydrol (Merk) въ таблеткахъ по 0,5 три раза въ день послѣ ѣды употребляется противъ симптомовъ броженія при кислотномъ катаррѣ желудка. Онъ дѣйствуетъ выдѣленіемъ свободнаго кислорода, почему въ тѣхъ же случаяхъ показанъ 1% растворъ  $H_2O_2$ .

4. Механическое леченіе. Вообще говоря леченіе gastritis acida промываніями желудка излишне, такъ какъ при немъ не бываетъ застоевъ пищевой кашицы. Однако, орошенія слизистой оболочки желудка растворами ляписа (1:1000) оказываются благотворными при осложненіи кислаго гастрита эрозіями (чувство жженія въ желудкѣ). Можно дѣлать также промыванія растворами Natri bicarbonici или карлсбадской соли.

Послѣднее время Bourget рекомендуетъ въ упорныхъ случаяхъ промыванія 1% растворомъ Liq. ferri sesquichl. Вливаютъ 100 куб. с. этого раствора и промываютъ затѣмъ теплой водой.

Въ настоящее время, уже устарѣлъ тотъ взглядъ, что при всякомъ хроническомъ катаррѣ желудка слизистая оболочка непременно должна быть механически освобождена отъ приставшей къ ней слизи.

При эрозіяхъ можно рекомендовать обертыванія по Priessnitz'у и грязевыя припарки.

5. Бальнеологическое леченіе. При крѣпкомъ сложении пациента назначаютъ Karlsbad или Neuenahr, при слабомъ Vichy. Изъ русскихъ водъ—Боржомъ, Эссентуки, всегда горячими около  $35^{\circ}$ — $40^{\circ}$  R. Воды лучше всего дѣйствуютъ при употребленіи непосредственно у самыхъ источниковъ. При домашнемъ леченіи минеральныя воды даются всегда соотвѣтственно пододрѣтыми; бѣднымъ больнымъ даютъ или натуральную минеральную соль или искусственныя соли Sandow'a, къ каждой бутылкѣ которыхъ всегда прилагается мѣрка. Воды даютъ въ день по 3—4 стакана емкостію въ 200 гр., передъ ѣдой, утромъ 1—2 стакана, среди дня и вечеромъ по 1 стакану, въ теченіи 6—8 недѣль подъ рядъ.

Леченіе минеральными водами показано большей частью,



какъ заключительное лечение (Nachkur) послѣ того, какъ медикаментознымъ и діететическимъ леченіемъ устранены главныя разстройства.

II. Gastritis chr. communis (sub—и anacida). Гигиено-діететическое лечение уже изложено, схему діететики см. въ приложеніи

3. Лекарственное лечение. При этой формѣ гастрита настоящихъ болей почти никогда не бываетъ, развѣ лишь послѣ сильныхъ погрѣшностей въ діетѣ, поэтому narcotica излишни, также и antacida, такъ какъ здѣсь нѣтъ излишней кислотности. Напротивъ, горечи получаютъ здѣсь широкое примѣненіе (см. выше), такъ какъ аппетитъ при этой формѣ обычно плохъ.

Въ большомъ количествѣ употребляется HCl, чистая или въ соединеніи съ горькими и въ тѣмъ большемъ количествѣ, чѣмъ рѣзче выраженъ атрофическій процессъ слизистой оболочки. Обычно назначаютъ:

1. Rp. Acid. mur. off. 30,0

D. S. 3 раза въ день по 8—10 капель въ рюмкѣ воды тотчасъ послѣ ѣды (въ тяжелыхъ случаяхъ черезъ 1/2 часа послѣ ѣды повторить 8 капель, и даже въ третій разъ—при полной атрофій съ энтероколитомъ.

2. Rp. Acid. mur. dil. 2,0

Tinct. Gent.

(Rhei etc.) 30,0

M. D. S. 3 раза въ день по 1/2 чайной ложки.

3. Rp. Acid. mur. off.

Pepsini german.

Sir. Cort. aur. a a 10,0

Ag. destil. ad. 120,0

M. D. S. По 1 чайной ложкѣ послѣ каждой ѣды въ стаканчикѣ воды.

Изъ горькихъ средствъ даютъ еще Decoctum Condurango столовыми ложками, Extr. fluid. Condur. чайными ложками, далѣе Tinct. rhei vinosa или aquosa, T. amara, T. calami, T. chin. composita чайными ложками, Extr. chin. Nanning 3 раза въ день по 20 капель. Всѣ эти горечи даются при пониженномъ аппетитѣ, въ комбинаціи съ HCl такъ, чтобы pro dosi приходилось 6—8 капель Acidi mur. off.—Можно давать всѣ эти настойки подъ видомъ вина ликерными рюмками, какъ напр., вино кондуранго, хинное, St. Raphael и т. д. Но нужно не упускать изъ виду, что основное показаніе для всѣхъ горечей—функциональныя заболѣванія желудка.



Въ состоятельной практикѣ приходится также прибѣгать, особенно при *gastritis atrophicans*, къ папаину (въ таблеткахъ по 0,3—0,5) панкреатину (на кончикѣ ножа) и съ недавняго времени къ панкреону, тоже въ таблеткахъ по  $\frac{1}{2}$  гр. или въ порошокъ въ смѣси съ Na. bic. на кончикѣ ножа, также къ таблеткамъ *acidol-pepsin'a*, рекомендуемымъ Flatow'овымъ).

При назначеніи лекарствъ нужно обращать вниманіе на кишечникъ, такъ какъ часто одновременно существуетъ діаррея или склонность къ ней, рѣже запоръ. Подробности см. въ главѣ о кишечномъ катаррѣ.

4. Механическое леченіе. Промыванія и орошенія слизистой желудка физиологическимъ растворомъ поваренной соли полезны, но можно обойтись и безъ нихъ. Безусловныхъ показаній на необходимость промываній равно и электризаціи не бываетъ, такъ какъ двигательная способность почти всегда нормальна.

3. Бальнеологическое леченіе. Показаны источники поваренной соли Kissingen (Rakoczy), Wiesbaden (Kochbrunnen) и Homburg (Elisabethquelle), Baden-Baden, Ems и пр. Гдѣ возможно посылають больныхъ на источники, дома минеральную воду пьютъ подогрѣтой, въ бѣдной же практикѣ въ видѣ искусственныхъ солей (Sandow'a). Если есть запоръ, то даютъ воду только слегка подогрѣтою, при склонности къ поносу, напротивъ, какъ можно горячѣе, и малыми порціями.

### III. Стенозирующій гастритъ (B o s s .

Эта форма гастрита чрезвычайно рѣдко наблюдается, она происходитъ вслѣдствіе гипертрофіи мускулатуры пилорической части желудка, возникающей компенсаторно вслѣдствіе усиленныхъ требованій, предъявляемыхъ къ органу при *Gastritis atrophicans* или вслѣдствіе воспалительнаго набуханія пилорической части. Ясно, что для передвиженія нехимифицированной пищевой кашицы желудку нужно больше усилий, чѣмъ для выбрасыванія разжиженной.

Гипертрофія пилорической части часто принимается за опухоль. Такъ какъ вслѣдствіе гипертрофическаго стеноза происходитъ застой пищи съ послѣдовательнымъ молочнокислымъ броженіемъ, то эти случаи можно отличить отъ рака пилорической части только послѣ долгаго наблюденія. (Подробности изложены въ главѣ о микроскопіи желудочнаго содержимаго).





Гигиено - дієтическое лечение, и механическое (промывание), здѣсь тѣ же, что и при стенозѣ пилорической части, къ главѣ о которомъ мы отсылаемъ читателя. Нужно лишь замѣтить, что при стенозирующемъ гастритѣ происходитъ полная атрофія желѣзъ желудка, поэтому мясо можно давать только въ видѣ пюре, чего при другихъ доброкачественныхъ формахъ стенозовъ рудогі, дѣлать не нужно, такъ какъ желудочный сокъ способенъ пептонизировать мясо. Строго запрещаются всѣ твердыя, грубыя блюда, короче говоря, все не жидкое или кашицеобразное.

Изъ механически дѣйствующихъ средствъ примѣняютъ масло (прованское) и миндальное молоко (см. ниже главу о круглой язвѣ), изъ медикаментовъ HCl, пепсинъ и горечи.

Бальнеологическое лечение противупоказано, во избѣжаніе обремененія расширеннаго органа.

Въ общемъ терапия стенозирующаго гастрита идентична съ терапіей рака желудка. При очень тяжелыхъ формахъ, когда гипертрофія пилорической части привела уже къ высокой степени стеноза, приходится примѣнять оперативное лечение (*Gastroenterostomia*).

#### IV. Вторичный гастритъ.

Терапія при этой формѣ гастрита естественно зависитъ отъ основного заболѣванія: напр. *Digitalis* при болѣзняхъ сердца и т. п. Если же основное заболѣваніе неизлечимо, нужно лечить гастритъ симптоматически, какъ и всякій другой катарръ желудка. Особенное вниманіе при застойныхъ гастритахъ обращаютъ на діурезъ и регулярное опорожненіе кишечника; очень часто такимъ путемъ удается устранить желудочныя разстройства.

#### Добавленіе. *Achylia gastrica*.

*Einhorn*, создавшій это названіе, *Martius* и др. принимаютъ на ряду съ ахиліей на анатомической основѣ (*gastritis interstitialis* и *parenchymatosa*) еще ахилію нервно-функциональнаго происхожденія. Это представленіе не имѣетъ никакихъ основаній и новѣйшими изслѣдователями (*Knud Faber* и *Bloch*) почти вовсе отвергается. На практикѣ поэтому слѣдуетъ принимать всякую ахилію за *gastritis atrophicans*. Существуетъ ли врожденная ахилія, какъ выраженіе аномалии секреціи, какъ думаютъ нѣкоторые, мы еще не знаемъ.



## Казуистика.

## I. Gastritis acida.

Franz A., 25 лѣтъ, городской, поступилъ 8/xi 1902. 4 мѣсяца тому назадъ, началась сильная изжога, особенно черезъ  $1\frac{1}{2}$  часа послѣ ѣды, затѣмъ чувство тяжести и жжения въ желудкѣ, особенно послѣ жирной пищи.— Очень жирный, крѣпкій пациентъ, О. К. П. З. 114. — По утрамъ 1 чайную ложку карлсбадской соли (Sprudel), два раза въ день черезъ часъ послѣ ѣды по 1 чайной ложкѣ: Rp. Extr. Bellad. 0,25, Magn. ust., Na bic. aa 25,0 въ продолженіе 2—3 недѣль. При такой терапіи страданія исчезли; запрещено курить и пить, здоровъ; черезъ 10 мѣсяцевъ О. К. 70.

Carl V., 29 лѣтъ, рабочій, поступилъ 31/xi. 1902.— $1\frac{1}{2}$ —2 лѣтъ держится ощущение тяжести подъ ложечкой, особенно послѣ тяжелой пищи (пирогі, картофель, черный хлѣбъ, капуста и пиво), напротивъ послѣ болѣе легкой пищи и теплыхъ напитковъ никакихъ ощущений нѣтъ. Иногда тяжесть бываетъ такъ сильна, что больной искусственно вызываетъ рвоту. Аппетитъ хороший, стулъ твердый. Въ анамнезѣ эксцессы въ ѣдѣ, питьѣ (10—12 кружекъ пива) и куреніи.—Органы безъ измѣненій—О. К. П. З.—108.— Карлсбадская соль, Белладонна, Tinct. Valerian., легкая діета.—Черезъ 10 дней самочувствіе значительно лучше, О. К. 80. Черезъ мѣсяць тяжесть подъ ложечкой совершенно прошла. — Черезъ три мѣсяца явился совершенно здоровымъ.

## II. Gastritis subacida.

Carl. J., 54 лѣтъ, столяръ поступилъ 14/x 1902. Въ теченіи  $1\frac{1}{2}$  лѣтъ тяжесть подъ ложечкой, передъ тѣмъ частыя рвоты по утрамъ слизью. Наклонность къ поносамъ. Abusus spirit. Больной худъ, органы безъ измѣненій. О. К. П. З. 24, слабая реакція конго.—Rakoczy, HCl, діета изъ пюре.—Улучшеніе.

Emilie H., 48 лѣтъ, жена рабочаго, поступила 1/iv 1903. Въ теченіе 20 лѣтъ страдаетъ желудкомъ; тяжесть подъ ложечкой послѣ тяжелой пищи и погрѣшностей въ діетѣ (жесткое мясо, хлѣбъ, картофель, сыръ) черезъ  $1\frac{1}{2}$ —2 часа послѣ ѣды колики, сопровождающіяся поносомъ. Постоянно склонность къ поносу. Зубы плохи. Много лишеній и нерегулярное плохое питаніе.— О. К. П. З. 34.—Rakoczy, Belladonna (противъ коликъ), діета изъ укрѣпляющихъ пюре.—Временное улучшеніе, тяжесть нѣсколько легче, но послѣ погрѣшностей въ ѣдѣ тотчасъ поносъ и вздутіе живота.

## III. Gastritis anacida.

## 1. Gastritis catarrhalis.

Friedrich B., 34 лѣтъ, портной.—Въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ чувство тяжести подъ ложечкой послѣ твердой пищи, уже много лѣтъ склонность къ поносамъ, 2 недѣли назадъ ухудшеніе болѣзни послѣ погрѣшности въ ѣдѣ (смородина). Аппетитъ плохой, любитъ очень пряную пищу. Худъ, блѣденъ, катарръ правой верхушки, большая кривизна на уровнѣ пупка.—П. З. плохо переварень, О. К. 20.—Kissingen, діета кашицеобразная, HCl.—Черезъ 5 недѣль чувство тяжести почти прошло, пациентъ выписался съ улучшеніемъ.

Hermann, B., желѣзнодорожный рабочій — около года тому назадъ послѣ несчастнаго случая появилось рѣзкое чувство тяжести подъ ложечкой, отсутствіе аппетита, исхуданіе и запоръ.—Potus въ анамнезѣ. О. К. П. З. 20;



при разведеніи пробы на сычугъ въ  $\frac{1}{80}$ —плотный сгустокъ, въ  $\frac{1}{60}$ —нѣжные хлопья. Сила пепсинаго перевариванія 50%.—Леченіемъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ Kissingen'омъ, масломъ, кашицеобразной діетой и HCl; вскорѣ выздоровленіе.

## 2. Gastritis interstitialis.

August M., 48 лѣтъ. Рабочій. Въ теченіи 3 лѣтъ тяжесть подъ ложечкой послѣ ѣды, особенно послѣ твердой пищи (бобы, горохъ, капуста, сыръ, говядина и т. д.), супы переноситъ хорошо; иногда поносъ, аппетитъ плохой, Potus въ прошломъ.—Коренастый, крѣпкаго сложенія, анемичный. Ulcera ad anam; большая кривизна  $\frac{3-4}{\Pi}$ , исхуданіе. О. К. П. З. 14, пробы на сычугъ  $\frac{1}{20}+$ , на пепсинъ 50%. Rakoczy, HCl, діета. Медленное улучшеніе.

Carl B., 38 лѣтъ, кучеръ. Въ теченіе 7 лѣтъ ощущеніе полноты подъ ложечкой; отсутствіе аппетита, рвоты никогда не было. Отрицаетъ Potus, ѣсть вслѣдствіе своей профессіи всегда очень торопливо и нерегулярно. Стулъ часто жидкій—О. К. 15, пробы на сычугъ  $\frac{1}{40}+$ . Никакого улучшенія О. К. пала постепенно до S, ergo переходъ въ Atrophia glandularis.

## 3. Gastritis atrophicans.

Dr. H., америк. врачъ. Въ теченіе многихъ лѣтъ торопливая нерегулярная ѣда; часто прибѣгаетъ къ слабительнымъ, всегда ощущаетъ тяжесть въ желудкѣ послѣ ѣды.—П. З. вполне ахиличенъ О. К. 6., отсутствіе сычужнаго фермента и пепсина.—Послѣ леченія въ санаторіи покоемъ, панкреономъ, и соотвѣтствующей діетой субъективное улучшеніе. Ахилия осталась

Therese B., 67 лѣтъ, вдова. 2 года тяжесть подъ ложечкой послѣ плотной пищи, послѣ супа никакихъ ощущеній, склонность къ поносамъ особенно послѣ простуды.—Многіе годы жуется плохо вслѣдствіе отсутствія зубовъ.—О. К. П. З. 8. Слѣды сычуга и пепсина.—Kissingen, HCl, діета—Скорое субъективное клиническое выздоровленіе.

Selma St., 40 лѣтъ, швея.—8 лѣтъ страдаетъ желудкомъ, часто рвота, но не регулярно и не въ зависимости отъ ѣды. Стулъ правильный. Аппетитъ хорошій. Непосредственно послѣ приема пищи никакихъ болѣзненныхъ ощущеній. При менструаціяхъ рвота сильнѣе. Долгіе годы пациентка терпитъ лишения и живетъ преимущественно на кофе, хлѣбѣ и салѣ. Очень блѣдна, исхудала. Органы безъ измѣненій. П. З. совершенно ахиличенъ, О. К. 8, нѣтъ ни сычуга, ни пепсина.—Rakoczy, HCl, кашицеобразная діета.—Черезъ 10 дней состояніе хорошее, одинъ разъ во время менструацій рвота неприятной на вкусъ жидкостью, Черезъ 20 дней выписана съ прибавкой вѣса, субъективныя явленія прошли.

## Ulcus ventriculi (вкл. ulcus duodeni).

Клинико-анатомическія замѣчанія. Язва желудка происходитъ вслѣдствіе потери вещества слизистой оболочки желудка, величина ея варьируетъ отъ булавочной головки до ладони. Обычно она располагается на малой кривизнѣ въ antrum pyloricum или въ pylorus, рѣже въ дру-



гихъ мѣстахъ. *Ulcera*, называемыя по ихъ этиологіи *ulcera peptica*, могутъ появляться и внѣ желудка. у *cardia* или въ *duodenum*. Потери вещества слизистой бываютъ различны не только по величинѣ, но и по качеству. Такъ встрѣчаются эрозіи въ *pars pylorica*, сходныя съ эрозіями на губахъ, носу, слизистой рта и прямой кишки, вызывающія часто тѣ же клиническія явленія, что и настоящія *ulcera*. Далѣе различаютъ простыя изъязвленія, какъ это бываетъ при хлорозѣ, т. н. *ulcus simplex* безъ утолщенныхъ краевъ и застарѣлыя язвы съ утолщенными мозолистыми краями и перигастритомъ. Иногда встрѣчается одновременно нѣсколько язвъ.

Этиологія очень разнообразна и часто трудно опредѣлима, несмотря на всю желательность этого для терапіи. Кромѣ инфекціонныхъ болѣзней, какъ туберкулезъ и сифились, существуютъ два большихъ этиологическихъ фактора, которымъ свойственна одна общая черта разстройства кровообращенія; это съ одной стороны хлорозъ и менструальныя разстройства при установленіи (*menarche*) и прекращеніи (*klimakterium*) мѣсячныхъ, съ другой стороны внѣшнія и внутреннія механическія вліянія. Кромѣ того у мужчинъ этиологическими моментами могутъ быть кислый катарръ желудка и сифились.

• По мнѣнію *Rosenheim'a* „первымъ толчкомъ къ образованію язвъ является главнымъ образомъ разстройство мѣстнаго кровообращенія, понижающее сопротивляемость желудочной стѣнки, переваривающей слизъ желудочнаго сока“. Я долженъ присоединиться къ мнѣнію *Rosenheim'a* въ томъ отношеніи, что онъ, въ противоположность другимъ авторамъ, не считаетъ для образованія язвы необходимымъ повышеніе кислотности желудочнаго сока, такъ какъ нормальный желудочный сокъ перевариваетъ маложизнеспособныя части слизистой желудка по меньшей мѣрѣ такъ же хорошо, какъ и гиперацидный.

Въ большинствѣ случаевъ язвы желудка можно довольно легко установить этиологію, т. е. рѣшить относится ли данная язва къ группѣ *ulcera chlorotica seu clymacterica* или къ группѣ *ulcera*, происшедшихъ отъ механическихъ причинъ или катарра. Изъ вышеизложеннаго легко



понять, почему *ulcus* у молодых людей наблюдается, преимущественно у женщин, а большая часть язв у мужчин появляется в пожилом возрастѣ и главнымъ образомъ у тѣхъ лицъ, которые злоупотребляютъ ѣдой, куреніемъ и спиртными напитками или занятія которыхъ связаны съ постояннымъ давленіемъ на подложечную область. Къ послѣднимъ относятся, напр., сапожники, корзинщики, слесаря, метельщики улицъ, каменщики, писцы, короче говоря тѣ, которые надавливаютъ на *epigastrium* тяжелыми предметами или подолгу сидятъ сгорбившись. Этимъ же объясняется вредное вліяніе корсетовъ и поясныхъ ремней.

Происхожденіе язвы вслѣдствіе химико-термическаго вліянія—объясненіе, котораго раньше придерживались очень многіе, въ особенности для объясненія этиологіи язв у кухарокъ, сравнительно рѣдко. Конечно, въ желудкѣ такъ же легко, какъ и въ пищеводѣ, могутъ образоваться язвы вслѣдствіе острой интоксикаціи прижигающими веществами, которыя могутъ затѣмъ протекать хронически.

Острыя травмы также играютъ нѣкоторую роль въ происхожденіи желудочныхъ язвъ. При рѣзкомъ воздѣйствіи внѣшней силы на подложечную область происходитъ или некрозъ слизистой вслѣдствіе придавливанія желудка къ позвоночнику или образуются гематомы и кровоподтеки въ подслизистой. Въ обоихъ случаяхъ желудочный сокъ перевариваетъ утратившую жизнеспособную часть слизистой оболочки. При неблагоприятныхъ же условіяхъ язва можетъ стать хронической и повести къ образованію рубцовъ и другихъ осложненій (даже раковъ), какъ и всякая другая язва.

\* Гиперхлоридрія, какъ таковая, язвы никогда не вызываетъ; напротивъ, часто она сама бываетъ слѣдствіемъ изъязвленія пилорической части, если оно вызываетъ застой пищи вслѣдствіе спазма *pylogi* и въ силу этого—раздраженіе желудочныхъ железъ. Но если слизистая желудка отъ какихъ либо иныхъ причинъ ослаблена, напр., вслѣдствіе воспалительнаго процесса при кислотномъ гастритѣ (см. главу о немъ), то одновременно съ гиперхлоридріей могутъ развиваться и эрозіи. При *hyperaciditas nervosa*, напр., никогда не появляются симптомы *ulcus*, хотя бы болѣзнь длилась десятки лѣтъ.

Во многихъ случаяхъ трудно различить, образовалась ли настоящая язва или только эрозіи (*resp. fissurae*). Воас говорить по этому поводу: „клинически нужно считать



доказаннымъ, что геморрагическія эрозіи могутъ вызывать тѣ же симптомы, что и язва (даже смертельныя кровотеченія). Поэтому лѣченіе въ сомнительныхъ случаяхъ всегда должно быть то же, что и при язвахъ.

### Симптоматологія.

Субъективные признаки. \* Больные жалуются на настоящія боли въ области эпигастрія судорожнаго, колющаго, жгущаго или сверлящаго характера; онѣ начинаются спереди и распространяются по обѣ стороны до крестца, кверху до грудины или до лѣваго плеча и почти никогда не бываютъ непосредственно послѣ проглатыванія пищи, но приблизительно  $\frac{1}{2}$ —1—3 часа послѣ ѣды. Этотъ симптомокомплексъ лучше по предложенію Vuch'a называть эпигастралгіей вмѣсто гастралгіи, чтобъ не предрѣшать ничего заранѣе. Въ одномъ и томъ же случаѣ приступъ боли появляется всегда въ одно и то же время, но у разныхъ больныхъ въ разное время, такъ напр., въ случаѣ x черезъ 1 часъ послѣ ѣды, въ случаѣ y черезъ 2—3 часа, въ случаѣ z черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды, когда желудокъ уже опорожнился и т. д.

Нѣтъ болѣе вѣрнаго признака *Ulceris ventriculi*, чѣмъ эта эпигастралгія черезъ нѣкоторое время послѣ ѣды. Даже желудочное кровотеченіе не настолько патогномично, такъ какъ оно можетъ появляться также при болѣзняхъ печени и застояхъ въ большомъ кругу.

\* Интенсивность боли всегда зависитъ отъ качества пищи, чѣмъ тверже она, тѣмъ интенсивнѣе боль. Въ легкихъ случаяхъ послѣ жидкихъ блюдъ не появляется никакой боли; напротивъ, бываетъ даже уменьшеніе боли послѣ питья, такъ какъ этимъ путемъ притупляется на нѣкоторое время разѣдающее дѣйствіе кислоты.

При язвѣ, сидящей у самаго выхода, боль появляется, обыкновенно, только спустя долгое время (2—3 часа) послѣ ѣды и часто сопровождается рвотой кислымъ желудочнымъ сокомъ, послѣ которой приступъ боли прекращается. Поэтому больные искусственно вызываютъ рвоту щекотаніемъ зѣва пальцемъ, чтобы получить облегченіе. Въ этихъ случаяхъ, вслѣдствіе анатомическаго поврежденія pylori на высотѣ пищеваенія появляется спазмъ привратника, какъ мы уви-



димъ это дальше. Этотъ приступъ боли, кончающійся рвотой кислой жидкостью, обычно появляется поздно послѣ обѣда между 6 и 7 часами и ночью отъ 1—3 ч., значить въ то время, когда желудокъ готовится освободиться отъ послѣднихъ порцій. Въ такихъ случаяхъ язва часто бываетъ уже частично рубцовой и вызываетъ нѣкоторый стенозъ (относительный стенозъ привратника).

Подобные случаи часто ведутъ при отсутствіи основательнаго лѣченія рано или поздно къ стенозу пилорической части съ расширеніемъ желудка. Было бы большою ошибкой считать ихъ за неврозъ потому только, что боль появляется передъ ѣдой, и лѣчить такого пациента отъ невроза. Внезапно появившаяся кровавая рвота оказалась бы послѣдствіемъ такой нерациональной терапіи.

Характерна для язвы также періодичность появленія эпигастралгій. Больные цѣлыми недѣлями страдаютъ отъ сильныхъ болей желудка послѣ ѣды и потомъ цѣлые мѣсяцы чувствуютъ себя совершенно здоровыми. Очень часто періоды болей появляются безъ видимой причины весной и осенью. Понятно, онѣ зависятъ самымъ тѣснымъ образомъ отъ рецидивовъ язвы; пропадаютъ, какъ только язва вслѣдствіе соотвѣтствующаго режима заживаетъ и снова появляются послѣ погрѣшностей въ ѣдѣ.

Періодичность проявленій язвы весной и осенью объясняется Fliess'омъ атактистическимъ проявленіемъ половой страсти. Дѣло въ томъ, что 1—2 раза въ годъ бываетъ сильный приливъ крови къ брюшнымъ органамъ, вслѣдствіе чего бываютъ рецидивы язвы.—Я видѣлъ цѣлый рядъ случаевъ сезонныхъ язвъ желудка.

Менструаціи и беременность оказываютъ вліяніе на страданія при язвѣ, что объясняется измѣненіемъ притока крови къ брюшнымъ органамъ. Въ общемъ при сильныхъ менструаціяхъ боли меньше, при слабыхъ сильнѣе и на время беременности часто совсѣмъ прекращаются.

Слѣдуетъ напомнить, что бываютъ викарныя менструаціи, выражающіяся кровотеченіемъ изъ желудка. K u t t n e r и другіе авторы указываютъ, что въ этомъ заключается діагностическій признакъ язвы, представляющей *locus minoris resistentiae* слизистой оболочки

Тотчасъ послѣ проглатыванія пищи эпигастралгія появляется только тогда, когда *ulcus pepticum* находится у входа желудка.

При *ulcus duodeni* патогностична по Moynihan'у и другимъ т. наз. боль отъ голода. Она появляется черезъ 2—3 часа послѣ ѣды и прекращается тотчасъ послѣ ѣды или питья.



Аппетитъ при язвѣ очень хорошъ, но больные боятся ѣды и вслѣдствіе этого худѣютъ. Поэтому и стулъ у нихъ часто задержанъ.

Рвота бываетъ рѣдко, но въ тяжеломъ случаѣ преимущественно черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды, если пища была слишкомъ плотной.

На кровавую рвоту и испражненія кровью больные указываютъ далеко не въ каждомъ случаѣ язвы, напротивъ, относительно рѣдко. Діагностическую цѣнность, во-первыхъ, имѣетъ заявленіе больного, что у него была кровавая рвота и черный стулъ только тогда, когда вырванная кровь была темна и, во-вторыхъ, когда кровавой рвотѣ предшествовали долгое время эпигастралгіи. Рвота кровью безъ предшествовавшихъ эпигастралгій говоритъ скорѣе за застойное кровотеченіе или ракъ. Должно замѣтить, что бываютъ тяжелыя, даже смертельныя кровотечения безъ изъязвленій: такъ-называемое *gastrostaxis*. Кровотеченія бываютъ, кромѣ того, при скрытой язвѣ, напр. если она расположена далеко отъ *antrum pylori*.

2. Объективные признаки. Сюда относится прежде всего кровотеченіе, если врачу удалось его наблюдать лично, что, однако, относительно рѣдко случается, затѣмъ вышеупомянутое химическое обнаруженіе крови въ рвотѣ и въ калѣ, по Воас'у, о чемъ была рѣчь въ общей части (стр. 46).

Второй объективный признакъ — ограниченная болѣзненность въ эпигастріи. Чтобы обнаружить ее, сильно надавливаютъ указательнымъ пальцемъ каждый участокъ эпигастрія, идя отъ *proc. xiphoid.* внизъ до пупка. Также важна найденная Воас'омъ болѣзненная точка на спинѣ слѣва отъ 10—12 грудного позвонка, подкрѣпляющая діагнозъ. Разлитая болѣзненность спины, конечно, не доказательна.

Третій объективный признакъ — *hyperaciditas* которая бываетъ въ большинствѣ случаевъ язвы. О. К. достигаетъ 70—100 послѣ пробнаго завтрака *Ewald-Boas'a*, послѣ же пробнаго обѣда значительно больше. Но бываетъ не мало случаевъ язвы и съ нормальной кислотностью, особенно въ началѣ болѣзни. Это еще разъ доказываетъ, что не *hyperaciditas*, какъ признаютъ нѣкоторые, но язва вызываетъ эпигастралгіи и что она первична.

Случай язвы, съ рѣзко пониженной кислотностью. Послѣ П. З. внушаютъ подозрѣніе о злокачественномъ перерожденіи.

Язвы двѣнадцатиперстной кишки вызываютъ



тѣ же симптомы, что и *ulcera pylori*. Обыкновенно, точное разграниченіе невозможно, практически же это не имѣетъ значенія, такъ какъ терапія въ обоихъ случаяхъ одна и та же. Если, однако, въ сомнительномъ случаѣ появляется желтуха или т. наз. боль отъ голода. (см выше), то это говоритъ въ извѣстной степени въ пользу заболѣванія *duodeni*.

Діагнозъ основывается на симптоматологіи и въ несложненныхъ случаяхъ незатруднителенъ.

*Ulcus chloroticum* и *clumactericum* мы распознаемъ всегда, когда въ соответствующемъ возрастѣ появляются эпигастралгіи значительное время спустя послѣ принятія твердой пищи и лечимъ ихъ затѣмъ одинаково, были ли кровотеченія или нѣтъ.

Язвы отъ давленія (*ulcus decubitale*) мы распознаемъ: 1) когда анамнезъ открываетъ причинный моментъ, 2) когда черезъ нѣкоторое, довольно значительное, время послѣ ѣды появляются приступы сильныхъ болей желудка.

*Ulcus catarrhale* диагностируемъ мы у пьяницъ, курильщиковъ и гастрономовъ, *ulcus duodeni* по боли отъ голода.

Подтвержденіемъ діагноза служатъ кровавая рвота и кровавыя испраженія (*melaena*), а также чрезмѣрная кислотность ж.с. При *ulcus chloroticum* послѣдній симптомъ отпадаетъ, такъ какъ при немъ мы никогда не зондируемъ изъ опасенія перфорациі.

Остальные симптомы, и въ томъ числѣ описанные выше болѣзненные точки спереди и сзади, второстепенны.

Въ дифференціально - діагностическомъ отношеніи при кровотеченіяхъ нужно имѣть въ виду застойныя кровотеченія при болѣзняхъ печени и сердца, далѣе विकарныя менструаціи и кровотеченіе при легочныхъ болѣзняхъ.

При дифференцированіи эпигастралгій нужно помнить о трехъ слѣдующихъ болѣзняхъ:

1. *Angina pectoris*. Очень часто *Ang. p.* описывается больнымъ, какъ спазмъ желудка. Она наблюдается преимущественно у артеріосклеротиковъ въ пожиломъ возрастѣ и появляется часто послѣ переполненія желудка, а также при злоупотребленіи кофе, табакомъ, и пищей, дающей много газовъ и чрезмѣрномъ напряженіи. Боль локализуется преимущественно сзади грудины и въ области сердца, иррадируя въ лѣвую руку. Кромѣ того, она не бываетъ такъ регулярна, какъ при язвѣ и независима отъ качества пищи.

2. *Cholelithiasis*. Эпигастралгія появляется здѣсь только внезапными приступами, какъ громъ при ясномъ небѣ, и преимущественно послѣ душевнаго возбужденія или погрѣшностей въ діетѣ. При этомъ въ анамнезѣ



также не отмѣчается регулярности припадковъ. Больной описываетъ обычно приступъ какъ желудочную схватку.

3. Кишечныя колики. Онѣ находятся въ зависимости отъ состоянія толстыхъ кишекъ. Появляются какъ при запорѣ, такъ и при поносѣ и обычно съ отхожденіемъ испражнений или газовъ уменьшаются. (Подробности въ отдѣлѣ о кишечныхъ болѣзняхъ). Иногда эти колики появляются рефлекторно послѣ твердой пищи и холодныхъ напитковъ у больныхъ съ хроническими катаррами желудка и кишекъ и поэтому могутъ быть смѣшаны съ эпигастралгіями при круглой язве. Онѣ бываютъ большею частью кратковременными и зависятъ отъ кишечныхъ разстройствъ. При сгибаніи тѣла онѣ облегчаются.

При дифференціальной діагностикѣ эпигастралгій нужно имѣть въ виду возможность цѣлаго ряда другихъ заболѣваній, какъ напр., грыжи эпигастрія, камни поджелудочной железы, эмболію мезентеріальныхъ сосудовъ, свинцовую колику и т. д., но размѣры настоящаго не позволяютъ говорить о нихъ.

При оцѣнкѣ симптоматическаго значенія рвоты нужно имѣть въ виду нервную рвоту и *crises gastriques*.

Существованіе большого количества сходныхъ заболѣваній объясняетъ, почему круглая язва діагностируется часто тамъ, гдѣ ея нѣтъ и наоборотъ. Наиболѣе существеннымъ признакомъ служитъ регулярно появляющаяся черезъ долгое время послѣ ѣды, рѣзкая, судорогообразная, сверлящая или рѣжущая боль въ эпигастріи, распространяющаяся въ обѣ стороны до крестца. Другіе симптомы могутъ дать поводъ къ ошибкѣ, этотъ нѣтъ.

Осложненія язвы: 1. Перфорация бываетъ относительно рѣдко, преимущественно при *Ulcus chloroticum*, почему мы настойчиво предостерегаемъ противъ зондированія при этой формѣ. Прогностика при перфорации тѣмъ хуже, чѣмъ полнѣе былъ желудокъ во время нея, и тѣмъ скорѣе больной долженъ быть предоставленъ хирургамъ. Перфорацию при пустомъ желудкѣ можно лечить выжидательно, такъ какъ въ немъ не должно быть никакихъ микробовъ<sup>1)</sup>.

2. Спазмъ привратника—очень частое осложненіе *ulceris pylori*, подобно судорогѣ *sphincteris ani* при фисурахъ прямой кишки; онъ ведетъ къ недостаточности же-

<sup>1)</sup> Такія перфорации при пустомъ желудкѣ бываютъ у хлоротичныхъ горничныхъ, которыя часто съ утра до завтрака принимаютъ за тяжелую работу, подметають, вытирають окна и т. д. Перфорация проявляетъ себя внезапной болью въ животѣ.



лудка, къ обильному отдѣленію желудочнаго сока и растяженію (*dilatatio*) желудка, какъ это будетъ ниже описано.

3. Образованіе рубцовъ тоже ведетъ къ увеличенію отдѣленія желудочнаго сока, недостаточности и растяженію желудка, а иногда къ образованію желудка на подобіе песочныхъ часовъ, если рубецъ находится въ пилорической части, или въ двѣнадцатиперстной кишкѣ.

4. Перигастритъ. Когда язвенный процессъ доходитъ до серозной оболочки, то происходитъ спаяніе желудка съ сосѣдними органами, т.-е. перигастритъ. Если эти спайки затрудняютъ нормальную подвижность пилорической части, то точно также развиваются недостаточность и растяженіе желудка. Спайки между дномъ желудка и сосѣдними органами, обычно не вызываютъ особыхъ затрудненій. Перигастритъ можетъ быть иногда причиной образованія фистуль съ поперечно-ободочной кишкой и поддіафрагмальныхъ абсцессовъ.

5. Злокачественное перерожденіе нерѣдко сопровождается язву у пожилыхъ субъектовъ и бываетъ обычно при язвахъ пилорической части и малой кривизны, рѣже входа въ желудокъ. Если язва происходитъ послѣ острой травмы, то и происхожденіе рака—травматическое. Подобные случаи наблюдались, однако никогда не было засвидѣтельствовано достовѣрнаго случая прямого происхожденія рака вслѣдствіе травмы.

### Терапія.

1. Гигіено-діететическое леченіе. Прежде всего должны быть устранены причины, вызывающія боль, запрещено ношеніе корсета и завязываніе юбокъ, платье должно пристегиваться къ лифчику, мужчинамъ запрещаются занятія, при которыхъ область эпигастрія постоянно находится подъ давленіемъ, особенно сидѣніе сгорбившись, ношеніе ремней, кушаковъ и пр. Запрещаются куреніе и пряности въ кушаньѣ, устанавливается регулярность ѣды.

Въ діететическомъ отношеніи до сихъ поръ примѣняется съ большимъ успѣхомъ діета язвы по *Leube*; она состоитъ изъ четырехъ различныхъ формъ пищи: жидкой, жидкокашицеобразной, мягкой и мягко-плотной. Каждый видъ пищи, начиная съ жидкой дается въ теченіе 8—10 дней; во время первой необходимо строжайшее постель-



ное содержаніе, такъ какъ при немъ больному доставляется недостаточное количество калорій. Бываютъ, конечно, тяжелые случаи круглой язвы, при которыхъ отдѣльные періоды приходится удлинять до 2 и болѣе недѣль. Какъ правило, даютъ ѣсть больному 6 разъ въ день: два раза завтракъ, одинъ обѣдъ, два раза послѣ обѣда и одинъ ужинъ.

I. Форма: молоко, мучной супъ и бульонъ, сырыя яйца, чай со сливками или какао, вареное на сливкахъ. Муку можно брать овсяную, рисовую, пшеничную и маисовую. Къ кушаніямъ можно прибавлять немного несоленого масла. Болѣе зажиточные пациенты получаютъ санатогенъ, пуру и искусственные казеиновые препараты, какъ замѣну мяса. — Во многихъ случаяхъ можно бываетъ ограничиться однимъ молокомъ, по 2—3 литра въ день или молокомъ пополамъ со сливками, черезъ 2 часа по 200 куб. с.

II Форма. Во второмъ періодѣ даютъ, кромѣ уже приведеннаго, телячьи мозги, рисовую и манную размазню, мучной кисель и размоченные сухари. Кромѣ того за каждой ѣдой, больному даютъ много масла. Можно разрѣшить вареную курицу или голубя, также мелко наскобленную лососину.

III. Форма. Прибавляются къ предыдущему филе или барашекъ, слегка поджаренные на маслѣ или на вертелѣ, вареная телятина, жареная курица или голубь, пюре изъ картофеля и овощей (шпинатъ, морковь, стручки, спаржа, цвѣтная капуста въ маслѣ, бѣлый хлѣбъ съ масломъ, яйца въ смятку, теплый но не сладкій, яблочный мусъ.

IV. Форма. Легкое жаркое, козуля, сѣрая куропатка, вареная нежирная рыба, (щука, окунь, судакъ, налимъ, форель), сладкіе компоты въ видѣ пюре, которые можно давать понемногу во второмъ и третьемъ періодѣ, далѣе рисовый и манный пудингъ съ фруктовымъ сокомъ — малиновымъ или вишневымъ.

Когда всѣ эти блюда больнымъ хорошо переносятся, переходятъ постепенно къ обычной домашней смѣшанной пищѣ. Но еще цѣлые мѣсяцы нужно избѣгать хлѣба, картофеля (нерастертаго), кислаго, пряностей, всякаго рода лакомствъ, сала (топленого), капусты, сыра, щей, утокъ и жирной свинины и баранины, угря, лососины, сала, стручковыхъ овощей, однимъ словомъ всѣхъ твердыхъ, трудно переваримыхъ блюдъ.

Можно позволить немного вина, слегка подогрѣтаго и разбавленнаго натуральной минеральной водой, а также лимонадъ и малиновый морсъ; но пиво и спиртные напитки слѣдуетъ запретить.

Конечно, есть не мало больныхъ, у которыхъ по социальнымъ причинамъ невозможно провести такого режима и которыхъ приходится лечить амбулаторно, такъ какъ они не могутъ бросать своихъ занятій. Понятно, такіе больные значительно падаютъ въ вѣсѣ въ первый періодъ лѣченія.



2. Механо-термическое лечение. При неосложненной язвѣ не приходится прибѣгать къ промыванію желудка, хотя Ewald въ остромъ періодѣ и дѣлаетъ вливанія очень холодной воды съ цѣлью остановки кровотока. Снаружи съ давнихъ временъ употребляютъ припарки, при обостреніяхъ съ кровотечениями прикладываніе льда, въ хроническихъ случаяхъ припарки изъ каши или льняного сѣмени. Термофорныя подушки, резиновый пузырь съ горячей водой или плоская жестяная грѣлка оказываютъ здѣсь очень хорошія услуги. Припарки нужно дѣлать цѣлый день, а на ночь замѣнять ихъ обертываніями по Priessnitz'у, которыя должны быть возможно горяче. При образованіи пузырей отъ ожоговъ слѣдуетъ ихъ смазывать и присыпать. По коричневой окраскѣ эпигастрія можно узнать, правильно дѣлались припарки или нѣтъ.

3. Бальнеологическое лечение. При всѣхъ доброкачественныхъ язвахъ показанъ Karlsbad, Neuenahr, Vichy (Эссентуки, Боржомъ). Гдѣ возможно — больного отправляютъ въ соотвѣтствующій курортъ, въ противномъ случаѣ даютъ воду подогрѣтой до 35° R. на дому, причемъ два стакана больной выпиваетъ утромъ натощакъ, а въ обѣдъ и ужинъ передъ ѣдой еще по одному стакану, считая въ стаканѣ 210 g. Менѣе обезпеченные пациенты получаютъ минеральную соль Sandow'a въ соотвѣтствующихъ количествахъ. Въ общемъ соль Vichy (Эссентуки) даютъ больнымъ съ болѣе слабымъ сложениемъ. Воду даютъ передъ ѣдой для того, чтобы подѣйствовать непосредственно на железистый аппаратъ, а не для нейтрализаціи кислотности, съ этой цѣлью даютъ послѣ ѣды antacida. Если есть подозрѣніе на злокачественное перерожденіе язвы, т.е. симптомы язвы при пониженной кислотности (subaciditas), то нужно вовсе отказаться отъ бальнеологическаго лечения.

4. Лекарственное лечение. Главнымъ образомъ употребляютъ два медикамента: ляписъ и азотнокислый висмутъ. Въ общемъ при свѣжей хлоротической язвѣ даютъ ляписъ, при застарѣлыхъ же и при прочихъ формахъ — висмутъ въ слѣдующемъ видѣ:

1. Rp. Sol. arg. nitric. 0,3 : 200,0  
D. ad vitr. nigr.  
S. 3 раза въ день по 1 стол. ложкѣ (фарфоровой) въ стаканчикѣ дистиллир. воды за  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  ч. до ѣды.

2. Rp. Bismut Subnitr. 100,0.  
D. S. Размѣшавъ 1 чайную ложку въ стаканѣ теплой воды, выпить натощакъ, послѣ чего лежать  $\frac{1}{2}$  часа на правомъ боку.



Pariser рекомендуетъ замѣнить висмутъ въ практикѣ бѣдныхъ слѣдующей смѣсью:

Creta alba  
Talcum aa 30,0  
Magn. ust. 15,0  
MDS. 2 раза въ день по 1½ чайн. ложки.

Дешевизны ради можно давать висмутъ съ bolus alba. Для больныхъ, которые могутъ выполнить режимъ, обыкновенно этого достаточно. Если же, несмотря на это, боли не успокаиваются, то даютъ черезъ 1—2 часа послѣ ѣды порошокъ Bourget или немного белладоны съ висмутомъ или antacida въ такомъ видѣ:

Rp. Extr. Bellad. 0,2—0,3  
Magn. ust.  
Natr. bic. aa 25,0

MDS. 2—3 раза въ день по 1 чайн. ложкѣ черезъ 1—2 часа послѣ ѣды.

Rp. Extr. Bellad. 0,2  
Bism. subnit. 15,0

MDS. На кончикѣ ножа послѣ ѣды.

Вышеуказанныя назначенія противъ кислотности здѣсь исполнѣ примѣнимы.

Если появляются спазмы пилорической части, то даютъ подогрѣтое прованское масло, ½—1 лафит. стаканчика натошакъ и по 1—2 столовой ложкѣ за обѣдомъ и ужиномъ передъ ѣдою, кромѣ того щелочи черезъ 1 часъ послѣ ѣды. Больнымъ съ избалованнымъ вкусомъ назначаютъ:

Rp. (Tinct. Bellad. 5,0—6,0.)  
Ol. amygdal dulc. 30,—40,0  
Vitel. ovi unius (resp. duo)  
Aq. dest. aa 300,0  
Mf. Emulsio

DS. 3 раза въ день по 1 столовой ложкѣ передъ ѣдой.

Или же больные сами приготавливаютъ себѣ вышеописанную эмульсію.

Во многихъ случаяхъ мнѣ удавалось даже безъ постельнаго содержанія добиться излеченія масломъ, когда была исчерпана безрезультатно вся остальная терапія.

Для нейтрализаціи кислоты тотчасъ послѣ ѣды даютъ жевательныя таблетки (стр. 93) и Na bic., Mg citric. efferv.



или Mg amm. phosph. 1—2 порошка или по рецепту Bourget въ такомъ видѣ:

Rp. Na sulfur. sicc.  
Na phosphor. sicc. aa 10,0  
Na bic puriss. 40,0

Mf. pulv.

DS. 3 раза въ день по  $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ въ лафитномъ стаканчикѣ теплой воды.

Rp. Ext. Bell. 0,1  
Magn. ust 5,0  
Sacchar. alb. 10,0  
Natr. citric. 40,0

Mf. pulv.

3 раза въ день по 1 чайной ложечкѣ.

При послѣдующемъ леченіи язвы этотъ способъ оказывалъ мнѣ хорошія услуги.

Изъ противокислотныхъ даютъ при нормальномъ стулѣ Na—, при запорѣ Mg—, при поносахъ Ca— соли, точно такъ же какъ при gastritis acida (см. стр 92).

5. Хирургическое леченіе круглой язвы требуется только при прободеніяхъ и хроническихъ кровотеченіяхъ; кромѣ того очень часто приходится прибѣгать къ операциі при осложненіяхъ язвы, рубцахъ, желудкѣ въ видѣ песочныхъ часовъ, перигастритахъ и пр.

Для обнаруженія подобныхъ вторичныхъ пораженій въ упорныхъ случаяхъ дѣлаютъ изслѣдованіе рентгеновскими лучами, особенно при подозрѣніи на злокачественное перерожденіе или ulcus pylori или duodeni.

6. Въ заключеніе нужно упомянуть, что бываютъ упорные случаи язвъ, при которыхъ необходимо болѣе долгое воздержаніе отъ ѣды. Больныхъ питаютъ тогда черезъ rectum, дѣлая три раза въ день питательныя клизмы изъ слѣдующей смѣси (по Boas'y):

$\frac{1}{4}$  литра подогрѣтаго до  $t^0$  тѣла молока, 2 яичныхъ желтка, 1 ложка пшеничной муки, 1 ложка красного вина, щепотка поваренной соли, все тщательно размѣшать.

— Долго нельзя продолжать ректального питанія, такъ какъ развивается intertrigo ani.

Излишне упоминать, что язва двѣнадцатиперстной кишки лечится по тѣмъ же принципамъ, какъ язва желудка.

### Ходъ терапіи язвы.

#### 1. Періодъ леченія. (около 6 недѣль).

1. Леченіе покоемъ и діетой по Leube, гдѣ это возможно по соціальному положенію больного, Karlsbad'ской водой или солью и соотвѣтствующими медикаментами.



2. Амбулаторное лечение, гдѣ невозможно предыдущее.

а) Arg. nitricum при хлоротической язвѣ въ теченіе 4—9 недѣль.

б) Vi subnitr. отъ 4—6 недѣль при хлоротичной язвѣ, держащейся больше года и при остальныхъ язвахъ иного происхожденія.

с) Лѣчение масломъ (или миндальнымъ молокомъ) при рѣзкихъ эпигастралгіяхъ и гиперхлорхидри, въ теченіе нѣсколькихъ недѣль.

Всѣ лекарства, дѣйствующія на причину болѣзни, даютъ передъ ѣдой, остальные, особенно белладонну и antacida, послѣ ѣды.

2. *Періодъ послѣдовательнаго леченія* (тоже около 40 дней).

1. Лечение минеральной водой (Karlsbad, Vichy, Боржомъ, Эссентуки) въ курортѣ или на дому, 4—6 недѣль, 3—4 стакана въ день при легкой, нераздражающей пищѣ, чтобъ излечить вторичный кислый катарръ.

2. Лечение мышьякомъ или желѣзомъ *Ulcus chloroticum* или одновременно желѣзомъ и мышьякомъ, напр. Arsen—Haematosia, Arsacetin и т. д.

3. *Профилактическій періодъ* (2—3 мѣсяца).

Для предотвращенія рецидивовъ я заставляю больныхъ еще въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ выпивать передъ ѣдой три раза въ день по чашкѣ миндальнаго молока (столовую ложку сладкихъ миндалей растираютъ въ порошокъ и взбалтываютъ въ  $\frac{1}{4}$  литра горячей воды, эмульсію называютъ миндальнымъ молокомъ, и пьютъ ее, подогрѣвая до 30° R) или вышеупомянутой смѣсью масла съ яйцомъ. Пациенты съ менѣе привередливымъ вкусомъ получаютъ въ цѣляхъ профилактики 3 раза въ день по 1 столовой ложкѣ Ol. lini или Ol. olivagum съ 1 каплей Ol. Menthae или натошакъ выпиваютъ  $\frac{1}{2}$  стаканчика подогрѣтаго масла.

Я пришелъ къ убѣжденію, что если не выполнять пунктуально правилъ послѣдующаго леченія и профилактическаго періода, то легко появляются рецидивы.



#### 4. Острыя желудочныя кровотеченія.

Постельное содержаніе, пузырь со льдомъ, глотать кусочки льда, 2—3 дня абсолютнаго голоданія (въ крайнемъ случаѣ, питательныя клизмы), потомъ холодное молоко; постепенно первая форма діеты Leube; изъ медикаментовъ, Plumb. acet., Opii aa 0,03, 4 раза въ день; Stypticin 3 раза по 0,03; Liq. ferri sesq. (3—5 капель) въ овсяномъ отварѣ; при очень сильныхъ кровотеченіяхъ желатинъ подъ кожу (но непременно Merck'a: абсолютно безопасенъ); Hydrastinin; можно попробовать также внутрь Adrenalin. Далѣе Escalin, препаратъ алюминія 3—4 оригинальныхъ таблетки, размѣшать въ 100 куб. сант. воды, выпить утромъ натощакъ.

Senator рекомендуетъ: Gelat. alb. 50,0 Eleosacch. citri 45,0, Suprarenin ( $1\frac{0}{100}$ ) 5,0, Aq. dest. 450,0 M.D.S. черезъ 3 часа по 1 столовой ложкѣ.

Ewald видѣлъ очень хорошіе результаты отъ промыванія желудка ледяной водой. Въ безнадежныхъ случаяхъ нужно прибѣгать къ этому героическому средству.

Подкожно даютъ:

Rp. Hydrastinini hydrochlorici 0,3	Rp. Ergotini dialys. 2,0
Aq. destil. 10,0	Aq. dest. 8,0.
Нѣсколько разъ въ день по $\frac{1}{2}$ —1 куб. сант.	Такъ же.

Рекомендуютъ Ergostypticum (Roche) по 20 капель 3 раза въ день.

Въ дальнѣйшемъ лечатъ хроническую стадію язвы.

Относительно терапіи другихъ осложненій (perigastritis, желудокъ въ видѣ песочныхъ часовъ) смотри соответствующія главы. Лечение перфорации можетъ быть лишь хирургическимъ.

#### Казуистика.

I. Ulcera chlorotica, Louise L. 19 лѣтъ, 6 недѣль острая сверлящая, жгучія, распространяющіяся до крестца, эпигастралгін, появляющіяся черезъ  $\frac{1}{2}$  часа послѣ твердой пищи, но не послѣ суповъ; держатся въ продолженіе часа; боль усиливается при лежаніи на лѣвомъ боку и уменьшается на правомъ; аппетитъ хорошъ, но пациентка боится ѣсть. Питаніе хлорозъ, рѣзко болѣзненная точка въ эпигастріи. — Послѣ леченія по Leube и Vi длительное выздоровленіе.

Elise G., 22 лѣтъ, служанка.—4—5 лѣтъ страдаетъ блѣдной немочью и періодическими желудочными схватками; послѣднія 4 недѣли преимущественно черезъ часъ послѣ обѣда и ужина эпигастралгін, отдающія въ лѣвое плечо. Аппетитъ хорошъ. Б. очень хлоротична; очень болѣзненные точки — спереди ниже Proc xiphoid. и на спинѣ слѣва отъ 9 грудного позвонка.



II. *Ulcera clymacterica*. Auguste P., 49 лѣтъ, вдова.—Вскорѣ послѣ остановки кровей кровавая рвота, черныя испражненія и регулярно черезъ 1 часъ послѣ ѣды эпигастралгіи, особенно послѣ плотной ѣды. Болѣзненная точка спереди и сзади. О. К. 88.

Adeline K., 51 года, работница.—8 лѣтъ уже прекратились крови, съ тѣхъ поръ эпигастралгіи черезъ  $\frac{1}{2}$  часа послѣ ѣды, частыя рвоты, одинъ разъ — кровавая—О. К. 102.

Henriette S., 50 лѣтъ, кухарка.—До 20 лѣтъ хлорозъ и желудочныя схватки, съ тѣхъ поръ была здорова до остановки кровей; черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ этого типичныя эпигастралгіи, однажды кровавая рвота до потери сознанія и черный калъ.—*Hyperchlorhydria*.

III. *Ulcera decubitalia duodeni*. August K., 52 л., корзинщикъ. Уже нѣсколько лѣтъ эпигастралгіи черезъ 2—3 часа послѣ обѣда, успокаивающіяся отъ *Na bicarb.* и теплаго питья; однажды черныя испражненія и обморокъ.—Больной много лѣтъ работалъ въ согнутомъ положеніи, прижимая къ эпигастрію плотныя ивовыя прутья.—О. К. 90.—Выздоровленіе послѣ покоя, *Vi* и миндального молока, діета.

Richard Sch., 52 лѣтъ, сапожникъ.—Съ юности работаетъ, прижимая къ груди колодку. Уже 11 лѣтъ болѣетъ желудкомъ; началось съ эпигастралгіи и кровавой рвоты, происшедшей во время работы; преходящее улучшение. Послѣдній годъ черезъ 4 часа послѣ обѣда тянущія, схваткообразныя боли въ эпигастріи, успокаивающіяся отъ питья, аппетитъ хорошій, по ночамъ часто срыгиваетъ кислой жидкостью. Діета 3 раза въ день по 2—3 столовыхъ ложки прованскаго масла передъ ѣдой, безъ постоянного режима.—Непосредственное улучшение; по ночамъ чувствуетъ себя спокойно, черезъ 8 дней послѣ начала леченія масломъ боли исчезли, несмотря на продолженіе работы. Рецидивы послѣ погрѣшности въ ѣдѣ, послѣ того, какъ онъ вслѣдствіе жары 4 недѣли не пилъ масла, при возобновленіи маслянаго леченія немедленное прекращеніе болей <sup>1)</sup>.

IV. *Ulcera (erosiones)* послѣ кислаго гастрита. Leopold B., 35 лѣтъ, купецъ.—Злоупотребленіе ѣдой, куреніемъ и алкоголемъ; аппетитъ очень хорошъ, испражненія регулярны. Послѣдніе 4—5 лѣтъ сильныя эпигастралгіи черезъ 1 часъ послѣ легкой, черезъ 2—3 часа послѣ болѣе тяжелой ѣды, тотчасъ прекращающіяся отъ теплаго молока.—Послѣ *Karlsbad'*ской соли, *Bellad.* и *anacida* никакого улучшенія.—О. К. П. З.—125 (!!) Курсъ масла, утромъ  $\frac{1}{2}$  стаканчика, въ обѣдъ и ужинъ по 1 столовой ложкѣ передъ ѣдой. Послѣ этого немедленное улучшение; пациентъ былъ здоровъ 6 недѣль, рецидивъ послѣ эксцесса въ ѣдѣ (сладости). Снова устраненіе болей отъ масла.—Послѣдовательное леченіе въ *Karlsbad'*ѣ.

### Добавленіе.

#### Эрозіи и фиссуры (пилорической части).

Выше было уже упомянуто, что на слизистой оболочкѣ желудка, какъ и на слизистой носа, губъ, рта, кардіальной части и задняго прохода, бываютъ эрозіи и фиссуры, вызы-

<sup>1)</sup> Списокъ наблюдавшихся мною язвъ у сапожниковъ, слесарей, корзинщиковъ, каменщиковъ и т. д., можно было бы значительно увеличить.



вающія клинически тѣ же симптомы, что и язва. Это отнюдь не гипотеза, такъ какъ присутствіе такихъ эрозій и фиссуръ доказано анатомически и гастроскопіей (Эльснеръ); причемъ онѣ располагаются преимущественно въ пилорической части или въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ нею. Вслѣдствіе небольшихъ размѣровъ онѣ гораздо лучше поддаются лѣченію, чѣмъ язвы. Особенно обнаруживали эрозіи хирурги, какъ причину нѣкоторыхъ расширеній желудка (*gastrectasia*) вслѣдствіе спазмъ *pylori*.

Этіологія. Причины эрозій и фиссуръ прежде всего тѣ же, что и язвы. Это, съ одной стороны—хлорозъ, съ другой—осложненія острыхъ инфекціонныхъ болѣзней и встрѣчаются именно при *gastritis chronica hyperacida*, который развивается при злоупотребленіи куреніемъ, ѣдой и алкоголемъ (стр. 84).

Симптомы. Главный симптомъ—жгучая, тянущая, порою схваткообразная боль, появляющаяся черезъ нѣкоторое время послѣ ѣды. Непосредственно послѣ ѣды больные чувствуютъ значительное облегченіе, даже почти полное исчезновеніе болей; но черезъ 1—3 часа послѣ нея начинается снова грызущее, мучительное жженіе въ эпигастріи такое болевое ощущеніе у курильщиковъ часто достигаетъ настоящаго пароксизма судорогъ и прекращается только со рвотой—(естественной или искусственно вызванной) или послѣ приѣма уменьшающаго кислотность средства (сода, молоко и пр.) Въ то время, какъ при язвѣ боль появляется, обыкновенно, только послѣ твердой пищи, при эрозіяхъ она можетъ быть даже и послѣ супа. Въ особенности часто боль появляется послѣ крѣпкой сигары или холоднаго напитка (пиво, вино), нерѣдко послѣ такой погрѣшности появляются рецидивы даже въ излеченныхъ случаяхъ.

Принято считать, что эрозія лежитъ не въ *pylorus*, если у больного только жженіе въ эпигастріи, но если появляется настоящая судорога желудка, то эрозія, навѣрное, лежитъ въ *pylorus*.

Многіе изъ такого рода больныхъ жалуются на срыгиваніе кислой жидкости, которое появляется долго спустя послѣ обѣда или ночью, слѣдовательно, черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды, когда желудокъ начинаетъ совсѣмъ опорожняться; на изжогу жалуются всѣ.

Діагнозъ. Клиническое различеніе между язвами и эрозіями часто очень трудно, а иногда совершенно невозможно.



Большеею частью діагнозъ ставится *ex juvantibus*. Обычно предполагають эрозіи или фиссуры тогда, когда боли появляются только черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды и стихаютъ непосредственно послѣ какой бы то ни было пищи, будь это даже кусокъ хлѣба; при настоящей язвѣ этого не наблюдается.

Лишь при *ulcus duodeni* отмѣчаются подобные же симптомы. Но при ней терапія не даетъ такого быстрого эффекта, какъ при эрозіяхъ; кромѣ того, обычно отмѣчается кровь въ испражненіяхъ. Симптомы эрозій при рациональномъ леченіи исчезаютъ обычно въ 2—3 недѣли; при *ulcus duodeni* боли продолжаются часто мѣсяцами; кромѣ того она повторяется въ большинствѣ случаевъ періодически, подобно вышеупомянутымъ сезоннымъ язвамъ.

При эрозіяхъ секретія также почти всегда повышена. Во-первыхъ, вслѣдствіе появляющагося черезъ 2—3 часа послѣ ѣды спазма пилорической части, задерживающаго опорожненіе желудка, (а этимъ раздражаются железы); во-вторыхъ, при *gastritis acida* гиперхлорхидрія происходитъ или раньше или одновременно съ эрозіями, какъ слѣдствіе воспалительнаго процесса. О. К. такимъ образомъ не даетъ никакихъ опорныхъ пунктовъ для различенія эрозій отъ язвъ.

Кровотеченія также бываютъ при эрозіяхъ желудка, какъ при язвахъ, и иногда даже смертельныя. Въ литературѣ есть указанія на смертельныя кровотеченія, вызванныя едва замѣтными эрозіями слизистой оболочки желудка.

Осложненія. По тѣмъ же причинамъ, какъ и при язвѣ, при эрозіяхъ можетъ развиваться постоянное отдѣленіе желудочнаго сока и эктазія желудка, если поражена пилорическая часть и происходятъ спазмы *pylori*; хотя большинство подобныхъ случаевъ вызываются рубцеваніемъ язвы, однако не рѣдки и пилороспастическія эктазіи, какъ это мы увидимъ ниже. Эрозіи или фиссуры никогда не оставляютъ рубцовъ и не ведутъ къ перфорациі или къ злокачественному перерожденію.

Лѣченіе—причинное и симптоматическое.

Причинное лѣченіе должно устранить вызвавшую болѣзнь причину, поэтому нужно воспретить куренье, питье холодныхъ напитковъ, эксцессы въ ѣдѣ (въ особенности пряныя блюда). У хлоротичныхъ дѣвушекъ прежде всего необходимо устранить хлорозъ путемъ лѣченія желѣзными водами.

Хлоротичныхъ посылають въ Flinsberg, Pyrmont, Schlangenbad, Липецкъ, Желѣзноводскъ и т. д.; пациентовъ



съ кислымъ катарромъ желудка на специфическіе курорты (Karlsbad, Neuenahr, Vichy, Эссентуки, Боржомъ) или даютъ больнымъ пить воду на дому. Въ упорныхъ случаяхъ лѣченіе минеральными водами продолжаютъ 3—6 мѣсяцевъ подрядъ. Подробности смотри въ главѣ о „gastritis acida“.

Эрозіи или фиссуры, происшедшія не вслѣдствіе кислаго катарра желудка лѣчатъ, какъ легкія язвы, амбулаторно легкой нераздражающей діетой, противукислотными и масломъ (прованскимъ) въ томъ же видѣ, какъ при язвѣ (см. выше); чистое масло даютъ при эпигастралгіяхъ, эмульсію при жгучихъ боляхъ. Больнымъ, не переносящимъ вкуса масла, даютъ миндальное молоко, которое можно приготовить дома или вышеупомянутую эмульсію масла съ яйцомъ.

Симптоматически даютъ послѣ ѣды извѣстныя противокислотныя (Na bic. Magn. и пр.) съ белладонной (стр. 92 и 93). Съ пользой примѣняютъ также таблетки Bellocq'a или Bergmann'a по 1—3 штуки послѣ ѣды. Большое облегченіе приноситъ продолжительное жеваніе твердой корки хлѣба послѣ обѣда, чѣмъ вызывается обильное отдѣленіе слюны, проглатываніе которой способствуетъ нейтрализаціи излишней кислотности. Я совѣтую поэтому такого рода больнымъ всегда носить съ собою сухія корки хлѣба и при появленіи боли тотчасъ начать жевать маленькій кусочекъ.

#### К а з у и с т и н а.

Купецъ S., 35 лѣтъ. 5 лѣтъ періодически появляется тяжесть подъ ложечкой и жжение послѣ ѣды, очень часто много времени спустя послѣ обѣда—схваткообразныя боли; потерялъ 14 фунтовъ въ вѣсѣ стулъ правильный.—Больной приписываетъ свою болѣзнь „объядѣнію“ въ юности. Часто рвоты кислой жидкостью и пищей. П. З. очень жидокъ, О. К. 80, содержитъ остатки ветчины, съѣденной съ вечера.—Діета, какъ при язвѣ: три раза въ день миндальное молоко передъ ѣдой, белладонна съ противукислотными послѣ ѣды, безъ постельнаго режима, невозможнаго для пациента.—Черезъ 10 дней больной показался снова: болѣе нѣтъ, прибавка  $1\frac{1}{2}$  фунта, черезъ мѣсяць 3 фунта, болѣе нѣтъ, только разъ послѣ кофе съ пирожками было жжение въ желудкѣ, лекарства отмѣнены, миндальное молоко продолжаетъ, позднѣе Vichy.—Черезъ  $\frac{1}{2}$  года прибавка 7 фунтовъ, самочувствіе хорошее. Эпикризъ: Gastritis acida на днѣ и пилорической части, hyperchlorhydria съ временными спазмами выхода, ведущими къ застою пищи.

Alfons M., 38 лѣтъ, купецъ.—Большой курильщикъ, много пьетъ и ѣсть. 4—5 лѣтъ сильная изжога, 2—3 года частыя схваткообразныя боли in epigast. и позади грудины. Ожирѣлый пациентъ. Получаетъ утромъ масло, послѣ ѣды жевательныя таблетки и противукислотныя средства. Черезъ 4 недѣли: изрѣдка схватки. Послѣ курса Vichy, белладонны въ пилюляхъ, мин-



дальнаго молока больной освобождается отъ болей, но поздиѣ послѣ діетическихъ погрѣшностей появляется мало-по-малу изжога.

Купецъ R., 27 лѣтъ. Сильный курильщикъ.— $\frac{1}{2}$  года періодическія желудочныя схватки, нѣсколько разъ въ день спустя 2—3 часа послѣ ѣды; непосредственно послѣ ѣды облегченіе, аппетитъ удовлетворительный.—Утромъ  $\frac{1}{2}$  стаканчика масла, въ обѣдъ и утромъ чашка миндальнаго молока передъ ѣдой, два раза послѣ ѣды беладонна со щелочью.—Непосредственное облегченіе. Курсъ Vichy. Стойкое выздоровленіе.

Купецъ M., 43 лѣтъ, очень сильный курильщикъ, 12—14 сигаръ въ день, много ѣстъ, жирный. 5—6 лѣтъ жженіе in epig. послѣ очень сытныхъ обѣдовъ, 2 курса Karlsbad'a принесли преходящее улучшение. При легкой нераздражающей діетѣ, Vichy, жевательныхъ таблеткахъ самочувствіе хорошее, послѣ погрѣшностей въ діетѣ (куреніе, холодное пиво, сало, гуси и пр.) всегда снова жженіе въ желудкѣ. Новый курсъ въ Karlsbad'ѣ приноситъ выздоровленіе, длящееся до сихъ поръ.

Инспекторъ K., 39 лѣтъ. Злоупотребленіе ѣдой, пивомъ и куреніемъ. Нѣсколько недѣль чувство тяжести и жженіе in epig. и въ пищеводѣ, начинающіяся черезъ 2—3 часа послѣ ѣды, непосредственно послѣ ѣды облегченіе. Очень ожирѣлый пациентъ, O. K. П. З. 112 (!); метеоризмъ въ желудкѣ натошакъ 32 куб. с. желудочнаго сока O. K. 80.—Выздоровленіе послѣ многодѣльнаго употребленія Karlsbad'ской соли (2—3 чайныхъ ложки въ день передъ ѣдой, при воздержаніи отъ пива, куренія и жирной тяжелой пищи. Эпикризъ: Gastritis acida съ эрозіями (жженіе), не въ pylorus (эпигастралгій не было), и gastrosuccorhoea (раздраженіе желудочныхъ железъ).

Заключительныя замѣчанія. Я хорошо знаю, что точный діагнозъ желудочныхъ эрозій часто невозможенъ и нерѣдко ихъ можно только подозрѣвать съ извѣстной степенью вѣрности; многіе отрицаютъ даже ихъ существованіе, тѣмъ не менѣе я изъ практическихъ соображеній хотѣлъ бы сохранить эту форму болѣзни. Я думаю, что, во всякомъ случаѣ; простая гиперхлоргидрія, напр. нервная, безъ анатомическихъ поврежденій слизистой, не можетъ вызвать жженія и схватокъ. Тамъ, гдѣ онѣ наблюдаются, слѣдуетъ всегда думать объ органическомъ заболѣваніи желудка и направлять терапію въ эту сторону, чтобъ не явилось неожиданно желудочное кровотеченіе.

### Ракъ желудка.

Общія замѣчанія. Объ этиологіи рака, его патологической анатоміи, развитіи, частотѣ, наслѣдственности, возрастѣ, въ которомъ онъ наблюдается, и т. д., здѣсь не будетъ рѣчи, а будетъ лишь обращено вниманіе на значеніе язвъ



желудка и травмъ для возникновенія рака. — Злокачественное перерожденіе хронической язвы довольно часто встрѣчается, особенно въ пожиломъ возрастѣ. Кромѣ того рубцы послѣ язвъ также даютъ поводъ къ образованію карциномъ. Такъ развиваются *ulcera carcinomatosa*, о симптоматологіи которыхъ рѣчь ниже. — Ракъ желудка наблюдается большею частію или у людей, до того всегда имѣвшихъ здоровый желудокъ или, какъ выше упомянуто, страдавшихъ язвой. Пациенты съ другими хроническими желудочными болѣзнями, обыкновенно не заболѣваютъ ракомъ.

Мы придаемъ значеніе вліянію травмы, какъ острой, такъ и хронической, на развитіе рака желудка. Какъ правило, сначала образуется вслѣдствіе некроза отъ давленія язва, а изъ нея карцинома. Я подчеркиваю это обстоятельство, такъ какъ въ консультативной практикѣ часто приходится давать отвѣтъ, произошла ли карцинома, какъ слѣдствіе несчастнаго случая или нѣтъ.

Травмѣ, какъ острой, такъ и хронической мы должны приписать большое значеніе въ развитіи карциномы желудка. Теченіе обыкновенно таково: сначала вслѣдствіе некроза отъ давленія происходитъ язва, а изъ нея уже развивается карцинома. Я обращаю здѣсь на это особое вниманіе потому, что въ повседневной дѣятельности практическаго врача часто бываетъ необходимо рѣшить вопросъ, явилась ли карцинома послѣдствіемъ несчастнаго случая или нѣтъ.

Мы можемъ приписывать происхожденіе карциномы травмѣ въ томъ случаѣ, если первые симптомы злокачественнаго желудочнаго заболѣванія появились у субъекта, имѣвшаго до тѣхъ поръ вполне здоровый желудокъ, въ первые 1—1½ года послѣ травмы и если травма была нанесена въ желудочную область. Словомъ, нельзя признавать травматической этиологіи, не принимая въ расчетъ, когда была нанесена травма и въ какую область.

Карциномой рѣдко заболѣваютъ субъекты съ *Habitus enteroptoticus*. Чѣмъ шире грудь, тѣмъ больше предрасположеніе къ злокачественнымъ заболѣваніямъ пищеварительнаго канала. Мнѣ встрѣчались въ 8 разъ чаще раки желудка у лицъ съ широкимъ сложеніемъ, чѣмъ съ узкимъ. Это обстоятельство очень существенно для дифференціальной діагностики.

Общая симптоматологія и діагностика. Ракъ начинается почти всегда незамѣтно, изрѣдка болѣе или ме-



нѣе остро, проявляясь отсутствіемъ аппетита, отвращеніемъ къ мясу, тошнотой, общей разбитостью, большой слабостью и нерасположеніемъ къ работѣ. Мало-по-малу развивается похуданіе, анэмія и кахексія. Языкъ сильно обложенъ, такъ какъ больной очень мало ѣстъ и потому недостаточно очищаетъ языкъ жеваніемъ. Позднѣе появляется тяжесть подѣ ложечкой, особенно послѣ тяжелой пищи, такъ же, какъ при *gastritis chronica*, затѣмъ схваткообразныя, тянущія, сверлящія боли, смотря по тому сидитъ ли новообразование въ *pylorus* или недалеко отъ него. Въ такихъ случаяхъ къ указаннымъ симптомамъ присоединяется также рвота, которая вслѣдствіе примѣси крови имѣетъ черно-коричневый цвѣтъ (на подобіе кофе). Въ концѣ-концовъ, если кахексія очень значительна, появляется лихорадка и гидремія, а вмѣстѣ съ тѣмъ альбуминурія и отекъ лодыжекъ.

Нужно имѣть въ виду, что въ отдѣльныхъ случаяхъ аппетитъ можетъ долгое время оставаться хорошимъ, и больные могутъ не имѣть никакого отвращенія къ мясу и не обнаруживать никакой склонности къ рвотѣ. Это тѣ случаи, когда ракъ не поражаетъ входа и выхода желудка. *Haematemesis* и *melaena* здѣсь, конечно, также наблюдаются.

Когда карцинома расположена въ пилорической части, то, естественно, появляются симптомы суженія выхода желудка, т. е. задержка пищи. Дойдетъ ли дѣло въ дальнѣйшемъ до *gastrectasi*'и, какъ при доброкачественныхъ стенозахъ пилорической части, зависитъ отъ аппетита больного. Если у больного хорошій аппетитъ и онъ много ѣстъ, а рвотой страдаетъ изрѣдка, то большею частію образуется вторичное расширение желудка: когда же больные мало ѣдятъ, да и это немного удаляется со рвотой, то у нихъ происходитъ почти полное спаденіе желудочной полости. Уменьшеніе желудка особенно часто происходитъ при ракѣ входа въ желудокъ.

Секречія желудочныхъ железъ при карциномѣ почти совсѣмъ прекращается и получается та же клиническая картина, что и при *gastritis atrophicans*. Соляная кислота, сычугъ и пепсинъ совсѣмъ или почти совсѣмъ отсутствуютъ. П. З. имѣетъ такой же видъ, какъ при ахиліи. Исключеніе составляетъ такъ называемыя *ulcera carcinomatosa pylori aut antri pylori*, при которыхъ часто до конца жизни у больныхъ бываетъ свободная соляная кислота. Бываютъ случаи и первичныхъ раковъ съ непрекращающейся секреціей соляной кислоты; діагнозъ ихъ, конечно, очень труденъ.





Молочная кислота обнаруживается только въ застойныхъ массахъ при ракъ пилорической части, когда атрофія слизистой оболочки желудка настолько развилась, что уже не отдѣляется болѣе доступныхъ измѣренію количествъ HCl. Реакція Uffelmann'a на молочную кислоту положительна талеко не при всякой карциномѣ, потому что не всегда бываетъ застой, тѣмъ болѣе, что двигательная способность при ракахъ, сидящихъ не у pylorus, можетъ быть совершенно нормальной.

П. З. Ewald-Boas'a при ракахъ, протекающихъ безъ застоевъ пищи даетъ О. К. 6—8. Въ застойныхъ массахъ О. К., конечно, несравненно выше, такъ какъ въ нихъ находятся бродильныя кислоты, особенно молочная и уксусная.

Для дифференціального діагноза большое значеніе имѣетъ проба на недостатокъ соляной кислоты и проба фосфорновольфрамовой кислотой.

Стулъ соотвѣтственно незначительному количеству пищи обыкновенно задержанъ, только при осложненіяхъ (фистулы между желудкомъ и ободочной кишкой) можетъ появиться поносъ. Хроническіе поносы при achilia gastrica говорятъ за доброкачественный процессъ, но бываютъ исключенія.

Діагнозъ въ началѣ болѣзни часто очень труденъ, иногда ставится только вѣроятная діагностика, но когда въ эпигастріи можно ощутить бугристую, твердую опухоль, то распознаваніе, конечно, легко. Бываетъ множество случаевъ, при которыхъ опухоль не ощутима до конца жизни. Такіе случаи встрѣчаются преимущественно у мужчинъ нормальнаго сложенія, значить съ широкой грудью, тупымъ *angulus costarum* и плотными брюшными стѣнками. Въ такихъ случаяхъ опухоль, если только она, не лежитъ подъ ребрами въ лѣвомъ подреберьѣ, бываетъ скрыта большею частью подъ лѣвою лопастью печени и вслѣдствіе сращенія не можетъ опуститься внизъ и сдѣлаться ощутимой при пальпации.

Если опухоль прощупывается, то нужно раньше всего опредѣлить ея консистенцію (мягкая или твердая) и поверхность (гладкая или бугристая), а также отграничена она отъ окружающихъ частей или нѣтъ.

Дѣло въ томъ, что наблюдающіяся въ эпигастріи доброкачественныя опухоли, кисты, растянутый желчный пузырь или гипертрофированный привратникъ обыкновенно гладки и не слишкомъ тверды на ошупь. Прежде всего нужно обращать вниманіе на подвижность опухоли при дыханіи и можно ли



ее при этомъ фиксировать, т.-е. не подымается ли она снова кверху при выходѣ. Если опухоль подымается кверху, то можно предполагать сращеніе съ сосѣдными органами, особенно съ печенью; если, напротивъ, ее удается фиксировать, то желудочная опухоль свободна. Въ послѣднемъ случаѣ операція имѣетъ много шансовъ на успѣхъ и больного слѣдуетъ направить къ хирургу.

Конечно, слѣдуетъ обращать вниманіе и на чувствительность опухоли и не забывать также поизслѣдовать печень, лимфатическія железы паховой и надключичной области, въ ампуллѣ прямой кишки: нѣтъ ли гдѣ-нибудь метастазовъ.

**Дифференціальная діагностика.** Опухоли эпигастрія въ огромномъ большинствѣ случаевъ—карциномы желудка но въ этой области бываютъ изрѣдка также и доброкачественныя опухоли, такъ наз. *pseudotumores*: какъ кисты панкреатической железы, полипы, гуммы и камни печени, эхинококки; кромѣ того, злокачественныя новообразованія сосѣднихъ органовъ: панкреатической железы, двѣнадцатиперстной и ободочной кишки, печени и забрюшинныхъ лимфатическихъ железъ, проглоченныя инородныя тѣла могутъ давать поводы къ ошибкамъ въ діагнозѣ. Чаще всего источниками ошибокъ бываютъ гуммы лѣвой доли печени и опустившаяся и прощупываемая вслѣдствіе сокращенія *antri pylorici* выходная часть желудка, иногда рѣзкое сокращеніе *musculi recti abdominis*.

Мы не будемъ говорить здѣсь объ отличеніи рака отъ саркомъ, міомъ, фибромъ и липомъ желудка, такъ какъ оно не имѣетъ практическаго значенія, а интересно въ патолого-анатомическомъ отношеніи.

Постановка діагноза прежде, чѣмъ опухоль стала прощупываться и опредѣленіе положенія карциномы.

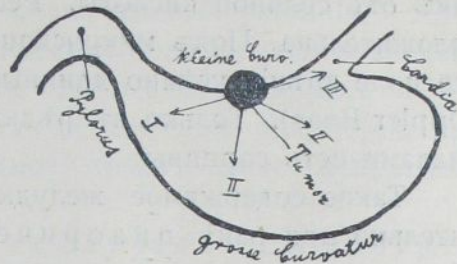
Въ діагностическомъ отношеніи карциномы желудка можно раздѣлить на три большія группы: пилорическія, кардіальныя и экстраостіальныя карциномы.

Каждая изъ этихъ трехъ группъ имѣетъ такія характерныя отличія, что распознаваніе ихъ довольно легко. Ракъ обыкновенно начинается въ какой-нибудь точкѣ малой кривизны, что находится въ соотвѣтствіи съ гипотезой о механической этиологіи злокачественныхъ новообразованій, потому что малая кривизна подвергается наибольшимъ механическимъ, химическимъ и термическимъ инсультамъ со стороны содержимаго желудка.



Этот рисунок схематически представляет развитие карциномы желудка. Если предположить, что опухоль начинается на малой кривизнѣ въ пунктѣ, обозначенномъ на рис. пятномъ, то ея распространеніе можетъ итти въ трехъ направлѣніяхъ: или въ сторону

pylogi (I), что бываетъ чаще всего, или по передней resp. задней стѣнкѣ желудка (II) или, наконецъ, и по направленію входа (cardia III); послѣднее встрѣчается рѣже всего. Конечно, бываетъ не мало случаевъ, при кото-



Фиг. 12.

рыхъ новообразованіе съ самаго начала развивается на пилорической части или близко отъ нея, или, наконецъ, у входа.

Легко видѣть, что всѣ эти формы рака вызываютъ совершенно различныя и своеобразныя клиническія симптомы:

I. Опухоль растетъ къ пилорической части или начинается на ней.

Въ этомъ случаѣ на первомъ планѣ среди клиническихъ явленій стоитъ застой пищевой кашицы. Застой этотъ выражается обильной рвотой причемъ особенно характерно, присутствіе въ рвотныхъ массахъ пищи, которую больной ѣлъ въ предыдущіе дни. Если, напр., больного рветъ остатками риса, плодовъ или овощей, которые были съѣдены за нѣсколько дней передъ этимъ, то діагностика застоя и суженія выхода желудка почти несомнѣнна.

Діагнозъ окончательно подтверждается находженіемъ остатковъ пищи при выкачиваніи желудка утромъ натощакъ. Субъективно больной ощущаетъ полноту и тянущія, схваткообразныя боли въ эпигастріи.

а) Въ застойныхъ массахъ содержится свободная соляная кислота.

Въ такомъ случаѣ имѣется или доброкачественное препятствіе или *ulcus carcinomatosum*. Дифференціальное распознаваніе возможно лишь послѣ длительного наблюденія. Обычно при *ulcus carcinomatosum* содержаніе кислоты уменьшено или быстро уменьшается, при доброкачественномъ препятствіи повышено; въ обоихъ случаяхъ микроскопически опредѣляются сарцины и дрожжи.

Однако при первичномъ ракъ pylogi въ началѣ болѣзни въ застойныхъ массахъ можно обнаружить соляную кислоту.



б) Застойныя массы не содержатъ совсѣмъ свободной HCl, а только молочную кислоту.

Бумага Конго обнаруживаетъ лишь незначительное потемнѣніе окраски, но никогда не получаетъ синеватаго тона, какъ отъ соляной кислоты. Реакція Uffelmann'a (см. выше) положительна. Подъ микроскопомъ не находятъ сарцинъ, но все поле зрѣнія усѣяно длинными, нитеобразными бациллами (Oppler Boas). Только въ рѣдкихъ случаяхъ наряду съ бациллами есть сарцины.

Такое содержимое желудка встрѣчается почти исключительно при ракъ пилорической части или ракъ сѣднихъ органовъ, суживающихъ выходъ желудка. Исключение представляетъ стенозирующій гастритъ (Boas), форма хроническаго катарра желудка, о которой было говорено въ главѣ „gastritis chronica“. Этотъ циррозъ pylori встрѣчается очень рѣдко, и потому мало принимается въ расчетъ при діагностикѣ; при леченіи же его такъ же, какъ и при карциномѣ пилорической части (резекція или gastroenterostomia), необходимо прибѣгать къ операци.

Очень рѣдко встрѣчается инфрапапиллярное суженіе двѣнадцатиперстной кишки и perigastritis chronica послѣ желчнокаменной болѣзни съ ахиліей.

Итакъ, въ подозрительномъ случаѣ, если даже опухоль не прощупывается, а находятся только остатки пищи въ желудкѣ натошакъ, мы можемъ съ большою вѣроятностью предполагать карциному pylori или portionis pyloricae, когда въ застойныхъ массахъ обнаруживается или молочно-кислое броженіе (первичная карцинома) или значительно пониженная реакція на соляную кислоту (ulcus carcinomatousum). Такіе случаи должны направляться къ хирургамъ, какъ ранніе случаи рака, при которыхъ легче различить, какую операцию болѣе цѣлесообразно произвести.

II. Ракъ развивается экстраостіально (въ тѣлѣ желудка) и не вызываетъ поэтому никакихъ симптомовъ стеноза въ выходѣ (pylogus) и входѣ (cardia).

Въ подобныхъ случаяхъ, какъ показываетъ схема, не появляется пилорическаго стеноза и слѣдовательно не образуется ни застоя, ни двигательной недостаточности. П. 3.



имѣть тѣ же свойства, какъ при gastritis atrophicans; въ обоихъ случаяхъ HCl, сычугъ и пепсинъ совершенно или почти всецѣло, отсутствуютъ: пробный завтракъ ахиличенъ.

Здѣсь микроскопич. изслѣдованіе содержимаго желудка добытаго натошакъ даетъ очень цѣнныя указанія.

На ряду съ клѣтками слизистой полости рта, пищевода, и мокроты находятъ большія количества красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, а также амебъ и инфузорій; при изъязвившемся ракъ содержимое имѣетъ очень неприятный запахъ.

Въ подозрительныхъ случаяхъ съ прогрессирующей кахексіей, отсутствіемъ аппетита, тяжестью подъ ложечкой и пр., гдѣ нѣтъ застоя, а лишь achylia gastrica, слѣдуетъ очень тщательно микроскопировать содержимое желудка натошакъ. Какъ правило удается добыть только нѣсколько куб. сант. которые приходится выдувать изъ зонда.

Ошибки возможны и здѣсь, такъ какъ и при доброкачественномъ gastritis atrophicans находятся кровяныя и гнойныя тѣльца, но, конечно, не въ такомъ большомъ количествѣ. Въ злокачественныхъ случаяхъ гной замѣтенъ уже микроскопически. При карциномѣ также долженъ отсутствовать въ слюнѣ роданистый калий (см. стр. 90).

По Воас'у въ подобныхъ случаяхъ очень важное значеніе имѣетъ изслѣдованіе испражнений на скрытую кровь. Если больному съ achyl'ей, послѣ предварительнаго промыванія желудка въ теченіе 3 дней не давали содержащихъ гемоглобинъ пищевыхъ веществъ, а на 4—уже была найдена скрытая кровь въ испражненіяхъ (конечно, не геморроидальнаго происхожденія), то это говоритъ въ высокой степени за скрытую, интерстиціальную карциному желудка. О производствѣ пробы на кровь см. стр. 46.

Нижеслѣдующая таблица указываетъ наиболѣе важные практическіе признаки для различенія доброкачественной ахили отъ злокачественной (табл. см. стр. 126).

III. Ракъ развивается по направленію ко входу или начинается у cardia.

Въ этомъ случаѣ къ общимъ симптомамъ болѣзни присоединяются еще затрудненія при глотаніи. Желудочный зондъ открываетъ препятствіе, отстоящее на 40 куб. сант. отъ переднихъ зубовъ. Въ подобныхъ случаяхъ также часто



Симптомы.	Achylia benigna.	A. maligna.
Вѣсь тѣла.	Увеличивается или не измѣняется.	Уменьшается.
Количество съчужнаго фермента	Увеличивается.	Уменьшается.
Проба на скрытую кровь въ испражненіяхъ.	Отрицательна	Положительна.
Микроскопія желудка натошакъ.	Слизь, эпителий, мало лейкоцитовъ.	Гной, кровь, инфузори, часто вонючій запахъ.
Недостатокъ HCl въ пробномъ завтракѣ.	Равенъ разницѣ между О. К. и 20.	Значительно больше.
Проба Salomon'a (см. описаніе).	Меньше $\frac{1}{3} \frac{0}{00}$ бѣлка.	Больше $\frac{1}{3} \frac{0}{00}$ бѣлка.
Проба на фосфорно-вальфрамую кислоту по Wolf-Iunghans'y.	При разведеніи въ 60 разъ отрицательна	При разведеніи въ 100 разъ и больше положительно.
Испражненія.	Очень часто хронической поносъ.	Чаще запоръ.

извлекается зондомъ кровь и вонючій гной. Застоя и молочнокислаго броженія здѣсь не бываетъ, какъ при интерстиціальной карциномѣ; въ худшемъ случаѣ могъ бы развиваться, какъ это и бываетъ порою, застой съ молочнокислымъ броженіемъ въ пищеводѣ.—Опухоль при этомъ расположеніи желудочнаго рака почти не прощупывается, она скрыта подъ печенью и ребрами.

Тщательное наблюденіе всѣхъ этихъ симптомовъ даетъ намъ возможность прослѣдить путь, который дѣлаетъ ракъ даже не прощупывая опухоли. Само собою разумѣется, что во многихъ случаяхъ діагностика остается лишь вѣроятною, такъ какъ наблюдаются только кахекскія и ахилія.

Во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ нужно дѣлать просвѣчиваніе рентгеновскими лучами. На тѣни отъ висмутовой кашицы видны отклоненія отъ нормы, утонченія, впадины, указывающія на карциному. Конечно, и объясненія



рентгено-граммы дают поводы къ ошибкамъ въ діагнозѣ.— Хирургъ врядъ ли можетъ обойтись безъ просвѣчиванія для выясненія положенія и величины подлежащаго удаленію новообразованія.

Въ сомнительныхъ случаяхъ показана также гастроскопія опытнымъ спеціалистомъ. Но она возможна не во всѣхъ случаяхъ. Тогда остается пробный разрѣзъ, который, если потребуется, можетъ быть оконченъ радикальной операціей. Elsner приводитъ случаи, когда поставленная гастроскопически діагностика рака оказалась неправильной.

Итакъ мы видѣли, какъ относительно легко удается даже безъ прощупыванія опухоли, 1. діагностизировать ракъ желудка какъ таковой, и 2. настолько установить его локализацию, насколько это нужно для леченія. Наши терапевтическія мѣропріятія всецѣло опредѣляются положеніемъ новообразованія; кромѣ того намъ необходимо знать положеніе рака для установки правильныхъ показаній къ хирургическому вмѣшательству.

Если опухоль прощупывается въ эпигастріи, то можно простымъ раздуваніемъ желудка опредѣлить, находится ли она на передней или задней стѣнкѣ желудка, геср. позади желудка. Опухоли передней стѣнки послѣ раздуванія становятся ясныѣ, а задней—исчезаютъ совсѣмъ. Для раздуванія пользуются лучше всего тонкимъ желудочнымъ зондомъ (8—9 миллиметр.) и двойнымъ баллономъ. Раздуванія желудка шипучими порошками нужно избѣгать, такъ какъ развитіе углекислаго газа часто происходитъ настолько обильно и бурно, что могутъ случаться обмороки и перфорации желудочной стѣнки.

Теченіе болѣзни. Болѣзнь обычно приводитъ черезъ 1—2 года къ смерти отъ истощенія, карциномы пилорической части обычно даже скорѣе, такъ какъ питаніе значительно больше страдаетъ вслѣдствіе препятствія къ переводу пищи въ кишки. Часто exitus наступаетъ значительно раньше вслѣдствіе профузныхъ кровотеченій, что можетъ случиться внезапно. Многіе случаи протекаютъ такъ скрытно, представляютъ такъ мало мѣстныхъ симптомовъ, что на лицо лишь картины прогрессивной пернициозной анеміи. Такіе случаи во всѣхъ направленіяхъ подвергавшіеся изслѣдованію самоновѣйшими методами, часто выясняются только при аутопсіи *in mortuo aut vivo*.



Осложненія. Не говоря о метастазахъ въ печень и сосѣднія лимфатическія железы и о сращеніяхъ съ сосѣдними органами, которыя бывають почти при всякой карциномѣ, иногда при ракахъ тѣла желудка дѣло доходить до образованія фистулъ между большой кривизной и поперечной ободочной кишкой. Коль скоро образуется это осложненіе, то появляется каловая рвота и жировыя испражненія. Кромѣ того, иногда образуются абсцессы брюшины, вскрывающіеся наружу или въ желудокъ со рвотой вонючими массами, а также поддіафрагмальныя абсцессы и асцитъ вслѣдствіе образованія метастазовъ брюшины.

О томъ, что при карциномѣ пилорической части нерѣдко развивается вторичное расширеніе желудка, было уже выше упомянуто.

#### *а) Внутренняя терапия.*

Леченіе. Внутреннее леченіе далеко не такъ безрезультатно, какъ можно было бы ожидать въ виду злокачественной природы болѣзни. Мы къ сожалѣнію, не въ силахъ излечить или остановить болѣзнь, но мы въ настоящее время все же можемъ съ одной стороны устранить или уменьшить страданія больного, и съ другой значительно продолжить его жизнь поднятіемъ силъ, если только этому не препятствуетъ соціальное положеніе больного.

Леченіе распадается на діететическое, механическое и лекарственное и опредѣляется исключительно положеніемъ новообразованія.

При новообразованіи въ pylorus діета должна быть совершенно жидкая со значительнымъ содержаніемъ жидкаго жира (сливочное масло, сливки, прованское масло); если стенозъ еще такого рода, что можетъ быть сдѣлана операція, то больной отнюдь не долженъ голодать.

При непилорической карциномѣ леченіе такое же, какъ при gastritis atrophicans.

Въ подобномъ случаѣ предпринимать операцію было бы безцѣльно, такъ какъ радикальная операція невозможна, а между тѣмъ въ этихъ случаяхъ желудочныхъ раковъ, съ почти нормальной двигательной способностью, можно діететическими мѣропріятіями добиться очень хорошихъ результатовъ, которые позволяютъ больному принять, участіе во многихъ житейскихъ радостяхъ. Прибавка вѣса на 10—20 фунтовъ послѣ точной діагностики при раціо-



нальной діетѣ не рѣдкость; мнѣ удавалось достигать этого часто. Такъ у меня былъ больной, который черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ начала раціональной діететической терапіи могъ отправиться на охоту. Къ сожалѣнію, это улучшение тянется лишь нѣсколько мѣсяцевъ, въ лучшемъ случаѣ  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  года, чтобъ снова уступить мѣсто прогрессирующей кахексіи.

Карциномы малой кривизны очень рѣдко узнаются настолько рано, что бываетъ возможно радикальное удаление. Обычно поздно дѣлать операцію даже уже тогда, когда впервые появляются подозрительные субъективные симптомы.

Въ подобныхъ случаяхъ назначается слѣдующая діета:

7 часовъ: мучной супъ на сливкахъ и маслѣ, бисквиты съ масломъ.—  
9 $\frac{1}{4}$  часовъ: чай со сливками, скобленая копченая лососина, или яйцо въ сметку.—12 часовъ: 1 тарелка рисоваго отвара, шпинатъ или пюре изъ моркови или молодыхъ стручковъ, протертое куриное мясо, вареные телячьи мозги или рыба, сладкій компотъ.—3 часа: какао на сливкахъ, кэксы.—5 $\frac{1}{2}$  часовъ: мучной супъ или каша съ большимъ количествомъ масла.—7 $\frac{1}{4}$  часовъ: чай со сливками, скобленая ветчина.—Молоко ad libitum.

Искусство кухарки должно сумѣть внести разнообразіе, такъ какъ больнымъ скоро надоѣдаетъ такая раціональная діета. При общеизвѣстномъ отвращеніи раковыхъ больныхъ къ мясу его можетъ замѣнить жареная въ маслѣ рыба.

При ракахъ *cardiae* назначаютъ ту же жидко-кашицеобразную діету, что и при пилорическихъ ракахъ; прибавку въ вѣсѣ здѣсь получить такъ же трудно, какъ и при ракѣ пилорическомъ, такъ какъ больнымъ приходится избѣгать плотной пищи.

Механическая терапія примѣняется только при пилорической карциномѣ. Каждое утро промываютъ желудокъ и вливаютъ въ него около 75 — 100 куб. саж. миндального или прованскаго масла. Если стенозъ небольшой степени, то этимъ вскорѣ достигаютъ прекращенія застоя при условіи, что діета соотвѣтствуетъ степени стеноза. Кромѣ того, промываніемъ и вливаніемъ масла достигаютъ прекращенія спазма пилорической части, исчезновенія болей въ животѣ и непріятной отрыжки, вслѣдствіе чего аппетитъ улучшается.

При кардіальныхъ и экстраостіальныхъ карциномахъ не нужно никакого механическаго леченія; въ настоящее время совершенно отказались также отъ зондированія суженаго входа въ желудокъ и наложенія постоянной канюли. Въ остальномъ леченіе рака входа желудка идентично леченію рака пищевода (см. соотв. гл.).



Лекарственная терапия направлена преимущественно къ поднятію аппетита, лучшему перевариванію пищи и устраненію болѣзненности. Обычно пользуются слѣдующими средствами:

Rp. Extr. fluid. Condurango 50,0

D. S. 3 раза въ день по  $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ передъ ѣдою.

Или Extr. Chin. (Nanning) 3 раза въ день по 20 капель.

Rp. Acid. mur. dil. 10,0

\* Tinct. zhei vin. 20,0

D. S. 3 раза въ день по 30 капель въ стаканчикѣ воды послѣ ѣды.

M.D.S. Черезъ 3 часа по 1 столовой ложкѣ.

Rp. Tinct. Bellad. 10,0

Tinct. Gentian. 40,0.

D. S. 3 раза въ день по  $\frac{1}{4}$  чайной ложкѣ (при пилорической карциномѣ передъ ѣдой).

Или при повышенной чувствительности къ кислому:

Rp. Tinct. bell. 5,0

Emulsio oleosa ad 300,0

Такъ называемые искусственные питательные препараты, какъ соматоза, эйказинъ, пуро, мясной сокъ, санатогенъ Valid, Riba и пр. и пр. могутъ здѣсь получить примѣненіе, какъ замѣна мяса. Ихъ даютъ по 3—4 чайныхъ ложки въ день, обычно разваренными въ молоко или супъ. Можно примѣнять также и дѣтскіе питательные препараты, какъ Odda, Mellins Food, мука Kufekc и пр. Въ частной практикѣ я даю иногда панкреонъ и пр. такъ же, какъ и при доброкачественной атрофіи.

#### б) Хирургическая терапия.

Здѣсь примѣняются три рода операций: гастростомія, резекція пилорической части и гастроэнтеростомія.

При кардіальныхъ карциномахъ и при ракахъ нижнихъ отдѣловъ пищевода примѣняется гастростомія, когда карцинома привела почти къ полной атрезіи и больные не могутъ глотать даже жидкости.

При экстраостіальныхъ карциномахъ нужно воздерживаться отъ операции; съ одной стороны потому, что болѣзнь невозможно здѣсь діагностицировать въ той стадіи, когда опухоль можно удалить, съ другой же стороны потому, что жизнь можно поддержать довольно долго при помощи одной внутренней терапии.

Настоящее поле примѣненія хирургіи—это пилорическая карцинома, которую нужно оперировать какъ можно раньше. Необходимо каждому больному,



съ молочно-кислымъ броженіемъ въ содержимомъ желудка натошакъ, предлагать операцію, чтобъ не упустить удобнаго момента для операціи. Обыкновенно больные рѣшаются на операцію только тогда, когда внутреннее леченіе, промыванія и пр., уже не дѣйствуетъ; но тогда очень часто бываетъ ужъ поздно.

Хирургу должно быть предоставлено право рѣшать послѣ вскрытія брюшной полости, дѣлать ли радикальную операцію (резекцію) или палліативную (гастроэнтеростомію). Когда опухоль еще не проросла, въ печени и въ лимфатическихъ железахъ нѣтъ еще метастазовъ, нужно попробовать резекцію, въ противномъ случаѣ гастроэнтеростомію.

Подобные больные, какъ извѣстно, послѣ удачной операціи, особенно послѣ резекціи, въ нѣсколько мѣсяцевъ прибываютъ въ вѣсъ на 30—40 фунтовъ и живутъ еще нѣсколько лѣтъ, чувствуя себя вполне хорошо. Описанъ случай, гдѣ не появлялось никакихъ рецидивовъ въ теченіи 5—6 лѣтъ.

Добавленіе. Въ послѣднее время были сдѣланы, пока безрезультатныя, попытки леченія радіемъ и рентгеновскими лучами. Solaminis causa можно давать мышьякъ подкожно; Blumenthal рекомендуетъ ежедневно по шприцу Atoxyl 1,0, Novocain 0,1, Aq. destil. 10,0; R. Ostreich дѣлаетъ опыты съ инъекціями Antituman'a (хондроитиносѣрнокислый натрій). Онъ вводитъ 1—2 раза въ день по 4 куб. сант.  $2\frac{1}{2}\%$ -наго воднаго раствора, т. е. по 0,1 pro dosi.

#### К а з у и с т и н а .

Экстраостіальные случаи. М., 50 лѣтъ, редакторъ. 5 лѣтъ назадъ диагностированъ Gastritis atrophicus, послѣ курса леченія въ Kissingen'ѣ около 8 мѣсяцевъ хорошее самочувствіе, а съ тѣхъ поръ исхуданіе, отсутствіе аппетита, тяжесть подъ ложечкой, часто рвоты, но никакой боли.—Опухоль не прощупывается, рѣзкая кахексія. Желудокъ натошакъ пустъ, но содержитъ кровь и гной.—Пациентъ, при постельномъ содержаніи, пища изъ пюре съ большимъ количествомъ масла и употребленіи HCl прибавилъ 15 фунтовъ вѣса, сталъ работоспособнымъ и даже отправился на охоту.—Черезъ 1 годъ больной умеръ отъ кахексіи.

Bertha H., 49 лѣтъ, заним. дом. хоз.—Годъ назадъ заболѣла „катарромъ желудка“ и желтухой; постепенное ухудшеніе, отсутствіе аппетита и поносы; въ настоящее время послѣ ѣды тяжесть въ эпигастріи, тянущая и схваткообразная боль, сильное исхуданіе.—Кахексія, опухоль не прощупывается. Желудокъ натошакъ содержитъ слизь и гнойныя тѣльца. П. З. совершенно ахиличенъ, О. К. 5.—Діета изъ пюре, масла, HCl.—Пациентка окрѣпла въ слѣдующемъ мѣсяцѣ, прибавила 20 фунтовъ, но черезъ 1 годъ 5 мѣсяцевъ умерла отъ кахексіи съ ясно прощупывавшеюся опухолью.

Пилорическія карциномы. Ernst St., 55 лѣтъ, торговецъ.—



За 4 недѣли до перваго посѣщенія здоровъ, съ тѣхъ поръ скверный аппетитъ, частыя рвоты послѣ плотной пищи, также застоившимися массами, напр., виноградомъ, стулъ правильный, исхуданіе, послѣ твердой пищи тяжесть и сверлящая боль подъ ложечкой. Раньше всегда здоровый желудокъ.—Пациентъ хорошаго сложенія, блѣдный, худой, опухоль не прощупывается, большая кривизна на высотѣ пупка, въ желудкѣ застоинныя массы съ запахомъ  $H_2S$ , свободная  $HCl$ , сарцины, нѣтъ молочной кислоты, О. К. 52.—Діета, кондуранго, промыванія.—Черезъ 10 дней исчезли застои и боли,  $HCl$  обнаруживается.—Черезъ 6 недѣль прибавка 7 фунтовъ, хорошее самочувствіе при діетѣ изъ пюре безъ промываній, опухоль неощутима, пациентъ вполне работоспособенъ.—Черезъ 2 мѣсяца послѣ пробнаго ужина (мучной супъ съ изюмомъ) застой съ молочной кислотой (!) молочно-кислыми бациллами и небольшимъ количествомъ сарцинъ.—Въ слѣдующія 4 недѣли пациентъ прибавляетъ еще 3 фунта; лѣтомъ послѣ погрѣшности въ діетѣ (молочная сыворотка), получаетъ діаррею и теряетъ 10 фунтовъ за недѣлю. Затѣмъ снова приобретаетъ 6 фунтовъ, но во время путешествія съѣдаетъ въ ресторанѣ телячью котлету, возвращается домой больнымъ и спустя 2 недѣли при явленіи закрытія pylori погибаетъ черезъ 11 мѣсяцевъ отъ начала леченія. Опухоль послѣ похуданія стала прощупываться.

*Ulcer a carcinomatosa.* 1. Carl T., 52 лѣтъ, извозчикъ. 3 года эпигастралгіи, кровавая рвота, *gastrosuccorhea* и *hyperchlorhydria*, О. К. 90, діетой и масломъ вылеченъ. 4 недѣли назадъ рецидивъ, застой, рвота; сначала помогаютъ промыванія и масло, *hyperaciditas* въ теченіе 6—8 недѣль переходитъ въ *subaciditas*, сарцины пропадаютъ.—Пациентъ слишкомъ поздно рѣшился на операцію и черезъ 6 дней послѣ нея погибъ. Аутопсія: *ulcus carcinomatosum pylori*.

2. Ernst H., 58 лѣтъ, рабочій. 20 лѣтъ назадъ кровавая рвота и частыя желудочныя схватки со рвотой передъ и послѣ нихъ. Боленъ 2 недѣли, боли въ желудкѣ, рвота и желтуха.—Пациентъ исхудалый и кахектичный, въ эпигастріи величиною съ кулакъ бугристая опухоль, никакого застоя.

3. Ernst P., 44 лѣтъ, инспекторъ.—20 лѣтъ періоды эпигастральгіи, преимущественно весной и осенью, 3 года назадъ *melaena*, 6 мѣсяцевъ длятся схватки и тянущія боли въ эпигастріи, особенно послѣ твердой пищи.—Никакой опухоли, натошакъ въ желудкѣ кровь, слизь и гной. П. З. вполне ахилченъ, кахексія.

4. Emma Sch., 37 лѣтъ, жена рабочаго.—15 лѣтъ симптомы язвы желудка, кровавая рвота, тянущія боли, схватки, рвоты и изжога, послѣ курса по Leube значительное облегченіе. У пациентки развились рубцовыя стягиванія и застой, подверглась гастроэнтеростоміи, 2—3 года была здорова, прибавилась въ вѣсъ, послѣ этого сзади операціоннаго рубца развилась опухоль съ кулакъ, смерть отъ кахексіи.

### Грыжи эпигастрія.

(такъ наз. желудочныя грыжи).

Грыжи эпигастрія—это маленькія грыжи бѣлой линіи величиною отъ чечевицы до лѣснаго орѣха, въ которыхъ лежатъ обыкновенно только кусочекъ жировой ткани большого



или малаго сальника въ рѣдкихъ случаяхъ и часть самаго сальника. Онѣ происходятъ при подыманіи большихъ тяжестей вслѣдствіе рѣзкихъ напряженій прямыхъ мышцъ живота, при постоянномъ сильномъ кашлѣ и при травмѣ. Щель фасціи всегда поперечна, никогда не вертикальна. Часто встрѣчающіяся грыжи пупочнаго кольца имѣютъ мало клиническаго значенія.

Симптомы: сильныя боли при подыманіи, кашлѣ, чиханіи, надавливаніи и пр., если ущемленъ кончикъ сальника. Когда пациентъ ложится, боли прекращаются.—Объективно очень легко найти грыжу, если заставить больного покашлять. Очень часто эти грыжи не вызываютъ никакихъ симптомовъ.

Діагнозъ очень легокъ, если вообще помнитъ о возможности такой грыжи. Возможно смѣшеніе съ другими грыжами, коликами, аппендицитомъ и особенно язвой желудка. Когда напр., малый сальникъ крѣпко ущемленъ вблизи пилорической части, боль можетъ появляться регулярно черезъ 2—3 часа послѣ ѣды, такъ какъ въ это время пилорическая часть сильнѣе всего сокращается и тянетъ сальникъ. Осмотръ быстро разъясняетъ ошибку.

Терапія. Вправляютъ грыжу и назначаютъ грыжевой бандажъ или напр., повязку изъ липкаго пластыря, какъ при переломахъ ребра; затѣмъ слѣдятъ, чтобъ не происходило сильнаго напряженія брюшныхъ мышцъ, даютъ, напр., морфій противъ приступовъ кашля.

Нужно попробовать инъекціи фибролизина, рекомендуемая Ehrlich'омъ (Arch. f. Verd. XVII).

Бываютъ, конечно, случаи невраваемыхъ грыжъ, при которыхъ помогаетъ только хирургическое вмѣшательство, къ которому и прибѣгаютъ въ случаѣ, гдѣ терапевтическія мѣропріятія не помогаютъ.

#### К а з у и с т и к а .

Otto G., 30 лѣтъ, купецъ.—Въ теченіи 6—7 недѣль частыя боли въ желудкѣ, особенно при подыманіи, сгибаніи, протягиваніи рукъ вверхъ. Больной все переноситъ.\* Маленькая грыжа эпигастрія.—Бандажъ, іодъ. Выздоровленіе.

Экспедиторъ O., 40 лѣтъ.—2 года существуютъ сильныя боли въ области желудка преимущественно черезъ 2 часа послѣ ѣды. Боли прекращаются, когда больной ложится. Hyperchlorhydria, O. K. 70. Двѣ эпигастріальныя грыжи величиною съ горошину. При лежаніи въ постели болей нѣтъ. Пациентъ отказался отъ леченія, услыхавъ про операцію.



### Расширеніе желудка.

Гастрэктазія (*Stenosis pylori*, застойный желудокъ), механическая недостаточность, *vitium pylori* или *duodeni*).

Опредѣленіе. Въ настоящее время подъ расширеніемъ желудка разумѣють такую форму заболѣванія этого органа, при которой желудокъ не въ состояніи освободиться отъ пищевой кашицы, т. е. происходитъ долговременный застой пищи. Положеніе большой кривизны само по себѣ не имѣетъ значенія для діагноза, такъ наз., расширенія желудка, дѣло касается не величины, но работоспособности желудка.

Названіе „гастрэктазія“ произошло въ тѣ времена, когда еще не имѣли понятія о начальномъ стадіи болѣзни, а діагностицировали лишь конецъ ея, т. е. расширеніе органа, принимая его за наиболѣе важный симптомъ самой болѣзни. Если же мы употребляемъ теперь выраженіе „расширеніе желудка“, мы должны ясно отдавать себѣ отчетъ, что этимъ названіемъ обозначается только одинъ изъ симптомовъ болѣзни, а не самое заболѣваніе.

Чтобъ это понятіе стало болѣе яснымъ, я проведу аналогію между желудкомъ и сердцемъ. Подобно тому, какъ появляется острое расширеніе сердечныхъ желудочковъ безъ пороковъ клапановъ, такъ появляется и острое расширеніе желудка вслѣдствіе переполненія этого органа пищей или вслѣдствіе паралича нервно-мышечнаго аппарата. Напротивъ, хроническія расширенія желудка происходятъ исключительно вслѣдствіе *vitium pylori* или *duodeni* точно такъ же, какъ гипертрофіи и расширеніе сердца при порокахъ клапановъ. Такимъ образомъ прежде всего образуется *vitium pylori*, а затѣмъ вторично уже появляется застой пищи и, наконецъ, расширеніе желудка.

Всякое расширеніе есть *vitium pylori* (*duodeni*) въ стадіи разстроенной компенсациі.

Различаютъ, какъ упомянуто, острия и хроническія формы недостаточности желудка. Острыя встрѣчаются чрезвычайно рѣдко и представляютъ въ общемъ картину *gastritis acuta* или высокосидящаго *ileus*, къ описанію которыхъ мы и отсылаемъ читателя.

Этіологія. Причина настоящаго расширенія желудка—механическое препятствіе у выхода, такъ наз. *vitium pylori*. Въ настоящее время уже почти перестали считать при-



чиной хроническаго растяженія первичную мышечную слабость желудка.

Помимо злокачественныхъ пилорическихъ стенозовъ со вторичными гастрэктазіями, о которыхъ была уже рѣчь въ главѣ „о карциномѣ желудка“, существуетъ еще двѣ большія группы доброкачественныхъ суженій выхода, точное знаніе которыхъ необходимо для правильнаго распознаванія и теченія болѣзни.

Первая группа обнимаетъ собою тѣ причинные факторы, которые производятъ органическія неподдающіяся измѣненія выхода или даже всей выходной части желудка, дѣйствуя извнутри или снаружы: прежде всего это рубцовыя суженія послѣ язвы, далѣе спайки при перигастритахъ и желчныхъ камняхъ, сращенія съ панкреатической железой, печенью, передней стѣнкой живота (послѣ травмы), наконецъ стенозы отъ давленія и перегибы двѣнадцатиперстной кишки у *plica duodeno jejunalis* при энтероптозѣ.

Вторая группа обнимаетъ тѣ причинные моменты, которые вызываютъ временные функциональные стенозы. На первомъ мѣстѣ здѣсь стоитъ спазмъ *pylori*, который наблюдается при фиссурахъ, эрозіяхъ, маленькихъ изъязвленіяхъ и рубцахъ ея, но отнюдь не при неврозахъ. Вслѣдствіе воспалительнаго набуханія въ окружности язвъ *pylori* также можетъ образоваться временное суженіе выхода желудка, чѣмъ вызывается преходящее растяженіе органа.

Острая травма эпигастрія на ряду съ пилорической язвой можетъ вызвать также стенозъ *pylori* и гастрэктазію. Травма вызываетъ или некрозъ слизистой или гематому между слизистой и мышечной [оболочками. Вслѣдствіе перевариванія некротизированнаго участка образуется язва, которая съ своей стороны или вслѣдствіе спазма *pylori* или, благодаря образованію рубца, вызываетъ механическое препятствіе въ выходѣ желудка и вмѣстѣ съ тѣмъ гастрэктазію. Впрочемъ эти, такъ-наз., травматическія расширенія относительно рѣдки.

Болѣзни, ведущія, въ концѣ концовъ, къ эктазіи желудка, распредѣленныя въ порядкѣ ихъ частоты, слѣдующія:

*Ulcus pylori et antri pylorici*, эрозіи и фиссуры, перигастрическія сращенія, *ulcus duodenale*, желчные камни съ перихолециститомъ



энтероптозъ, грыжи эпигастрія, травмы, проглоченныя тѣла, закрывшія выходъ желудка. Сюда же относятся образованія изъ проглоченныхъ истеричками волосъ. Что какая-нибудь опухоль выхода желудка, злокачественная или доброкачественная, можетъ вызвать гастрэктазію, это само собою понятно, точно также это можетъ произойти и при опухоли сосѣднихъ органовъ, сдавливающей выходъ желудка, печени, желчнаго пузыря, панкреатической железы и двѣнадцати-перстной кишки.

Мы имѣемъ такимъ образомъ двѣ формы гастрэктазій въ зависимости отъ того, существуетъ ли временное или постоянное, неисправимое органическое препятствіе. При обѣихъ формахъ, кромѣ злокачественныхъ случаевъ, почти всегда существуетъ гиперхлорхидрія и гиперсекреція,—если только болѣзнь продолжается нѣкоторое время,—какъ слѣдствіе чрезмернаго раздраженія, которое вызывается въ желудочныхъ железахъ застоємъ пищевой кашицы. Гиперхлорхидрія, сопровождающая пилорическій стенозъ, никогда не бываетъ причиной, а лишь послѣдствіемъ этой болѣзни, исключая упомянутыхъ случаевъ gastritis acida съ эрозіями пилорической части.

Очень характерно для спастической формы гастрэктазій ихъ часто перемежающееся теченіе; смотря по тому, какъ часто рецидивируютъ язвы или эрозіи пилорической части, такъ же часто происходитъ набуханіе и стенозъ рулогі и вмѣстѣ съ тѣмъ недостаточность его. Бываютъ больные, у которыхъ гастрэктазія появляется на нѣсколько недѣль ежегодно 1—2 раза и, что удивительно, обычно весной и осенью. При переходѣ на жидкую діету, такіе больные скоро вылечиваются и мѣсяцами чувствуютъ себя совершенно здоровыми, пока вслѣдствіе погрѣшности въ ѣдѣ или механической причины эрозія или язва не появится снова.

При органическихъ стенозахъ, какъ уже было указано, часто суженіе увеличивается благодаря спазму; это бываетъ напр. тогда, когда старая зарубцевавшаяся язва вновь изъязвляется и даетъ поводъ своимъ раздраженіемъ къ спазму.

Симптоматологія. Наболѣе вѣрный субъективный симптомъ гастрэктазій это обильная рвота, появляющаяся въ тяжелыхъ случаяхъ ежедневно, въ болѣе легкихъ—время отъ времени. Особенно характерна рвота пищею, съѣденною въ одинъ изъ предыдущихъ дней. Случается, что въ рвотныхъ



массахъ встрѣчаются остатки плодовъ и овощей, съѣденныхъ нѣсколько недѣль тому назадъ, особенно часто виноградъ, изюмъ, рисъ и т. п. Въ болѣе легкихъ случаяхъ бываетъ лишь рвота кислой жидкостью (желудочнымъ сокомъ) черезъ нѣсколько часовъ послѣ обѣда, т. е., поздно вечеромъ или ночью. Это случаи, при которыхъ *vitium rugi* вызванъ или спазмомъ или незначительнымъ рубцовымъ стенозомъ (относительный пилорическій стенозъ). Часто больные искусственно вызываютъ рвоту, чтобъ получить облегченіе. Послѣ рвоты больные большей частью чувствуютъ себя хорошо и ѣдятъ съ аппетитомъ до тѣхъ поръ, пока желудокъ снова не переполнится, и тогда это снова вызываетъ рвоту.

Изъ диспептическихъ явленій больше всего беспокоятъ больныхъ тянущія, схваткообразныя, жгучія и сверлящія боли эпигастрія, точно такъ же какъ при язвѣ, и прекращающіяся, когда желудокъ искусственно или естественно опорожнится. Кромѣ того бываетъ изжога, чувство полноты и постоянное вздутіе желудка, исключая часовъ, непосредственно слѣдующихъ за рвотой или промываніемъ.

Часто наблюдается отрыжка  $H_2S$ , какъ слѣдствіе бѣлковаго разложенія; больные называютъ ее „отрыжкой тухлыми яйцами“.

Аппетитъ при доброкачественныхъ эктазіяхъ обычно очень хорошъ; несмотря на это питаніе значительно падаетъ, такъ какъ больные боятся ѣсть. Поэтому-то появляется задержка стула и исхуданіе. Къ тому же, всасываніе пищи вслѣдствіе затрудненнаго переведенія ея въ кишки значительно уменьшается, что является главной причиною исхуданія. Часто видишь такихъ исхудалыхъ, какъ скелеть, больныхъ, и думаешь, что имѣешь передъ собою ракового больного. Потеря вѣса отчасти должна быть поставлена на счетъ обѣднѣнія организма водою.

Въ соотвѣтствіи съ уменьшенной всасываемостью воды, жажда очень велика.

Въ конечной стадіи гастрэктазіи, гдѣ дѣло доходитъ до большого высыханія тканей, развивается симптомокомплексъ тетаніи—невроза, при которомъ появляется тетаническая судорога конечностей и который по большей части ведетъ къ смерти.

Количество мочи почти всегда уменьшено. Чѣмъ



значительнѣе стенозъ, тѣмъ меньше количество мочи, это удовлетворительно объясняется тѣмъ, что вода всасывается только въ кишечникѣ. Количество мочи является поэтому точнымъ показателемъ интенсивности пилорического стеноза. При карциноматозномъ суженіи выхода желудка, при которомъ часто бываетъ почти полная клиническая *atresia pylori*, количество мочи доходить порою до 4—500 куб. сант. въ 24 часа.

Непосредственно видимые признаки: низкое стояніе большой кривизны и такъ назыв. „спазмы желудка“ (*Boas*); послѣднія состоятъ въ видимыхъ черезъ стѣнки живота перистальтическихъ сокращеніяхъ желудка, распространяющихся отъ входа къ выходу его. Эти сокращенія желудка абсолютно вѣрный признакъ пилорического стеноза. Ихъ потому легко видѣть, что брюшные покровы у такихъ больныхъ очень дряблы и тонки, а стѣнки желудка почти непосредственно прилежать къ кожѣ.

Низкое стояніе большой кривизны, обнаруживаемое легко по методу проф. Образцова (см. общ. ч. стр. 17—18), часто даетъ поводъ къ ошибкамъ, такъ какъ оно наблюдается не только при эктазиі, но и при птозахъ и при вертикальномъ положеніи желудка, а также при мегалогастриі, т. е. физиологическомъ большомъ желудкѣ, встрѣчающемся иногда у лицъ, чрезмѣрно много ѣдящихъ и пьющихъ.

Такое же обманчивое значеніе для діагноза гастрэктазиі имѣетъ шумъ плеска въ эпигастриі ниже пупка. Онъ бываетъ особенно часто при гастроптозѣ и сходныхъ съ нимъ состояніяхъ, (подробности см. въ главѣ „Атонія“). Такъ какъ достаточно незначительнаго количества секрета для вызыванія въ пустомъ желудкѣ при сильной пальпациі шума плеска, то легко понять, какъ мало значенія имѣетъ этотъ симптомъ для опредѣленія застоевъ пищи.

Абсолютную увѣренность въ существованіи гастрэктазиі даетъ намъ только зондированіе желудка натошакъ. Если при повторномъ изслѣдованіи получаютъ остатки пищи, то гастрэктазія внѣ всякаго сомнѣнія.

Если же въ желудкѣ натошакъ нѣтъ пищевыхъ остатковъ, то этимъ гастрэктазія исключается, гдѣ бы ни стояла большая кривизна ниже ли, или выше пупка. Если въ желудкѣ натошакъ обнаруживается желудочный сокъ въ увеличен-



номъ количествѣ (40—50 куб. сант.), то это указываетъ на *gastrosuccorrhoea*ю, о которомъ будетъ рѣчь въ особой главѣ.

При доброкачественныхъ пилорическихъ стенозахъ въ желуд. сокѣ всегда находится  $\text{HCl}$ , почти всегда имѣется гиперхлорхидрія или гиперсекреція, вслѣдствіе усиленнаго раздраженія железъ застойными массами. Лишь рѣдко встрѣчается нормальная или пониженная кислотность. Это именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ долго продолжавшаяся болѣзнь вызвала уже пониженіе функций железъ. При инфрапапиллярномъ стенозѣ двѣнадцатиперстной кишки съ вторичнымъ расширеніемъ желудка еще раньше появляется недостатокъ соляной кислоты. О. К. содержимаго желудка, натошакъ, обыкновенно, выше 100, такъ какъ къ желудочной кислотности присоединяются еще кислоты броженія и кислоты, выдѣленные съ пищей, главнымъ образомъ, мясомолочная кислота. О. К. выше 150—160 бываетъ нерѣдко.

При злокачественныхъ стенозахъ привратника въ застойныхъ массахъ обычно не находятъ свободной  $\text{HCl}$ , а только кислоты броженія, особенно молочную кислоту; только въ самомъ началѣ первичнаго рака *pylogi* можно встрѣтить въ жел. сокѣ свободную  $\text{HCl}$ .

Если у больного находятъ пилорическій стенозъ и въ застойныхъ массахъ уменьшенное количество соляной кислоты, а въ анамнезѣ имѣется указаніе на язву, то это внушаетъ подозрѣніе о злокачественномъ перерожденіи язвы. Такихъ больныхъ, какъ было упомянуто, нужно возможно скорѣе направлять къ хирургамъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи при доброкачественномъ стенозѣ находятъ всегда сарцины и дрожжи, при злокачественномъ всегда большія количества бациллъ наряду съ дрожжами. Подробности смотри въ главѣ о „микроскопії желудочнаго содержимаго“.

Діагнозъ. Діагностика расширения желудка очень легка, труднѣе опредѣлить форму расширения.

Если натошакъ есть застой, то механическое препятствіе въ пилорической части вѣ сомнѣнія. Если же кромѣ того большая кривизна стоитъ ниже пупка, то стенозъ вызвалъ наряду съ застоємъ уже и дилатацію.

Никогда нельзя ставить діагноза расширения желудка, не произведя зондированія натошакъ и не обнаруживъ застоя, хотя бы больной опредѣленно заявлялъ, что его рвало пи-



щей, которую онъ ѣлъ нѣсколько дней тому назадъ.

Выяснить природу препятствія часто трудно. Если раньше появленія гастрэктазіи многіе годы періодически появлялись эпигастралгіи (см. гл. „о язвѣ“), и кромѣ того наблюдались кровавыя рвоты, то причиной является зарубцевавшаяся *ulcus pylori*. Если были желчныя колики съ желтухой или травма, то можно скорѣе думать о перигастрическихъ сращенияхъ, которыя стѣснили выходъ желудка.—Если эктазія появилась сравнительно недавно у субъекта до того здороваго, то вѣроятно имѣется злокачественное новообразование, сидящее у выхода или вблизи него, особенно, если отдѣленіе HCl понижено.

Нужно думать о пилороспастической гастрэктазіи, всякій разъ, когда регулярно въ опредѣленное время дня, преимущественно черезъ 4—5 часовъ послѣ обѣда, у больного появляются схватки.

Точное распознаваніе этиологіи возможно однако только послѣ долгаго наблюденія.

Легкіе (латентные) случаи относительнаго пилорического стеноза распознаются при помощи пробнаго ужина. Микроскопически обнаруживается застой и повышенное выдѣленіе желудочнаго сока (см. ниже).

Но если діагнозъ *gastroectasia* и легко поставить, какъ таковой, все же больного нужно просвѣтить, если излеченіе его медленно подвигается впередъ. Рентгеновское изслѣдованіе дастъ совершенно опредѣленныя указанія на перемѣщенія и искривленія органа, напр. при „песочныхъ часахъ“, на расширенія и суженія двѣнадцатиперстной кишки. Оно безусловно необходимо, когда рѣчь идетъ о томъ, дѣлать ли операцію и какую.

Дифференціальная діагностика. Едва ли можно смѣшать съ хронической гастрэктазіей какое-либо другое заболѣваніе, если руководствоваться застоємъ пищи въ желудкѣ натошакъ. Напротивъ, какъ уже упомянуто, низкое стояніе большой кривизны находятъ и при энтероптозѣ и при вертикальномъ положеніи желудка, а также при мегалогастріи. Если послѣ пробнаго ужина желудокъ утромъ натошакъ окажется пустымъ, то гастрэктазія исключается.

Прогнозъ при гастрэктазіи зависитъ всецѣло отъ основной болѣзни. Спастическія формы даютъ хорошую прогностику и вполнѣ могутъ быть вылечены, т. е. желудокъ



такого больного можетъ снова возстановить свою сократительную способность; при гастрэктазіяхъ же вслѣдствіе органическихъ препятствій у выхода желудка можно ожидать лишь относительнаго выздоровленія, т. е. больные всю жизнь должны время отъ времени промывать желудокъ и придерживаться соотвѣтствующей діэты (богатая жиромъ кашицеобразная пища). Они могутъ быть вполнѣ излечены только хирургическимъ путемъ. Въ каждомъ случаѣ нужно ставить прогностику сначала съ большой осторожностью, пока не будетъ выяснена природа заболѣванія. Чѣмъ обильнѣ застои и чѣмъ меньше мочи, тѣмъ хуже прогностика. Очень ухудшаетъ предсказаніе появленіе приступовъ тетаніи.

Осложненіемъ *gastréctasiae* является тетанія, появленіе которой дѣлаетъ прогностику очень тяжелой. Она—*signum mali ominis* и ведетъ, если не будетъ немедленно произведена операція, къ смерти. (Alby, Ugu, и др.). Она проявляется тоническими схватками и рѣзкимъ повышеніемъ рефлекторной возбудимости мышцъ, особенно сгибателей. Рука принимаетъ, такъ-назыв., положеніе акушера; феноменъ *Chvostek'a* рѣзко выраженъ (контрактура мышцъ лица при поколачиваніи по *p. facialis*.)

Леченіе. Цѣли терапіи при различныхъ формахъ гастрэктазіи различны: при спастической формѣ мы стремимся лечить язву, эрозіи или воспалительное набуханіе *pylogi*. Если это удалось, эктазія проходитъ, такъ какъ прекращается спазмъ. При органическомъ стенозѣ наша задача заключается въ томъ, чтобы привести *vitium pylogi* снова въ стадію компенсаціи, такъ какъ каждая гастрэктазія, вызванная закупоркой *pylogi* представляетъ собою порокъ желудка въ стадіи разстроеной компенсаціи.

Леченіе бываетъ діететическое, механическое и наконецъ хирургическое.

Діэта должна собразоваться съ анатомическими измѣненіями, слѣдовательно должна быть жидкой или жидкокашицеобразной, чтобы могла свободно проходить черезъ суженный выходъ желудка. Кромѣ того, она должна заключать въ себѣ возможно больше калорій, слѣдовательно быть очень богатой жиромъ. Только при улучшеніи болѣзни пищу постепенно можно дѣлать гуще и, наконецъ, перейти къ мягко-твердой діэтѣ. Мясо и бѣлковыя тѣла слишкомъ измельчать не слѣдуетъ, такъ какъ находящійся въ избыткѣ желудочный сокъ достаточно хорошо это выполняетъ самъ. Только



при злокачественныхъ пилорическихъ стенозахъ нужно давать бѣлковыя тѣла въ жидкомъ или жидко-кашицеобразномъ состояніи, такъ какъ желудочный секретъ отсутствуетъ.

Въ такомъ случаѣ даютъ пищу, пропустивъ ее сквозь сито, дырочки котораго шириною примѣрно съ булавочную головку. Изъ пищевыхъ веществъ даются: сливки, масло, прованское масло, молочная сыворотка, молоко, мучные супы и бульонъ, сырыя яйца, скобленный бифштексъ, мясной сокъ, мясное желе, затѣмъ пюре изъ картофеля, моркови и стручковъ, шпинатъ, яблочный и сливовый муссъ, какъ напитокъ вино или фруктовые сиропы съ минеральной водой. Точную схему діеты смотри въ приложеніи.

Механическое леченіе состоитъ въ промываніяхъ желудка натошакъ, по возможности до тѣхъ поръ, пока промывная вода не будетъ вытекать совершенно чистой. Больные вскорѣ сами научаются дѣлать себѣ это промываніе. Обыкновенно для промыванія нужно около 2—3 литровъ чистой теплой воды,  $t^{\circ}$  около  $30^{\circ} R.$ ; прибавленіе какихъ-либо лекарствъ совершенно излишне. Послѣ промыванія вливаютъ въ желудокъ, или даютъ выпить 50—100 куб. сант. теплаго прованскаго масла чтобы промаслить неровную, суженную въ видѣ щели, часть желудка. Масло кромѣ того рѣзко понижаетъ гиперхлорхидрію и подымаетъ питаніе. Послѣ этого больные, раньше чѣмъ приниматься за ѣду, должны полежать  $\frac{1}{2}$ —1 часъ на правомъ боку.

Изъ лекарствъ примѣняются лишь Arg. nitric., Bismutum, щелочи и атропинъ. Лекарства, дѣйствующія на причину болѣзни, напр. Bism., Arg. nitr. и Atrop. даютъ передъ ѣдою, симптоматически дѣйствующія antacida послѣ ѣды. Я, обыкновенно, даю при спазмѣ pylorі сначаля масло, позже натошакъ чайную ложку висмута, совершенно также, какъ при язвѣ, кромѣ того въ обѣдъ и ужинъ за полчаса до ѣды atropinum sulfuricum ( $\frac{1}{2}$  mg.) въ видѣ прессованныхъ таблетокъ, или вмѣсто нихъ Eumydrin по Boas'у (10 капель 1 $\frac{0}{00}$  раствора). Черезъ 1—2 часа послѣ ѣды даютъ полную чайную ложку Magnesiaе ustae, carbonicae или ammonio-phosphoricae при запорахъ, или Natr. bic., или соли Vichy, или смѣсь Bourget.

Если внутренняя терапія безрезультатна и, несмотря на строжайшую діету, въ желудкѣ натошакъ продолжаетъ обнаруживаться застоявшаяся пища, количество мочи



остається ниже 500—600 куб. сант. и силы больного значительно падають, то больного направляютъ къ хирургу для операціи.

По вскрытіи брюшной полости, этотъ послѣдній уже рѣшаетъ дѣлать пилоропластику, резекцію pylori или гастроэнтеростомію.

Если операція удачна, больные иногда замѣчательно хорошо поправляются; прибавки вѣса въ 40—50 фунтовъ не рѣдкость. Особенно настойчиво нужно совѣтовать операцію въ случаѣ злокачественныхъ стенозовъ pylori.

Добавленіе: Острое расширение проявляется субъективно въ обильной рвотѣ, сначала пищей, затѣмъ желудочнымъ сокомъ и желчью, рвущими болями подъ ложечкой, объективно въ громадномъ растяженіи органа, который можетъ дойти до половины разстоянія между пупкомъ и лоннымъ сочлененіемъ.

Наиболѣе частая причина его -- перегибъ *plicae duodenojejunalis* (Albrecht) послѣ лапаротоміи. Предполагають, что въ подобныхъ случаяхъ при лапаротоміи вся масса тонкихъ кишекъ вмѣстѣ съ *radix mesenterii* опускается въ тазъ и такимъ образомъ перегибъ этой связки вызываетъ высоко расположенный *ileus*. Другіе авторы оспаривають это предположеніе и думаютъ, что первично развивается токсическій (хлороформъ или шокъ) параличъ мускулатуры желудка, быстрое расширение и опущеніе его и вторично перегибается двѣнадцатиперстная кишка.

Это осложненіе лапаротоміи чрезвычайно опасно для жизни. Только постоянное промываніе желудка съ высокимъ положеніемъ таза и низкимъ положеніемъ туловища въ нѣкоторыхъ случаяхъ ведутъ къ излеченію. Большинство больныхъ погибаетъ въ коллапсѣ, даже если сдѣлана попытка вторичной лапаротоміи.

Другими причинами острого расширения являются отравленія птоминами, переполненіе органа, травмы живота съ шокомъ и, наконецъ, центральные параличи. Эти формы менѣе опасны и излечиваются простой, нераздражающей діетой и промываніями желудка.

Примѣчаніе. Пилорическіе стенозы и вторичныя гастрэктазиі бываютъ и врожденные. Они характеризуются непрекращающейся рвотой и расширеніемъ желудка вскорѣ послѣ рожденія. Излеченія такихъ случаевъ можно ожидать только отъ хирургическаго пособія, но все же нужно сначала попробовать лечить промываніями и вливаніями масла.



## Казуистика.

1. Рубцовый пилорический стенозъ съ эктазіей. Етііе А., 40 лѣтъ, жена торговца молокомъ (случай изъ частной практики). Случай рубцоваго пилорического стеноза послѣ язвы, громадное расширение желудка съ симптомами тетаніи, послѣ леченія масломъ очень быстрое улучшение, прибавка вѣса 30 фун. за два мѣсяца, общая прибавка 45 фунтовъ, полное относительное выздоровленіе, т. е. хорошее самочувствіе при діетѣ и употребленіи масла.

9 октября 1901. Въ анамнезѣ хлорозъ, частыя кардіалгіи по 2—3 недѣли, 1894 г. кровавая рвота, 1897 г. вторично кровавая рвота и мelaena, въ промежуткахъ сильныя кардіалгіи. Тогда отказалась отъ предлагавшейся операціи, улучшение послѣ употребленія льняного масла и творогу, хорошее самочувствіе до послѣднихъ 1½ лѣтъ, когда послѣ возобновившагося желудочнаго кровотеченія появились частыя и обильныя рвоты, сначала черезъ 8—14 дней, а за послѣдніе 8 мѣсяцевъ отъ одного до нѣсколькихъ разъ въ день, громадное исхуданіе, отеки, легкіе симптомы тетаніи. Нѣсколько разъ пациенткѣ промывали желудокъ, и неоднократно предлагали операцію.

Чрезвычайно слабая больная, восковидная блѣдность кожи, вѣсъ 87 фунтовъ. Отеки до лодыжекъ, стѣнки живота очень дряблы, сильный шумъ плеска до слѣпой кишки, справа отъ средней линіи ниже печени къ области желчнаго пузыря находится твердая величиною съ большой палець опухоль съ шероховатой поверхностью, соотвѣтствующая пилорической части. Въ мочѣ немного бѣлка. Большая кривизна на 2 поперечныхъ пальца выше лобка. Натощакъ громадное количество застойныхъ массъ съ большимъ количествомъ свободной кислоты, сарцинами, дрожжами и т. д. Во время промыванія легкій приступъ тетаніи. Строжайшее постельное содержаніе и исключительно жидкая діета, водяныя клизмы, вливаніе масла послѣ промыванія.

11 октября. Самочувствіе значительно лучше. Тянуція схваткообразныя боли совершенно прекратились. Влито 150 куб. с. масла.

12 октября. Нѣтъ болѣй, самостоятельныя мягкія оформленныя испражненія, отрыжки нѣтъ, небольшая жажда, никакихъ болѣзненныхъ явленій; утромъ обнаружены только небольшіе остатки масла. Влито 150 куб. с. масла.

13 октября. Снова приступъ тетаніи, но болѣе легкій.

14—17 октября. Безболѣзненное состояніе. Испражненія самостоятельны и регулярны. Терапія та же. Діета менѣе строгая (курица, винный супъ и манная каша).

23 октября. Пациентка въ это время самостоятельно дѣлала промыванія и вливанія масла, кромѣ того по вечерамъ выпивала по 100 куб. с. масла. Натощакъ незначительный остатокъ съ сарцинами и дрожжами, приступы тетаніи при промываніяхъ не повторялись. Брюшныя стѣнки крѣпче, животъ круглой формы. Остается небольшая отечность ногъ гидремического характера, лишь слѣды бѣлка въ мочѣ. Пациенткѣ разрѣшается курица, филе, картофельное пюре и масло.

1 ноября. Вѣсъ 104 фунта, т. е. прибавка 17 фунтовъ въ 3 недѣли. Отечность исчезла (дѣйствительная прибавка вѣса, значить, еще больше). Аппетитъ хорошъ, большая кривизна на 3—4 поперечн. пальца ниже пупка. Направо желудокъ заходитъ на 10 куб. сант. за среднюю линію, жировой слой значительно лучше. Больная не протестуетъ противъ масла, она переноситъ те-



перь мягкое мясо, яйца, молоко, сливки и бѣлый хлѣбъ. Ей рекомендовано дѣлать промываніе желудка по крайней мѣрѣ черезъ день.

8 ноября. Состояніе хорошее, незначительные остатки преимущественно риса и плодовыхъ зеренъ. Самочувствіе удовлетворительное.

14 ноября. Натощакъ еще остатки съ сарцинами, дрожжами и мышечными волокнами. О. К. 105, свободной HCl 68.

11 декабря. 111 фунтовъ, т. е. прибавка 30 фунтовъ въ 2 мѣсяца. Пациенткѣ разрѣшено встать.

3 января 1902. Большая кривизна на уровнѣ пупка, состояніе хорошее.

17 декабря 1902. Вѣсъ 126 фунтовъ т. е. прибавка 45 фунтовъ, состояніе вполне хорошее, время отъ времени нужны промыванія и вливанія масла.

2. Травматическая эктазія. Wilhelm В., 24 лѣтъ, слесарь, раньше всегда былъ здоровъ, получилъ при паденіи сильный ушибъ эпигастрія, послѣ этого нѣкоторое время страданія, похожія на язву, черезъ нѣсколько недѣль вполне выраженная картина гастрэктазіи (двигательная недостаточность II степени). Застой пищи, обильная рвота, гиперхлоридрія, громадное количество сарцинъ и дрожжевыхъ грибовъ въ застойныхъ массахъ и т. д. Къ этому присоединяются сильныя, схваткообразныя боли въ эпигастріи, въ совершенно опредѣленное время дня, часто сопровождаемая рвотой. Больной чувствовалъ себя при обычномъ леченіи расширенія желудка ежедневнымъ промываніемъ очень скверно; не только не было улучшенія, но день-отодня ему становилось хуже. Онъ прекратилъ поэтому промыванія и находилъ облегченіе въ томъ, что каждые 3—4 дня опорожнялъ свой желудокъ искусственно вызываемой рвотой. Однажды вечеромъ онъ принялъ по совѣту своего знакомаго около чайнаго стакана льнянаго масла, послѣ предварительнаго искусственнаго опорожненія желудка. Это леченіе онъ продолжалъ нѣсколько недѣль, выпивая по стаканчику масла три раза въ день. Дѣйствіе масла по его описанію было замѣчательно. Боль прекратилась тотчасъ же и къ рвотѣ онъ прибѣгалъ только одинъ разъ; черезъ нѣсколько мѣсяцевъ больной показался мнѣ совершенно здоровымъ. Онъ переноситъ всякую пищу и снова въ состояніи, какъ раньше, выполнять тяжелую физическую работу. Желудокъ натощакъ почти свободенъ отъ пищи и не содержитъ также совсѣмъ жел. сока, т. е. недостаточность совершенно излечена.

3. Спастическій пилорическій стенозъ. Leopold К., 28 лѣтъ, инженеръ изъ Мексики.—5 лѣтъ назадъ тяжелыя гастралгіи и кровавыя рвоты, курсъ леченія язвы; 2 года здоровъ, потомъ рецидивъ: сильныя схватки и обильныя рвоты; облегченіе послѣ приема щелочей; часто изжога, боль преимущественно ночью. Нѣсколько разъ предлагалась операція.—Очень сильно исхудалый больной, содержимое желудка натощакъ гиперхлоридрично, съ сарцинами, О. К. 100; вѣсъ 106 фунтовъ.

Леченіе: промыванія, сначала ежедневно, потомъ 2—3 раза, и наконецъ разъ въ недѣлю; по утрамъ по 100 куб. сант. прованскаго масла, сначала діета исключительно изъ суповъ, позднѣе кашицеобразная; послѣ ѣды щелочи съ атропиномъ. Черезъ 1 мѣсяць боли и застои совершенно прекратились. Пациентъ прибавилъ въ вѣсѣ до 120 фун. и въ концѣ года ухѣалъ обратно въ Мексику совершенно выздоровѣвшимъ.

4. Нервно-спастическій пилорическій стенозъ. Повѣренный по дѣламъ, 40 лѣтъ и 3—4 мѣсяца чувство полноты, отрыжка, чувство стягиванія живота, ночью рвота кислой жидкостью. Наружно никакихъ опредѣ-



ленныхъ симптомовъ; при выкачиваніи желудка натощакъ обнаружился значительный застой пищи съ сарцинами и нормальной кислотностью (О. К.=40). Пациентъ объясняетъ свое заболѣваніе психическими причинами. Промываніе желудка и соответствующая діета съ леченіемъ масломъ оказались бесполезными, только противочервзное, общее леченіе привело къ излеченію.

Оперированный случай. Г-жа К., 60 лѣтъ, 30 лѣтъ назадъ язва желудка, порою кровавая рвота, уже нѣсколько лѣтъ застой; не обходится безъ промываній. Но ни промыванія, ни вливанія масла не приносили пользы. Гастроэнтэростомія. Выздоровленіе. Пилорическая часть оказалась очень суженой (отверстіе не толще карандаша).

### Перигастритъ и желудокъ въ формѣ песочныхъ часовъ.

Какъ видно изъ содержанія предыдущей главы, перигастритъ происходитъ преимущественно вслѣдствіе перехода язвеннаго процесса на серозную оболочку, кромѣ того, послѣ острыхъ и хроническихъ травмъ желудочной области, и наконецъ, вслѣдствіе воспаленія серозныхъ оболочекъ сосѣднихъ органовъ, особенно желчнаго пузыря (камни, эмпіема). Вслѣдствіе этихъ воспалительныхъ процессовъ образуются сращения и спайки брюшины, точно также, какъ при заболѣваніяхъ матки и сосѣднихъ ей органовъ. При *ulcus duodenale* доходить, конечно, до *periduodenitis*.

Такой перигастритъ можетъ многіе годы протекать латентно, вызывая только при рѣзкихъ движеніяхъ туловища рѣзкую боль эпигастрія. Порою воспалительный процессъ обостряется и вызываетъ длительную сверлящую, колющую боль въ эпигастрії, которая усиливается при движеніяхъ тѣла, особенно при напряженіи брюшныхъ покрововъ, при кашлѣ, чиханіи, надавливаніи, поднятіи тяжестей и отклоненіи назадъ. Кромѣ того по *Pariser*'у приподнятіе грудной стѣнки сопровождается особеннымъ болевымъ ощущеніемъ.

Діагностику часто можно поставить лишь предположительно, вполне увѣренно—никогда. Часто пострадавшіе при несчастныхъ случаяхъ рассказываютъ объ ощущеніяхъ, которыя легко могутъ быть приняты за перигастритъ; для симуляціи здѣсь широкое поле.

Во многихъ случаяхъ положеніе выясняется при освѣщеніи, почему при подозрѣніи на перигастритъ необходимо рентгеновское изслѣдованіе.

Перигастритъ очень часто ведетъ, какъ упомянуто выше къ гастрэктазіи. Перигастрическія спайки суживаютъ выходъ желудка или *duodenum* или нарушаютъ нормальную



подвижность *partis pyloricae*, задача которой выводить пищевую кашу из желудка.

Лечение перигастрита в острой стадии идентично с лечением острого ограниченного перитонита, т. е. постельное содержание, диета из супов, ледь и опиум. Если он принимает хроническое безлихорадочное течение, то лечат, как хроническую язву, т. е. горячими припарками, постельным содержанием, диетой из супов и висмутом (см. главу о язве) снаружи *Iodvasogen* или *t. jodi*. Если перигастрит уже привел к осложнениям, напр. к недостаточности и расширению, то лечат эти последние (в случае надобности хирургически).

Нужно попробовать *Thiosinamin*. Дают его или в ампулах (*Mendel's Fibrolysin-Ampullen*) 2 раза в неделю под кожу живота по ампулке (10 штук стоят 5 марок) или выписывают (это дешевле и безболезненно) *Thiosinamini* 1,0, *Glycerin. Aq. dest.* aa 5,0 и вводят по 1,0.

Желудок в виде песочных часов, *Ventriculus bilocularis*, образуется вследствие сильного стягивания рубцов после нескольких или одной язвы в области между *fundus* и *antrum pyloricum*, кроме того, вследствие перигастрических спаек какого бы то ни было происхождения (воспалительного или травматического).

Симптомы большею частью те же, что при *gastrectasia*, т. е. рвота застоявшимися пищевыми массами, задержка пищи, под микроскопом сарцины и т. д. При раздувании желудка находят выпяченную только левую часть подложечной области в противоположность общему расширению желудка, когда выпячивание достигает пальца на три вправо за *linea alba*; кроме того при промывании желудка часто случается, что если после кажущегося окончательного вымывания застойных масс, положить больного на левый бок, то удастся выкачать еще новые порции. Этот симптом признается далеко не всеми.

Наиболее верный способ диагностики просвечивание рентгеновскими лучами, которое дает в таком случае блестящие результаты, в крайнем случае можно ограничиться гастродиафаней по *Einhorn*'у.

Терапия та же, что и для обычного расширения желудка, к главе о котором мы отсылаем читателя.



## Постоянное отдѣленіе желудочнаго сока.

(Болѣзнь Рейхмана) *Gastrosuccorrhoea*.

Постоянное отдѣленіе жел. сока было впервые, какъ особая болѣзненная форма описано Reichmann'омъ въ 1892 г. Какъ показываетъ самое названіе, болѣзнь эта обусловливается такимъ состояніемъ желудочныхъ железъ, при которомъ онѣ безпрестанно выдѣляютъ секретъ. При этой болѣзни находятъ въ желудкѣ утромъ натошакъ значительное количество желудочнаго сока, который можетъ быть нормально кислымъ или гиперациднымъ. До сихъ поръ не установлено, какое количество секрета натошакъ можно принимать уже за болѣзненное состояніе, т.-е. за болѣзнь Reichmann'a.

Такъ какъ и въ здоровомъ желудкѣ при зондированіи часто можно встрѣтить небольшія количества секрета, то по моимъ наблюденіямъ слѣдуетъ допустить болѣзнь Рейхмана только при количествѣ секрета въ 20—30 куб. сант. и выше.

По моимъ наблюденіямъ, эта болѣзнь не бываетъ никогда при желудочныхъ страданіяхъ нервнаго происхожденія, какъ полагаютъ нѣкоторые авторы, а всегда представляетъ собой проявленіе *gastritidis acidae*, развившагося вслѣдствіе тѣхъ или иныхъ причинъ. Самая частая причина—рубецъ, язва или эрозія (фиссура) пилорической части, которые вызываютъ затрудненіе опорожненія желудка и вслѣдствіе этого постоянное раздраженіе железистаго аппарата. Поэтому доброкачественный пилорическій стенозъ почти всегда сопровождается гиперсекреціей, а болѣзнь Рейхмана—предвѣстникъ недостаточности. Кромѣ того первичный *gastritis acida* ведетъ къ постоянному отдѣленію желудочнаго сока.

Постоянное отдѣленіе желудочнаго сока есть рудиментарная (неполная) гастрэктазія.

Періодически повторяющаяся гастросуккорея—почти всегда симптомъ *Tabes dorsalis* и будетъ описана ниже.

Симптоматологія. Субъективные симптомы при болѣзни Рейхмана состоятъ въ жгучихъ, сверлящихъ, рѣдко схваткообразныхъ боляхъ въ эпигастріи, доходящихъ порою до самаго зѣва и ослабѣвающихъ послѣ приемовъ



пищи, горячихъ напитковъ и въ особенности противукислотныхъ средствъ.

Объективно наблюдается рвота очень кислымъ желудочнымъ сокомъ, такъ что у больныхъ часто появляется оскоми́на на зубахъ. Кромѣ того, въ желудкѣ натошакъ находятъ большія количества желудочнаго сока 20—150 куб. сант. и больше, до половины литра. О. К. желудочнаго сока 50—110. Часто примѣшана желчь. Но часто въ случаяхъ болѣзни Рейхмана никогда не находятъ пищевыхъ остатковъ ни макро—ни микроскопически, также не бываетъ и сарцинъ. Если они встрѣчаются, то значить существуетъ уже недостаточность, которая въ дальнѣйшемъ можетъ повести къ гастрэктазіи.

Я хорошо знаю, что нѣкоторые авторы считаютъ гиперхлорхидрію и гиперсекрецію первичными явленіями, а пилорическій спазмъ, вызывающій задержку желудочнаго содержимаго, явленіемъ вторичнымъ. Но этотъ взглядъ едва ли правиленъ, такъ какъ при излеченіи *vitium pylori* терапевтическимъ или хирургическимъ путемъ гиперсекреція сама собою медленно уменьшается, съ другой стороны многіе случаи повышенной кислотности протекаютъ безъ симптомовъ. Намъ не должно удивлять, что въ случаяхъ постоянного отдѣленія желудочнаго сока, стоящихъ на порогѣ недостаточности, иногда находятъ натошакъ поутру въ желудкѣ зерна крахмала, и никакихъ слѣдовъ мяса; вѣдь всякое бѣлковое тѣло будетъ переварено за ночь гиперпептическимъ желудочнымъ сокомъ.

Діагнозъ. Точный діагнозъ возможенъ только при помощи зондированія желудка натошакъ; если при этомъ постоянно находится значительное количество желудочнаго сока безъ примѣси остатковъ пищи, то діагнозъ внѣ сомнѣнія. Однократное нахожденіе не убѣдительно. Субъективные симптомы даютъ часто поводъ къ смѣшенію со сходными заболѣваніями (язва, фиссуры и эрозіи).

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи, особенно, если болѣзнь течетъ періодами, нужно имѣть въ виду *tabes* или *haemikraniam*.

Леченіе. Терапія должна быть направлена исключительно на основную болѣзнь, значить на язву или на алкогольный кислый гастритъ.

При спазмахъ, даютъ миндальное или прованское масло 3 раза въ день по 1 столовой ложкѣ или миндальное молоко, или уже упоминавшуюся смѣсь миндальнаго масла съ желткомъ и белладонной передъ ѣдою и затѣмъ противукислотныя послѣ ѣды при жидкокашице-образной съ большимъ содержаніемъ масла діетѣ.



При *gastritis acida* съ эрозіями пилорической части даютъ большія дозы Karlsbad'a, Vichy, Боржома, Эссенуки, передъ ѣдою, или направляютъ больного въ Karlsbad, Эссенуки. Къ этой категоріи больныхъ принадлежатъ гастронормы и курильщики.

Симптоматически можно съ большимъ успѣхомъ приѣмать жевательныя таблетки Bergmann'a или Belloc'a.

Леченіе болѣзни Рейхмана чрезвычайно важно для профилактики гастрэктазіи, предвѣстницей которой она является.

Такъ какъ каждый случай постоянного истеченія желудочнаго сока представляется по моему послѣдствіемъ анатомическаго измѣненія желудка и никогда не бываетъ неврозомъ, то всякое противувневрозное леченіе не имѣетъ никакой цѣны.

#### К а з у и с т и я.

##### 1. При кислотномъ гастритѣ.

Moritz K., 50 лѣтъ, купецъ. Въ прошломъ—злоупотребленіе куреніемъ, пивомъ и жирной ѣдой. Аппетитъ очень хорошъ, но больной боится ѣсть, такъ какъ послѣдніе 2—3 мѣсяца у него появляются черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды жгучія боли въ эпигастріи, сильная изжога.—Очень крѣпкій, ожирѣлый субъектъ. Въ желудкѣ при каждомъ изслѣдованіи натошакъ количество сока 30—40 куб. сант. О. К. 80—100. Выздоровленіе послѣ курса Karlsbad'a.

Heinrich G., 30 лѣтъ пивоваръ. Та же этиологія, то же заболѣваніе, то же теченіе.

##### 2. При относительномъ пилорическомъ стенозѣ.

Здѣсь нужно сослаться на случаи приведенные въ главѣ о расширеніи желудка при которыхъ въ теченіи болѣзни неоднократно наблюдалась „Gastro-succorhoea“.

#### Hyperchlorhydria и hypersecretio.

Гиперхлорхидрія и гиперсекреція не одно и то же. Гиперсекреція означаетъ увеличеніе секреціи желудочнаго сока нормальной кислотности, гиперхлорхидрія—увеличеніе кислотности желуд. сока. При гиперсекреціи О. К. 50—70, при гиперхлорхидріи—70—120, считая по П. З.<sup>1)</sup> При гиперсекре-

<sup>1)</sup> Примѣчаніе. По новѣйшимъ изысканіямъ школы проф. Павлова концентрація желудочнаго сока по отношенію къ содержанию HCl въ дѣйствительности всегда одна и та же и О. К. около 120. Кислотность же зависитъ исключительно отъ количествъ выдѣленныхъ куб. сант. въ связи съ двигательной функціей, напр. въ случаѣ А въ 1 часъ выдѣляется 200 куб. сант., въ случаѣ В только 100 и т. д. Чѣмъ лучше двигательная функція, тѣмъ выше при общемъ количествѣ секрета окажется общая кислотность. Если же двигательная способность ослаблена, то жидкость П. З. слишкомъ сильно разведетъ секретъ и О. К., будетъ ниже.



ції содержимое желудка послѣ П. З. всегда жидкой или жидко-кашицеобразной консистенціи, тщательно переварено, — при гиперхлоридриі, напротивъ, по большей части перевариваніе нѣсколько хуже.

Несмотря на то, что гиперацидность, какъ мы видѣли въ предыдущей главѣ, не представляетъ болѣзни *sui generis*, но является только симптомомъ разнообразныхъ заболѣваній, тѣмъ не менѣе въ клиникѣ желудочно-кишечныхъ болѣзней она настолько важна въ практическомъ отношеніи, что обстоятельное изложеніе ея необходимо въ практическомъ руководствѣ.

При діагностикѣ нельзя упускать изъ виду, что бываетъ ахилія съ субъективными признаками *hyperaciditatis*, т. е. съ регулярнымъ появленіемъ болей черезъ 2—3 часа послѣ ѣды; это—*Pseudohyperaciditas* по Einhorn'у. Диагнозъ ея невозможенъ безъ изслѣдованія желудочнаго содержимаго.

Въ зависимости отъ этиологіи существуетъ пять формъ *Hyperaciditas*, которыя клинически очень хорошо классицируются.

Эти формы слѣдующія:

1. *Hyperaciditas* при кислотѣ гастритѣ,
2. „ при язвѣ и стенозѣ *pylori*,
3. „ при неврастеніи,
4. „ при привычномъ запорѣ.
5. „ при *gastroxynsis* (Rossbach).

Первыя двѣ формы—симптомы органическаго заболѣванія, слѣдующія двѣ—функциональнаго, пятая—лишь симптомъ. Ихъ различаютъ слѣдующимъ образомъ:

1. *Hyperaciditas* при кислотѣ гастритѣ. П. З. имѣеть О. К. 70—120, онъ густо-кашицеобразной консистенціи; часто также существуетъ небольшая *gastrosuccorhea*. Въ анамнезѣ, и это имѣеть большое значеніе, отмѣчается злоупотребленіе табакомъ, виномъ, пивомъ и ѣдою. Обычно изъ субъективныхъ симптомовъ бываетъ чувство тяжести подъ ложечкой послѣ твердой пищи, а въ случаяхъ, гдѣ уже дѣло дошло до эрозій, больные чувствуютъ жгучую боль въ эпигастріи черезъ 2—3 часа послѣ ѣды, которая исчезаетъ послѣ новаго приема пищи. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, когда эрозіи находятся у *pylorus*, появляется схваткообразная боль, такъ наз. элигастралгія, но лишь рѣдко сейчасъ же послѣ ѣды, чаще



черезъ нѣсколько часовъ послѣ обѣда, особенно, если больные не прекращаютъ своихъ злоупотребленій. Кромѣ жженія въ области желудка очень часто бываетъ изжога. Болѣзнь встрѣчается преимущественно у ожирѣлыхъ, крѣпкихъ субъектовъ съ превосходнымъ аппетитомъ.

2. *Hyperaciditas* при язвѣ или стѣнозѣ *pylori*. При этихъ пораженіяхъ желудка застой пищи вызываетъ раздраженіе железъ и тѣмъ самымъ увеличеніе секреціи, такъ что получается гиперсекреція (*Gastrosuccorrhoea*) и гиперхлорхидрія. Относительно симптомовъ этой формы смотри главу о язвѣ и гастрэктази. Терапія также не требуетъ дальнѣйшихъ поясненій.

При обѣихъ этихъ формахъ *hyperaciditas* обусловлена анатомическимъ измѣненіемъ желудочныхъ железъ, гипертрофіей выдѣляющихъ кислоту обкладочныхъ клѣтокъ и атрофіей главныхъ. При *gastritis acida* железы раздражаются различными эксцессами (въ їдѣ и т. п.), при язвѣ и рубцахъ *causa recens* лежитъ въ разстройствахъ двигательной способности. При первой формѣ гиперхлорхидрія первична, а образование эрозій вторично, при второй первично образование дефекта слизистой, *hyperaciditas* явленіе вторичное.

Всѣ прочіе случаи объективно устанавливаемой гиперхлорхидріи—функциональнаго характера. Они отличаются отъ органическихъ случаевъ отсутствіемъ настоящихъ болей; и протекаютъ или безъ симптомовъ и обнаруживаются лишь случайно, или въ крайнемъ случаѣ вызываютъ нѣкоторую тяжесть подъ ложечкой, изжогу, непріятное самочувствіе и чувство полноты.

3. При неврастеніи *hyperaciditas* бываетъ преимущественно у невропатически предрасположенныхъ субъектовъ, особенно съ энтероптотическимъ сложеніемъ, у истеричныхъ въ климактерическомъ періодѣ и во время беременности. Болѣзнь выражается тяжестью подъ ложечкой послѣ їды, въ особенности, когда больные не могутъ воспользоваться необходимымъ для нихъ покоемъ. Но при этой формѣ гиперхлорхидріи никогда не появляются настоящія эпигастралгіи. Лечение должно заключаться въ устраненіи основной болѣзни, т. е. невропатическаго состоянія. (Подробнѣе смотри въ главѣ о функциональныхъ желудочныхъ заболѣваніяхъ).

4. При привычномъ запорѣ. Нур. встрѣчается



здѣсь очень часто, не вызывая никакихъ страданій, часто однако вызываетъ непріятное самочувствіе и ощущеніе полноты послѣ ѣды. Эта нур. также функціональнаго происхожденія и исчезаетъ по устраненіи запора. Причина энтерогенной нур. не совсѣмъ ясна, быть можетъ слизистая оболочка желудка чрезмѣрно раздражается слабительными или застой содержимаго кишекъ задерживаетъ опорожненіе желудка. Нѣкоторые авторы принимаютъ за причину аутоинтоксикацію.

Итакъ, нѣтъ ни единой этиологіи, ни единой терапіи гиперхлоргидріи. Поэтому нелогично со стороны нѣкоторыхъ авторовъ ломать копья изъ-за мясного режима или вегетаріанскаго. Намъ не должно удивлять, что при каждомъ изъ нихъ получается какъ полный успѣхъ, такъ и неудачи. Нужно направлять леченіе, какъ сказано, на устраненіи причины hyperaciditatis.

5. Кромѣ перечисленныхъ четырехъ формъ хронической нур. есть еще пятая, протекающая остро, такъ-наз. *gastroxynsis* (Rossbach); при ней появляется приступами на одинъ или нѣсколько дней рѣзкое увеличеніе желудочной секреціи съ тянущими болями и рвотой. Въ большинствѣ случаевъ это безспорный *tabes dorsalis*, и эти приступы нужно считать за *crises gastriques*. Нужно упомянуть, что желудочные кризы могутъ служить первымъ симптомомъ табеса. Такъ мнѣ пришлось ихъ наблюдать у 23 лѣтняго мужчины черезъ 3 года послѣ зараженія сифилисомъ.

Эфемерное появленіе нур. предохраняетъ отъ смѣшенія съ пилорическими язвами, при которыхъ періоды болей тянутся цѣлыми недѣлями.

У нѣкоторыхъ больныхъ гиперхлоргидрія тянется всю жизнь; въ нѣкоторыхъ семьяхъ она наследственна и поражаетъ часто всѣхъ членовъ семьи (*adipositas*).

Исходъ при чисто функціональныхъ формахъ очень хорошій, при органическихъ прогностика въ общемъ тоже хорошая, когда больные могутъ заставить себя вести гигиеническую жизнь, особенно если они оставляютъ всякаго рода эксцессы и перестаютъ носить очень узкую одежду.

Нур. при долготѣтнемъ существованіи часто смѣняется нормальной и, наконецъ, пониженной кислотностью (*subaciditas*). Это особенно часто бываетъ при кислыхъ гастритахъ. Я самъ наблюдалъ такихъ больныхъ, у которыхъ О. К. была



сначала 80, потомъ 60 и наконецъ 40. Точно также *hup.* уменьшается при пилорическихъ стенозахъ, когда препятствіе устранено.

Леченіе. Оно сообразуется съ причиною *hup.* слѣдовательно при *gastritis acida* и язвѣ требуетъ мѣстнаго, при неврастеніи и запорѣ общаго леченія.

Діету назначаютъ при первыхъ двухъ формахъ молочно-вегетаріанскую, при неврастенической—смѣшанную—укрѣпляющую, а при послѣдней—вегетаріанскую для полученія регулярныхъ самопроизвольныхъ испражнений.

#### Казуистика.

1 и 2 см. главы о гастритѣ и язвѣ.

#### 3. Нервная *hyperaciditas*.

Ernst E., 61 года, учитель. 1½ года неприятныя ощущенія въ эпигастріи послѣ ѣды, иногда чувство тяжести. Аппетитъ плохой. Нервное потрясеніе послѣ смерти двухъ родныхъ; отвращеніе къ ѣдѣ, чувство страха, вялый стулъ, курсъ леченія въ санаторіи безъ результата; плохой сонъ. Brom, Digitalis, Asa foetida, пилюли Sanguinal безъ эффекта, потеря вѣса 22 фунта. Мысли о самоубійствѣ. Органы здоровы, сахара нѣтъ, гиперхлоргидрія, О. К. 80, двигательная способность желудка хороша.—Укрѣпляющая діета, горечи. 14 фунтовъ прибавки. Очень медленное улучшеніе, которое оставалось еще черезъ 3½ года.—Случай *Hysteriae virilis*.

4. См. кишечныя болѣзни.

### Функциональныя заболѣванія желудка.

Общія замѣчанія. Изъ того, что изложенію органическихъ заболѣваній желудка мы удѣлили много мѣста, нельзя дѣлать заключенія, что функциональныя заболѣванія уступаютъ имъ въ частотѣ. Напротивъ, анатомически не обнаруживаемыя, т. е. функциональныя страданія желудка занимаютъ большое мѣсто въ патологіи этого органа.

Мы относимъ къ функциональнымъ или нервнымъ заболѣваніямъ всѣ тѣ случаи, въ которыхъ не обнаруживается патолого-анатомическихъ измѣненій, т. е. органъ измѣняется лишь патолого-физиологически. Хотя такія заболѣванія нерѣдко очень упорны, тѣмъ не менѣе соотвѣтствующимъ леченіемъ можно добиться *restitutio ad integrum*.

Весь успѣхъ нашихъ терапевтическихъ мѣропріятій зависитъ отъ того, насколько правильно подведенъ данный частный случай подъ одну изъ двухъ категорій заболѣваній



органическихъ или функциональныхъ; если же налицо комбинація обѣихъ, то необходимо установить, что появилось первично, такъ какъ этимъ опредѣляется наша терапия.

Ясно, что нѣкоторые больные съ органическими заболѣваніями желудка, напр., язвой, если они невропатически предрасположенные субъекты, могутъ наряду съ симптомами органической болѣзни имѣть и нервныя страданія. Это особенно часто наблюдается при кишечныхъ (заболѣваніяхъ, какъ мы увидимъ ниже. И наоборотъ, функциональное заболѣваніе, напр. нервная анорексія, можетъ вслѣдствіе недостаточнаго питанія привести къ органическому заболѣванію желудка.

**Этіологія.** Причины, вызывающія функциональныя заболѣванія желудка, отчасти врожденныя, отчасти приобретенныя. Врожденное предрасположеніе, мы имѣемъ въ такъ-назыв. *habitus enteroptoticus (sive asthenia universalis congenita)*. Объ этомъ сложеніи, имѣющемъ большое значеніе въ установленіи причины заболѣванія желудка и кишекъ, мы уже говорили въ общей части.

Всѣ органы при *h. e.* расположены больше продольно, чѣмъ поперечно; желудокъ, въ особенности располагается своею длинною осью вертикально, тогда какъ при нормальномъ сложеніи онъ лежитъ почти горизонтально справа налѣво. Легко себѣ представить, что у этихъ больныхъ брюшные органы опускаются еще ниже, когда больные худѣютъ или ихъ брюшныя стѣнки ослабѣваютъ. До тѣхъ поръ пока субъекты съ *h. e.* хорошо упитаны или даже ожирѣлы, или пока у женщинъ не разслаблены брюшныя стѣнки вслѣдствіе родовъ, *h. e.* не обнаруживается болѣзненными симптомами. Только, когда по какой-нибудь причинѣ разстраивается аппетитъ или вслѣдствіе нервныхъ страданій падаетъ питаніе, выступаетъ выраженная картина энтероптоза. Слѣдовательно энтероптозъ,—это болѣзнь, *h. e.* же является лишь предрасполагающимъ моментомъ.

Когда является сомнѣніе съ какимъ заболѣваніемъ мы имѣемъ дѣло—органическимъ или функциональнымъ, то рѣшающимъ моментомъ является сложеніе. Рѣдко оно вводитъ въ заблужденіе. Органическія заболѣванія желудка, какъ язва, гастритъ и т. д. встрѣчаются преимущественно при нормальномъ сложеніи, функциональныя главнымъ образомъ, при энтероптотическомъ. Этимъ конечно не исключена возможность, что порою случается и наоборотъ.

Къ функциональнымъ желудочнымъ болѣзнямъ ведутъ всѣ тѣ факторы, которые вліяютъ на общее состояніе больного и ослабляютъ его общій мускульный и нервный аппаратъ, т. е. моменты, ведущіе къ неврастеніи, истеріи, анеміи и исхуданію.



Къ анеміи и исхуданію ведутъ чахотка, сифились, недостаточное питаніе при чрезмѣрномъ душевномъ и тѣлесномъ утомленіи, т. е. тѣ же моменты, которые могутъ вызвать одновременно и неврастенію.

Кромѣ того, нервный аппаратъ ослабляется эксцессами in Vascho et in Venere, половыми страданіями всякаго рода, среди которыхъ особенное значеніе имѣетъ мастурбація. Разумѣется, большое значеніе имѣютъ душевныя потрясенія, несчастная любовь, горе, смерть близкихъ, дѣловыя и семейныя заботы и непріятности, боязнь зараженія при уходѣ за больными и т. п. Здѣсь невозможно перечислить всѣ моменты, ослабляющіе силы всего организма. Нужно лишь прибавить, что и травма можетъ быть причиной функціональнаго желудочнаго заболѣванія (травматическій неврозъ).

Если упомянутые факторы вызвали такъ наз. диспептическія разстройства, то послѣднія съ своей стороны способствуютъ дальнѣйшему ухудшенію, такъ какъ больные меньше ѣдятъ, вслѣдствіе этого худѣютъ и этимъ еще болѣе ослабляютъ свой организмъ. Не малое значеніе въ этомъ имѣютъ и тѣ діагностическія ошибки, вслѣдствіе которыхъ больныхъ съ функціональнымъ заболѣваніемъ годами выдерживаютъ на діетѣ изъ однихъ суповъ.

Прогнозъ функціональныхъ желудочныхъ заболѣваній самъ по себѣ хорошъ. Они излечиваются, если удастся устранить вызывающую болѣзнь причину. Къ сожалѣнію, это часто неосуществимо, такъ какъ у многихъ больныхъ въ тяжелой борьбѣ за существованіе не хватаетъ ни времени, ни средствъ, чтобъ дать себѣ необходимый отдыхъ. Излишне упоминать, что часто необходимо перевести больныхъ въ другую обстановку, дать имъ здоровый воздухъ, и новыми впечатлѣніями отклонить ихъ мысль въ другую сторону. Если больные въ состояніи выполнять это условіе долгое время, они въ большинствѣ случаевъ выздоравливаютъ. Но, когда больные возвращаются въ старую обстановку, часто появляются рецидивы. Однѣ и тѣ же причины вызываютъ тѣ же послѣдствія.

Діагнозъ функціональныхъ желудочныхъ заболѣваній въ общемъ легокъ. Большею частью уже изъ анамнеза удается отличить ихъ отъ органическихъ, какъ это было уже указано при спеціальной діагностикѣ язвы, карциномы и катарра желудка.

Громадное значеніе имѣетъ то обстоятель-



ство, что при функциональных заболѣваніяхъ почти никогда не бываетъ настоящей боли, а только общія диспептическія расстройства: тяжесть подъ ложечкой, чувство полноты, неловкости, отсутствіе аппетита, быстрое насыщеніе, отрыжка, изжога, срыгиваніе пищи, слюнотеченіе и вялый стулъ, наряду съ общей разбитостью, слабостью и нерасположеніемъ къ работѣ.

Поглаживаніе подложечной области ладонью облегчаютъ страданія при функциональных заболѣваніяхъ и напротивъ усиливаютъ при органическихъ. Это очень важное дифференціально-діагностическое различіе.

Терапія должна быть направлена исключительно на основную болѣзнь, слѣдовательно она общая, въ противоположность органическимъ желудочнымъ заболѣваніямъ, леченіе которыхъ всегда мѣстное.

Отдѣльныя разновидности функциональных диспепсій часто трудно отличимы одна отъ другой, такъ какъ часто онѣ переходятъ одна въ другую, и имѣютъ много общихъ признаковъ.

Приводимая ниже классификація, основанная на этиологическомъ принципѣ, на практикѣ казалась мнѣ удобной, и я безъ колебаній удерживаю ее въ книгѣ, которая имѣетъ исключительную цѣль быть совѣтчикомъ практическаго врача. Я хорошо знаю, что въ большихъ пособіяхъ распределеніе матеріала иное.

#### Гастроптоическая диспепсія анемичныхъ.

[*Atonia seu Myasthenia ventriculi*, механическая недостаточность I степени (Boas), конституціональная диспепсія (Stiller)].

Предварительныя замѣчанія. Какъ видно изъ названія, подъ гастроптоической диспепсіей анемичныхъ разумѣютъ такое желудочное заболѣваніе, въ картинѣ котораго на первомъ планѣ стоитъ низкое положеніе желудка и которое наблюдается у лицъ малокровныхъ съ общимъ упадкомъ питанія.

Бываетъ ли при этомъ страданіи *hypotonia* мускулатуры желудка, ослабленіе напряженія желудочной стѣнки



(„peristole“), какъ думаютъ Stiller и другіе, вопросъ невыясненный, и въ практическомъ отношеніи безразличный. Новѣйшія изслѣдованія рентгеновскими лучами, какъ будто обнаружили, что въ самомъ дѣлѣ бываетъ hyper—, hypo—, и eutonia желудка. Выраженіе „atonia“ слѣдовало бы замѣнить „hypotonia“. Мускулатура желудка находится въ состояніи неустойчиваго равновѣсія (Stiller).

Послѣ сказаннаго въ началѣ этой главы я могу ограничиться немногими словами объ этиологіи этой болѣзни.

Причина предрасполагающая заключается во врожденномъ *habitus enteroptoticus* (Stiller), вызывающимъ же ее моментомъ можетъ быть все, что ведетъ къ исхуданію, анеміи и невращенію. Этого заболѣванія не бываетъ при исхуданіи или широкомъ сложеніи, даже при приобретенномъ послѣ сильнаго дѣторожденія спланхноптозѣ; поэтому нужно считать его за конституціональное заболѣваніе какъ *εἰσχυρή*.

Эта болѣзнь, обычно называемая атоніей, встрѣчается чрезвычайно часто, пожалуй даже это сравнительно наиболѣе частое желудочное заболѣваніе, точное знаніе котораго является совершенно необходимымъ для каждаго практическаго врача. Публика, а также и врачи очень часто считают это хронически протекающее заболѣваніе за „gastritis chronica“. Въ силу этого и происходитъ то, что функціональныя желудочныя болѣзни часто не поддаются леченію у врачей, но попадая въ послѣдствіи въ руки различныхъ врачей легкой природы, проходятъ при простомъ леченіи водой и гигиеническимъ образомъ жизни, раздувая славу этихъ „цѣлителей силами природы“.

Симптоматологія. Симптомы раздѣляются на субъективныя и объективныя, но первые наиболѣе характерны, такъ что діагностику можно поставить уже на основаніи одного точно собраннаго анамнеза.

Субъективныя симптомы состоятъ въ разнообразныхъ диспептическихъ расстройствахъ, особенно тяжести подъ ложечкой послѣ обильной ѣды, въ тяжелыхъ случаяхъ даже послѣ тарелки супа или стакана молока; далѣе въ чувствѣ полноты и неловкости въ области эпигастрія, скоро появляющемся насыщеніи, отсутствіи аппетита, пустой или кислой отрыжкѣ, срыгиваніи недавно съѣденной пищи, особенно послѣ обѣда, обильномъ отдѣленіи слюны, тошнотѣ.

Но при неосложненной гастроптотической диспепсіи ане-



мичныхъ никогда не наблюдается настоящихъ желудочныхъ болей, какъ при язвахъ или стенозахъ.

Объективные симптомы состоятъ прежде всего въ общемъ исхуданіи и анеміи, кромѣ того въ наличности *habitus enteroptoticus*, т. е. узкомъ *angulus costarum*, узкой груди, и двусторонней *costadecima fluctuans*; индексъ Bicher-Lennhof'a около 70 и выше. Животъ дряблый, стѣнки его тонки, пальпаціей въ эпигастріи легко вызвать плескъ. Нижняя граница желудка очень часто стоитъ на пупкѣ или на 2—3 поперечныхъ пальца ниже пупка; а у рожавшихъ женщинъ большая кривизна можетъ стоять на ладонь ниже пупка, даже опуститься до лобка. Положеніе большой кривизны опредѣляютъ по методу проф. Образцова, который былъ изложенъ въ общей части. Если ко времени изслѣдованія въ желудкѣ уже недостаточно жидкости, то даютъ больному выпить 1—2 стакана воды и стараются пальпаціей установить какъ низко стоитъ жидкость.

Другіе методы опредѣленія большой кривизны иногда очень остроумные, въ практикѣ излишни, а для больного тягостны: таковы раздуваніе желудка углекислотой съ помощью шипучихъ порошковъ или воздухомъ при помощи зонда, пальпація зонда по Boas'у, просвѣчиваніе желудка по Einhorn'у, также рентгеноскопія. Подробности см. въ пособіяхъ по желудочно-кишечнымъ болѣзнямъ.

Наряду съ опущеніемъ желудка находятъ обычно *ptosis colonis transversi*, *ren mobilis dexter* (рѣже *sinister*) и *diastasis musculorum rectorum*.

Симптомы, получаемые при зондированіи слѣдующіе. Желудокъ утромъ натощакъ даже послѣ П. У. всегда свободенъ отъ пищи, онъ или ничего не содержитъ или только нѣсколько куб. сант. желудочнаго сока, перемѣшанныхъ со слизью и эпителиемъ рта, пищевода и бронховъ. Если противъ ожиданій найдены будутъ пищевые остатки, то это вовсе не атонія, а эктазія.—П. З. черезъ часъ хорошо химифицированъ, О. К.—40—70. Бываютъ преходящія *hyperaciditas* и *subaciditas*. Небольшимъ отклоненіямъ кислотности отъ нормы нельзя придавать большаго значенія. Было бы неправильно считать заболѣваніе за гастритъ, только потому, что случайно кислотность не выше 20—30, тогда какъ всѣ другіе признаки гастроптоической диспепсіи анемичныхъ на лицо.

Проба на остатокъ Mathieu-Rémond даетъ большею частью 220—270 куб. сант. черезъ 1 часъ послѣ начала П. З.



см. стр. 40); значить больше нормы. Но это можно объяснить как увеличеніемъ секреціи, такъ и пониженіемъ двигательной способности. Чтобы выяснить, гдѣ причина, нужно сдѣлать вышеописанную пробу Elsner'a.

Пробный обѣдъ (Riegel) въ большинствѣ случаевъ въ выводится изъ желудка черезъ 7 часовъ, но бываютъ больные съ далеко зашедшей общей слабостью, у которыхъ черезъ 7 часовъ находятъ въ желудкѣ еще остатки П. О. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ въ такихъ случаяхъ имѣется первичная мышечная слабость желудка, доказательствомъ чего и служитъ замедленное опорожненіе желудка отъ П. О. Я же думаю, что нахожденіе ничтожныхъ остатковъ черезъ 7 часовъ послѣ П. О. часто можно объяснить увеличенной секреціей ж. с. или же измѣненной иннерваціей мускулатуры желудка.

Что авторы, придерживающіеся указаннаго взгляда, не правы, лучше всего доказываютъ результаты леченія такихъ больныхъ усиленнымъ питаніемъ. Если бы эта теорія была вѣрна, то больные, при переполненіи ихъ желудка, благодаря откармливанію, должны бы были получить механическую недостаточность второй степени. Но этого никогда не бываетъ; напротивъ, больные выздоравливаютъ; итакъ теорія первичной мышечной слабости при гастрототической диспепсіи анемичныхъ не вѣрна и причина болѣзни лежитъ въ конституціональномъ заболѣваніи. Я не боюсь поэтому никогда назначать усиленное питаніе больнымъ, у которыхъ желудокъ еще не вполне освобождается отъ пищи черезъ 7 часовъ послѣ П. О., если только на лицо имѣются другіе симптомы функціональнаго желудочнаго заболѣванія.

Во всякомъ случаѣ нужно признать неправильнымъ производство у такихъ больныхъ гастропексіи. Прибѣгая къ этому приему, рискуютъ жизнью больныхъ, не достигая лучшихъ результатовъ, чѣмъ при леченіи покоемъ и откармливаніемъ.

Діагнозъ функціональной диспепсіи на анемико-гастрототической почвѣ базируется на перечисленныхъ выше симптомахъ, въ особенности на тяжести подъ ложечкой, непосредственно послѣ ѣды, какъ послѣ твердой пищи, такъ и послѣ жидкостей; чѣмъ больше количество пищи, тѣмъ тяжелѣе ощущенія. Объективно находятъ по большей части нормальную секрецію и двигательную способность, ни въ коемъ случаѣ нѣтъ застоевъ, только въ далеко зашедшихъ случаяхъ бываетъ небольшая задержка при пробномъ обѣдѣ. О. К. можетъ быть иногда слегка понижена или повышена, свободная НСІ можетъ даже совсѣмъ отсутствовать, но въ большинствѣ случаевъ наблюдаются колебанія кислотности: такъ О. К 60, черезъ нѣсколько недѣль можетъ упасть до



30 и наоборотъ (такъ наз. гетерохилія). Конечно, есть птозисъ и исхуданіе.

Дифференціальный діагнозъ. Язву и эктазію легко отличить отъ диспепсіи, такъ какъ при первой бываютъ эпигастралгіи, при второй—обильныя рвоты. Карциному обычно можно тоже исключить, такъ какъ при ней бываетъ длительное пониженіе секреціи и болѣзнь не можетъ тянуться годами.

Только *gastritis chronica* иногда нельзя исключить безъ зондированія, такъ какъ и при немъ бываетъ тяжесть подъ ложечкой послѣ ѣды. Но въ противоположность диспепсіи тяжести не бываетъ послѣ суповъ. Кроме того, изслѣдованіе при помощи П. З. предохраняетъ отъ ошибокъ, такъ какъ при *gastritis chronica* секреція или значительно повышена (*g. acida*) или понижена, или, наконецъ, совсѣмъ отсутствуетъ. Анамнезъ и сложеніе больного, въ частности опущеніе желудка даютъ дальнѣйшія точки опоры для дифференціальной діагностики.

Бываютъ, конечно, случаи, когда гастритъ появляется наряду съ атоніей, напр. у истощенныхъ, анемичныхъ женщинъ со спланхноптозомъ и скверными зубами можетъ развиться даже ахилія, какъ мы видѣли въ главѣ о гастритахъ.

Прогнозъ и теченіе. Теченіе болѣзни чрезвычайно длительно, она тянется часто десятки лѣтъ, можетъ быть даже всю жизнь съ дѣтства до глубокой старости. Болѣзнь эта наблюдается у лицъ съ такъ называемымъ слабымъ желудкомъ. Хотя *habitus enteroptoticus* передается по наслѣдству, тѣмъ не менѣ самая болѣзнь не наслѣдственная. Наслѣдуется только предрасположеніе къ заболѣванію, которое и возникаетъ при неблагоприятныхъ условіяхъ. Болѣзнь протекаетъ съ ремиссіями, т. е. хорошее состояніе чередуется съ плохимъ въ зависимости отъ того, можетъ ли больной отдыхать или принужденъ работать.

Замѣчательно, что у женщинъ съ энтероптозомъ обычно функціональная диспепсія прекращается во время беременности. Это объясняется отчасти тѣмъ, что растущая матка поддерживаетъ опущенные брюшные органы, отчасти благотворнымъ вліяніемъ беременности на обмѣнъ веществъ и общее состояніе. Обычно это явленіе наблюдается у многорожавшихъ.

Болѣзнь можетъ стать опасной вслѣдствіе осложнений: такъ, у ослабленныхъ субъектовъ можетъ развиваться легочная чахотка. Далѣе очень часто появляются привычные запоры, такъ какъ больные вслѣдствіе своихъ диспептическихъ



разстройство ѣдятъ только легкую пищу, которая недостаточна для возбужденія нормальной кишечной перистальтики.

Въ эктазію болѣзнь никогда не переходитъ, если нѣтъ случайныхъ осложненій (*ulcus pylori etc.*).

Многіе больные не могутъ вылечиться по социальнымъ причинамъ, такъ какъ имъ не хватаетъ ни средствъ, ни необходимаго для леченія отдыха.

Терапія. Леченіе гастрототической функціональной диспепсіи конечно можетъ быть только общимъ, оно должно поднять силы больного, укрѣпить его нервную, мышечную и кроветворную системы посредствомъ отдыха, усиленнаго питанія и хорошихъ въ гигиеническомъ отношеніи условій жизни.

Во многихъ случаяхъ бываетъ достаточно простой перемѣны мѣста, чтобы успокоить нервную систему, вызвать аппетитъ и наладить пищевареніе. Болѣзнь тогда прекращается сама собою безъ всякихъ дальнѣйшихъ мѣропріятій. Такіе больные вовсе не нуждаются въ курортахъ для леченія органическихъ болѣзней желудка, какъ Karlsbad, Kissingen и т. д. Имъ нужно просто пожить на дачѣ, въ горахъ или на берегу моря. Они не нуждаются также и въ леченіи минеральными водами.

Изъ гидротерапевтическихъ процедуръ примѣняются главнымъ образомъ слѣдующіе три вида, которые легко можно продѣлывать и въ домашней обстановкѣ, это холодныя обтиранія или обвертыванія, полуванны и холодныя обливанія (души). Никогда не должны примѣняться холодныя возбуждающія гидропатическія процедуры, если больные находятся въ состояніи повышенной возбудимости нервной системы, когда пателлярный рефлексъ рѣзко выраженъ и больные легко раздражаются и выходятъ изъ себя при малѣйшемъ поводѣ; въ такихъ случаяхъ показаны тепловатыя ванны или купанья въ бассейнахъ, а также ванны съ сосновымъ экстрактомъ.

Въ домашней обстановкѣ я начинаю съ холодныхъ обтираній вдвое сложеннымъ и намоченнымъ водою полотенцемъ, затѣмъ, послѣ привыканія больного, назначаю обтираніе всего тѣла мокрой простыней; лучше всего поручать это дѣлать опытному лицу; лѣтомъ больные дѣлаютъ холодныя обливанія или купаются въ рѣкѣ; болѣе слабые берутъ полуванны, въ 25°—20° R и сидя до пояса въ водѣ обливаютъ себя изъ кружки или изъ шайки водою въ 20°—15° R, одновременно растирая тѣло руками, чтобы не озябнуть. Вся эта процедура не должна продолжаться долѣе 5 минутъ. Лучше всего дѣлать полуванну послѣ завтрака.



Большія гидротерапевтическія процедуры должны продѣлываться въ санаторіи или спеціальному учрежденіи, но, обыкновенно, при нервныхъ желудочныхъ болѣзняхъ достаточно тѣхъ мѣропріятій, которыя можно продѣлывать на дому. Слишкомъ большое усердіе въ леченіи тоже вредно; особенно нужно избѣгать примѣненія холодныхъ гидротатическихъ процедуръ у истеричныхъ, легко возбудимыхъ субъектовъ, а также въ случаяхъ, гдѣ нельзя съ увѣренностью исключить органическое заболѣваніе. Не мало бываетъ ухудшеній болѣзни отъ леченія водою, когда органическое заболѣваніе, напр. язва ошибочно принято за нервное страданіе.

Діететическое леченіе при этой болѣзни стоитъ на первомъ мѣстѣ, оно даетъ наибольшій эффектъ, но надежные результаты даетъ только въ связи съ другими гигиеническими факторами (хорошій воздухъ, леченіе водою, отсутствіе переутомленія).

Діета при гастроптоической диспепсiи анемичныхъ (атоніи) должна быть укрѣпляющей, она должна поднять питаніе и силы больного. Въ организмъ должно вводиться слѣдовательно значительно больше калорій, чѣмъ нужно для поддержанія его равновѣсія; другими словами больные должны продѣлать курсъ откармливанія по методу Playfair'a и Weir-Mitchell'я.

При малѣйшей возможности, больныхъ заставляютъ провести первыя двѣ недѣли въ постели и оставить недѣль на шесть свои обычныя занятія. Конечно лучше такой курсъ леченія провести въ санаторіяхъ, но такъ какъ бѣольшая часть больныхъ не имѣютъ для этого достаточно средствъ, то приходится часто проводить леченіе на дому и даже амбулаторно. Діететическое расписаніе амбулаторнаго курса откармливанія примѣрно таково:

7 часовъ: чай со сливками, (компотъ, мармеладъ, медъ, хлѣбъ изъ пшеничныхъ отрубей).—9 часовъ: тарелка мучного супа со сливками, бутербродъ, копченая лососина, или яйца (кефиръ, простокваша).—12 часовъ овощи въ маслѣ, вареная или жареная рыба, сладкій компотъ, какое-либо мучное блюдо (яблочное вино). Послѣ этого 1—2 часа покоя на удобной кушеткѣ съ разстегнутымъ платьемъ.—3 часа: чай со сливками, и пр., какъ въ 7 часовъ.—5½ часовъ: мучной супъ и пр.—7½ часовъ: чай, сливки, бутербродъ, холодная рыба или яйца.—9—10 часовъ: плоды.

Эта діета составлена съ тѣмъ расчетомъ, чтобъ одновременно лечить и упорные, сопровождающіе диспепсію запоры.

Конечно, при увеличившемся количествѣ пищи больные въ первыя 1—2 недѣли леченія будутъ испытывать болѣе тяжелыя ощущенія, чѣмъ въ предшествовавшей періодъ, когда они сидѣли на однихъ супахъ. Но не нужно бояться подобныхъ жалобъ больныхъ, напротивъ, нужно энергично



добиваться выполненія предписанной діэты. Конечно, необходимо слѣдить за вѣсомъ, чтобы убѣдиться прибавляется ли онъ или нѣтъ. Какъ только достигнуты первые 2—3 ф. прибавки вѣса, больные скоро сами убѣждаются, что ихъ желудокъ на самомъ дѣлѣ не такъ плохъ, напротивъ, что онъ очень хорошо перевариваетъ пищу, и потому съ большимъ довѣріемъ и охотой продолжаютъ лечение. Тошнота и срыгиваніе пищи послѣ ѣды бываетъ часто, но они не должны смущать; только въ томъ случаѣ, если появляются схваткообразныя боли и поносы, перестаютъ увеличивать приемы пищи и еще разъ тщательно изслѣдуютъ больного, нѣтъ ли у него органическаго заболѣванія, которое передъ тѣмъ могли проглядѣть. Если вѣсъ больного увеличивается, то уже недѣли черезъ двѣ диспептическія разстройства начинаютъ проходить и черезъ 3—4 недѣли совершенно прекращаются. Обыкновенно къ этому времени больные прибываютъ въ вѣсѣ на 8—10 фунтовъ, а при санаторской обстановкѣ даже значительно больше и чувствуютъ себя окрѣпшими и здоровыми и хорошо переносятъ обычную домашнюю пищу.

Настоящихъ длительныхъ улучшеній добиваются при такомъ курсѣ леченія въ томъ случаѣ, когда диспепсія дѣйствительно вызвана анеміей и энтероптозомъ. Брюшныя органы, особенно почечныя капсулы и брыжжейка снова наполняются жиромъ и поэтому лучше удерживаются въ равновѣсіи, а такъ какъ онѣ омываются также лучшей кровью, то и функционируютъ нормально.

Тѣ же случаи, при которыхъ также и нервная система пострадала отъ переутомленій, ненормальнаго образа жизни или психическихъ моментовъ излечиваются отъ одного курса усиленнаго питанія, но не всегда одновременно съ диспепсіей. Для такихъ случаевъ безусловно необходимы перемѣна мѣста и отвлеченіе отъ обычныхъ занятій.

Такимъ образомъ курсъ откармливанія не можетъ излечить всѣ случаи функциональной диспепсіи.

Лекарственное лечение является лишь пособникомъ діететическаго и служитъ для возбужденія аппетита и борьбы съ гиперэстезіей слизистой оболочки желудка. Этой цѣли лучше всего достигаютъ при помощи горечей, которыя нужно давать всегда передъ ѣдою въ слѣдующемъ видѣ:



- Rp. Tinct. nuc. vom. 5,0—10,0.  
Tinct. Gent.  
(или Tinct. Rhei vin.) 20,0—25,0.  
M. D. S. 3 раза въ день по 30 капель  
за 10—15 минутъ передъ ѣдою  
на сахаръ или въ водѣ.
- Rp. Tinct. Chin. comp. 50,0.  
или Tinct. Calami 50,0.  
или Tinct. Quassiae 50,0.  
или Extr. fluid. Condur. 50,0  
D. S. 3 раза въ день по 1 чайной  
ложкѣ.
- Rp. Acid. mur. dil. 2,5.  
(Tinct. nuc.vom. 2,0).  
Vini Condur. 100,0.  
M. D. S. 3 раза въ день по 1 чайн.  
ложкѣ.
- Rp. Extr. Chin. (Nanning.) 30,0.  
D. S. 3 раза въ день по 20 капель.
- Rp. Tinct. Bellad. 5,0.  
Extr. fluid. Condurango 25,0.  
M. D. S. 3 раза въ день по 25 ка-  
пель при чрезмѣрной чув-  
ствительности.
- Rp. Extr. nuc. vom.  
Extr. Bellad. aa 0,3.  
Suc. et. pulv. Liq. aa 1,5.  
Mfpil. XXX.  
D. S. 3 раза въ день по 1 пилюль  
послѣ ѣды.
- Rp. Ferr. reduct. 6,0.  
Extr. nuc. vom. 0,4.  
Chin. mur. 2,0.  
Acid. Arsenic. 0,06.  
Pulv. rad. Rhei 1,0.  
Mass. pil. g. s. ut f. pill. № 60.  
D. S. 3 раза въ день по 2 пилюли  
(Biermer.)

М а с с а ж ъ желудка (также кишечника при запорѣ) во время курса усиленнаго питанія доставляетъ больнымъ значительное облегченіе. Онъ состоитъ главнымъ образомъ въ поглаживаніи эпигастрія въ теченіи 5—10 минутъ послѣ ѣды. Онъ вызываетъ у больныхъ пріятное, облегчающее чувство теплоты. Въ противоположность этому при органическихъ заболѣваніяхъ желудка массажъ вызываетъ непріятныя ощущенія, даже боли. У очень вялыхъ субъектовъ можно дѣлать для усиленія обмѣна веществъ массажъ всего тѣла, но массажъ живота цѣлесообразнѣе всего дѣлать врачу лично.

Отъ примѣненія фарадическаго и гальваническаго токовъ обычно не бываетъ большой пользы при леченіи такъ наз. „атоніи“.

### С п л а н х н о п т о з ь .

(Гастроптозъ, нефроптозъ, отвислый животъ и пр.).

Отношеніе опущенія внутренностей къ заболѣванію пищеварительнаго канала впервые правильно оцѣнилъ Glénard. Онъ доказалъ, что большая часть нервныхъ желудочныхъ страданій можетъ быть объяснена именно этой причиною.

Впослѣдствіе Stiller объяснилъ, что причиною энтероптоза является habitus enteroptoticus. Такъ какъ подобные больные съ h. e. обладаютъ вообще слабымъ сложеніемъ,



то этотъ типъ и былъ названъ Stiller'омъ *asthenia universalis congenita*.

Итакъ, *H. e.* передается по наслѣдству, а энтероптозъ или болѣзнь Glénard'a приобрѣтается въ борьбѣ за существованіе.

Быть можетъ *H. e.* можно считать за атавистическій признакъ съ того времени, когда люди еще не ходили стоя. Вѣдь ни одно животное не имѣетъ такой широкой грудной клѣтки, какъ человѣкъ, который достигъ настоящаго своего сложенія только постепенно: Поэтому то люди съ широкой грудной клѣткой почти никогда и не заболѣваютъ энтероптозомъ: органы гораздо лучше фиксированы.

Наряду съ врожденнымъ, конституціональнымъ энтероптозомъ бываетъ приобрѣтенный, мѣстный, который встрѣчается обычно у женщинъ послѣ родовъ, если ихъ брюшныя стѣнки сильно истончены.

Опуститься могутъ: желудокъ на ладонь ниже пупка, поперечная кишка до лобка, печень, рѣже селезенка и обѣ почки, особенно правая. Различаютъ три степени нефроптоза: первая степень, когда прощупывается при глубокомъ вдыханіи только нижній конецъ почки; вторая, когда прощупывается половина и третья, когда прощупывается вся почка. Если даже и при покойномъ положеніи больного почка низко опущена и не становится на свое мѣсто при выдохѣ, то получается *ren dislocatus* или *ren mobilis* IV степени. Блуждающая почка, какъ таковая, вызываетъ только неприятныя ощущенія, но не боли.

При общемъ спланхноптозѣ можетъ быть смѣщенной и подвижной слѣпая кишка. Hausmann и позднѣе Wilms обратили вниманіе на *coecum mobile*, какъ на причину нѣкоторыхъ пищеварительныхъ разстройствъ (см. главу „*Obstipatio chronica*“).

Терапія при врожденномъ конституціональномъ энтероптозѣ должна стремиться укрѣпить слабого отъ рожденія больного, значитъ должна быть укрѣпляющей; при приобрѣтенномъ же, вызванномъ мѣстными причинами энтероптозѣ и терапія можетъ быть мѣстная. Въ такихъ случаяхъ показано ношеніе бандажей.

Бандажи живота имѣютъ цѣлью подтянуть кверху и кзади опустившіяся книзу и впередъ внутренности. Чтобы предотвратить соскальзываніе кверху бандажа, цѣлесообразно придѣлывать къ нему подвязки, какъ при грыжевыхъ бандажахъ.



Бандажи живота не должны быть узкими сзади, иначе у нихъ слишкомъ мало точекъ опоры. Хороши бандажи Teuffel'я, Bardenheuer'a, Steffek'a, далѣ Monopol и Hera—бандажи. Удобно носить поясъ Glénard'a, особенно мужчинамъ съ ослабленнымъ животомъ. Послѣдніе годы я рекомендую преимущественно бандажи Kalasiris. Они сидятъ безъ бедренныхъ ремней (важное преимущество) и закрываютъ всю заднюю часть отъ копчика до спинныхъ позвонковъ, давая твердую опору свисающему внизъ животу.

Ношеніе корсета при птозисѣ запрещается. На это нужно обращать серьезное вниманіе. Больныя должны носить бюстгалтеръ, къ которому пристегиваютъ нижнія одежды или прикрѣпляютъ ихъ къ подтяжкамъ. Также рекомендуются платья-реформъ, точка прикрѣпленія которыхъ находится на плечахъ; этимъ избѣгается малѣйшее сдавливаніе талии.

Напротивъ, при нормальномъ сложеніи ношеніе корсета не воспрещается; пусть лучше женщина носить корсетъ, чѣмъ завязываетъ юбки вокругъ талии, такъ какъ это можетъ вызвать образованіе шнуровой печени.

Американскіе врачи (Rose и Rosewater) рекомендовали употреблять вмѣсто бандажей липкій пластырь. Они прикрѣпляютъ три широкія полоски къ лобку, верхній конецъ средней къ груди, а лѣвой и правой сзади на бокахъ реберныхъ дугъ; кромѣ того они накладываютъ еще четвертую полосу поперекъ живота выше лобка. Въ отдѣльныхъ случаяхъ такой бандажъ изъ липкаго пластыря оказывалъ мнѣ хорошія услуги, но ношеніе его непріятно для больного (экзема, потница, невозможность купанья и неудобство даже ночью). Кромѣ того цѣна его высока. Каждая повязка изъ липкаго пластыря обходится около 2 марокъ, (около 1 руб.), и такъ какъ ее приходится мѣнять черезъ 3—4 недѣли, то она въ общемъ обходится дороже, нежели напр. бандажъ, который стоитъ около 10—20 марокъ (5—10 руб.) и служитъ 2—3 года. Для бандажей изъ пластыря я употребляю теперь лейкопластъ (Beuersdorf); назначаютъ катушку длиною 10 метровъ, шириною 10 сантим.; ея хватаетъ на два бандажа. Въ лейкопластѣ есть окись цинка и она не такъ легко вызываетъ экзему, какъ простой американскій липкій пластырь. Также удобно употреблять бѣлый пластырь Durana.

Venter pendulus вызываетъ цѣлый рядъ непріятныхъ ощущеній даже у женщинъ съ нормальнымъ сложеніемъ, особенно непріятно чувство тяжести въ тѣлѣ, какъ будто бы всѣ внутренности опустились внизъ; кромѣ того тянущія боли въ крестцѣ и по обѣимъ ребернымъ дугамъ,—симптомъ, который наблюдается преимущественно при долгомъ стояніи и тяжелой физической работѣ.

Едва ли нужно упоминать, что при очень отвисломъ



животъ можетъ образоваться ileus или грыжа передней стѣнки.

Энтероптозъ, какъ таковой, будь то врожденный или приобретенный, можетъ протекать безъ всякихъ симптомовъ, пока питаніе данного субъекта хорошо. Часто энтероптозъ обнаруживается случайно у дѣтей и совершенно здоровыхъ желудкомъ и кишечникомъ взрослыхъ, особенно часто гастроптозъ и *hep mobilis*. Но эта находка всегда—показатель предрасположенія данного индивида къ функциональнымъ желудочно-кишечнымъ заболѣваніямъ (Stiller).

Всякое хирургическое леченіе врожденного или приобретеннаго спланхноптоза, какъ *gastropexia*, *perihropexia*, *colopexia*, *typhlopexia* и т. д. противопоказано, такъ какъ оно не только не помогаетъ, но и вредить.

### Диспепсія чахоточныхъ.

(Добавленіе)

Хотя диспепсія чахоточныхъ относится къ большой группѣ гастроптоической диспепсіи анемичныхъ, тѣмъ не менѣе, въ виду большой ея практической важности, ее необходимо рассмотреть отдѣльно.

Ея симптомы тѣ же, что и анемико-гастроптоической диспепсіи, т. е. упорное отсутствіе аппетита, тяжесть подъ ложечкой и чувство полноты послѣ каждой ѣды, даже послѣ суповъ, отрыжка, чувство разбитости и общая слабость; объективно птозисъ, рѣзкій плескъ въ эпигастріи; двигательная способность и секретія желудка нормальны или незначительно отклонены отъ нормы, кромѣ того тяжелая анемія и исхуданіе на ряду съ симптомами легочной болѣзни. Въ послѣдней стадіи чахотки иногда бываетъ ахилія.

Необходимо у cadaго молодого субъекта, страдающаго упорной диспепсіей, тщательно изслѣдовать легкія и, по истинѣ, удивительно, какъ часто причина хроническаго желудочнаго заболѣванія, мѣсяцами, даже годами считавшагося за катарръ, заключается въ легочномъ туберкулезѣ. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ рѣшается реакціей на туберкулинъ.

Леченіе необходимо, конечно, направить на леченіе основной болѣзни. Больному назначаютъ поэтому, несмотря на его диспептическія разстройства, усиленное питаніе. Если этимъ путемъ удастся устранить исхуданіе, желудочныя разстройства исчезаютъ сами собою.



Такимъ больнымъ для подкрѣпленія даютъ креозотъ съ горечью, лучше всего въ видѣ извѣстной креозотной тинктуры, которая состоитъ изъ 1,0 Kreosot'a на 4.0 Tinct. Gent. Дѣйствіе этого медикамента почти специфическое при диспепсіи чахоточныхъ. Сначала я даю по 8 капель въ день послѣ еды, въ ложкѣ краснаго вина и каждые 3 дня прибавляю по каплѣ, такъ что больной на 4, 5 и 6 день получаетъ по 9 капель три раза въ день, на 7, 8, 9 три раза по 10 капель и т. д. до 20 капель три раза въ день, на этой дозѣ больные и останавливаются на цѣлые мѣсяцы. Въ далеко зашедшихъ случаяхъ чахотки съ диспепсіей даютъ лучше всего кодеинъ.

При безрезультатности такого леченія нужно отправить больного или въ санаторію или къ специалисту для туберкулизаціи.

Наоборотъ, бывають случаи, гдѣ первична диспепсія, а чахотка вторична.

#### Казуистика.

а. Врожденные случаи. 1. Emil S., 33 лѣтъ, купецъ.—Велъ разгульную жизнь. 5 лѣтъ уже тяжесть и полнота въ эпигастріи послѣ каждой ѣды, отрыжка. Аппетитъ и стулъ хороши. Никакихъ болей.—Пациентъ анемиченъ и худъ. Habitus enteropt., 111 фунтовъ, П. З. нормаленъ.—Курсъ откармливанія, горечи.—Въ 6 недѣль прибавка 10 фунтовъ, полное выздоровленіе, пациентъ съ тѣхъ поръ переноситъ все прекрасно.—2. Hedwig Z., 30 лѣтъ, бонна. 4 года ощущаетъ полноту послѣ каждой ѣды; запоръ, ни болей, ни рвоты, аппетитъ плохой.—Блѣдная, энтероптозъ. П. З.—нормаленъ.—Послѣ укрѣпляющей и противузапорной діеты, горечей и массажа въ короткое время выздоровленіе.—3. Gertrud E., 23 лѣтъ, учительница.—Пациентка въ прошломъ году была очень обременена умственной работой, уже въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ чувствуетъ вялость и утомленіе, нѣтъ аппетита, по цѣлымъ днямъ тяжесть и полнота въ эпигастріи послѣ всякой пищи; иногда бывають дни безъ всякихъ непріятныхъ ощущеній.—Больная очень анемична, худа, нѣжнаго сложенія. Hab. enter., П. З. хорошо химифицированъ О. К. черезъ 1½ часа 78 (отецъ ея имѣлъ тоже hyperaciditas). Діета откармливанія, горечи, прекращеніе учительской дѣятельности.—Черезъ 3 недѣли прибавка 4 фунта, диспептическія разстройства прошли.

б. Случаи приобрѣтеннаго или смѣшаннаго птозиса. 1. Sлага M., 30 лѣтъ, жена пономаря.—2 родовъ. Отецъ умеръ 3 мѣсяца назадъ отъ „большой селезенки“, съ этого времени больна, никакого аппетита, быстрое насыщеніе, тяжесть и полнота послѣ всякой пищи въ эпигастріи, стулъ правильный, ни болей, ни рвоты.—Очень анемична и худа, врожденный и приобретенный птозисъ, правая почка подвижна II—III степени, селезенка слегка увеличена, солон опущена, рѣзкій плескъ въ эпигастріи. 114 фунтовъ.—Амбулаторный курсъ откармливанія, горечи, массажъ.—Въ 2½ мѣсяца прибавка 18 фунтовъ, пациентка вполне выздоровѣла, переноситъ все и работаетъ безъ утомленія.—2. Frau W., 30 лѣтъ.—1-я роды 11 мѣсяцевъ



назадъ, 6 недѣль кормила, много раздраженій. Послѣдніе  $\frac{1}{2}$  года послѣ ѣды тяжесть подъ ложечкой, никакихъ болей, и стулъ правильный. — Очень нѣжная, худая, анемичная пациентка, 107 фунтовъ въ одеждѣ. — *Ptosis congenita et acquis.*, обѣ почки подвижны III степень, сильный плескъ въ эпигастріи. — Покой, курсъ откармливанія, горечи. — Черезъ 2 недѣли всѣ ощущенія прошли, прибавила 5 фунтовъ, черезъ 6 недѣль 10 фунтовъ, больная вполне здорова.

с) Диспепсія чахоточныхъ. 1. Louise W., 31 года, жена купца. — 10 лѣтъ назадъ діагностированъ нефроптозъ I степ. — 7—8 недѣль никакого аппетита, ночные поты, вялый стулъ, послѣ каждой ѣды тяжесть подъ ложечкой и ощущение полноты, при лежаніи прекращающіяся. Потеряла 22 фунта. — Пациентка очень анемична, худая, *habitus enteroptoticus*, вялые покровы живота, обѣ почки смѣщены (2—3 степени). Легкій катарръ въ правой верхушкѣ. — Курсъ откармливанія и горечи безъ успѣха, поэтому — въ санаторіи.

2. Heinrich M., 23 лѣтъ, инженеръ. — Послѣдніе 2 года по временамъ шемящія боли въ животѣ, вздутіе живота и поносы, 6—8 недѣль тяжесть подъ ложечкой послѣ ѣды, аппетитъ плохой, часто знобы; отхаркиваетъ мокроту, ночные поты. Лечень исключительно діетой изъ суповъ вслѣдствіе „катарра желудка“. — Очень худой, анемичный пациентъ, *hab. ent.*; въ обѣихъ верхушкахъ хрипы.  $T^0-38^0,3$  рѣзкій пмскъ. П. З. — субацидентъ. — О. К. 22 — Пациентъ былъ отправленъ въ Gōrbersdorf и тамъ вылечился.

3. Carl P., 39 лѣтъ, крестьянинъ. —  $\frac{1}{2}$  года тяжесть послѣ ѣды, нѣтъ болей, аппетитъ хороший. — *Hab. ent.*, X реберный хрящъ подвиженъ, правосторонній катарръ верхушки. Послѣ креозота и генціаны тяжесть подъ ложечкой проходитъ, аппетитъ лучше, прибавилъ 4 фунта.

4. Frau T., 28 лѣтъ. — Мать умерла отъ чахотки, сестра чахоточна. 2 года назадъ больная была въ Vehrawald вслѣдствіе катарра легочныхъ верхушекъ. 9 недѣль назадъ родила, съ тѣхъ поръ обезсилѣла, потеряла аппетитъ, тяжесть и полнота въ эпигастріи послѣ каждой ѣды, отрыжка. — Очень нѣжного сложенія и худая пациентка, врожденный и пріобрѣтенный птозисъ (очень слабые покровы живота) обѣ почки смѣщены. *Catarrhus apic. utriusque*. — Массажъ, курсъ откармливанія, горечи безъ успѣха. — Санаторіи. Пациентка черезъ 1 годъ умерла.

### Нервная диспепсія.

Нервная диспепсія имѣетъ много общаго съ гастроптотической диспепсіей анемичныхъ (*Atonia*), но настолько существенно отличается отъ нея въ нѣкоторыхъ пунктахъ, что разграниченіе ихъ въ большинствѣ случаевъ возможно.

Обѣ формы диспепсіи протекаютъ безъ анатомическихъ измѣненій слизистой желудка, по крайней мѣрѣ мы не въ состояніи ихъ обнаружить современными методами изслѣдованія. Но въ то время, какъ при атоніи на первомъ планѣ — *habitus enteroptoticus*, энтероптозъ, исхуданіе и анемія, а также хроническое равномерное теченіе болѣзни, при нервной диспепсіи мы не всегда это находимъ; поэтому нервная диспепсія встрѣчается, хотя и рѣдко, у больныхъ



нормальнаго сложенія, послѣ ослабленія нервной системы и даже у хорошо упитанныхъ, но умственно переутомленныхъ или психически разстроенныхъ субъектовъ.

Этіологія. Причина чисто нервной диспепсіи лежитъ въ заболѣваніи нервной системы, именно *nervi sympathici* и его брюшныхъ вѣтвей *p. splanchnici* и *p. vagi*. Такъ какъ *p. sympathicus* и *p. vagus* находятся въ связи съ другими органами, то нервная диспепсія можетъ исходить или начаться вслѣдствіе заболѣванія любого органа, если только симпатическая нервная система находится въ состояніи неустойчиваго равновѣсія, какъ напр. при истеріи.

Такимъ образомъ, нервная диспепсія—всегда частичное проявленіе общей нервной болѣзни. Заболѣваніе исключительно желудочныхъ нервовъ, *p. splanchnici* и Auerbach'овскаго сплетенія невѣроятно. У такихъ больныхъ всегда находятъ симптомы общей неврастеніи или истеріи.

Умственное переутомленіе, напряженная нервная дѣятельность, психическія возбужденія, горе, заботы, потеря состоянія, боязнь зараженія при уходѣ за раковыми и чахоточными больными, страхъ, тѣлесныя и душевныя травмы составляютъ большую группу этиологическихъ факторовъ. Другую большую группу образуютъ заболѣванія половыхъ органовъ. Сюда относятся у мужчинъ фосфатурія, простаторрея, сперматоррея, короче говоря, половая неврастенія; у женщинъ всѣ хроническія заболѣванія тазовыхъ органовъ. *Coitus interruptus*, извращенная половая жизнь, онанизмъ, хроническіе запоры и поносы также ведутъ къ нервной диспепсіи.

Наличность одного изъ этихъ факторовъ позволяетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ установить нервную диспепсію, какъ увидимъ это ниже изъ приводимыхъ исторій болѣзни, но иногда ее можно распознать только путемъ основательнаго психоанализа по Freud'у.

Такъ называемая *vagotonia* (Eppinger и Hess) и *sympathicotonia*, т. е. тоническая неустойчивость *p. vagi* или *sympathici*, являются наиболѣе вѣроятной причиной всѣхъ проявленій нервной диспепсіи.

Симптоматологія. Настоящія боли также рѣдко приходится наблюдать при нервной диспепсіи, какъ и при атоніи, бываютъ только общія диспептическія ощущенія: тяжесть и ощущеніе полноты послѣ



ѣды; временами эти ощущенія бываютъ даже послѣ легкой пищи, а иногда они отсутствуютъ даже послѣ тяжелой, да-лѣе непріятныя ощущенія въ эпигастріи, отрыжка и срыгиваніе, рвоты, часто отсутствіе аппетита или извращеніе его, очень часто постоянная тяжесть подѣ ложечкой и позади грудины, равнозначущая *globus hystericus* и *clavus hystericus*, обмороки, сердечная тоска, астма и пр.

Диспептическія разстройства находятся въ большой зависимости отъ состоянія нервной системы. При тѣлесномъ и душевномъ покоѣ разстройства прекращаются, при возбужденіи какого бы то ни было рода снова появляются.

Объективно въ большинствѣ случаевъ нервной диспепсіи дыхательныя и секреторныя способности уклоненій отъ нормы не представляютъ. Желудокъ натошакъ или совсѣмъ пустъ или содержитъ только нѣсколько куб. сант. желудочнаго сока. П. З. хорошо химифицированъ, О. К. обыкновенно, 40—70. Пробный обѣдъ по большей части черезъ 7 часовъ уже выведенъ изъ желудка.

При нервной диспепсіи бываютъ большія колебанія въ секреторной функціи желудка; у одного и того же пациента часто находятъ О. К. при одномъ изслѣдованіи 60, при другомъ, черезъ нѣсколько дней, 40, при третьемъ 20, а при четвертомъ опять 60, коротко говоря, кислотность очень колеблется. Иногда свободная соляная кислота можетъ даже совсѣмъ отсутствовать, и наоборотъ въ иныхъ случаяхъ легко появляется гиперхлорхидрія и гиперсекреція. Все зависитъ отъ состоянія нервной системы. Это называютъ *heterochylia*.

Ферменты желудка всегда существуютъ, даже когда свободная соляная кислота больше не обнаруживается. (Подробности смотри въ общей части въ главѣ о ферментахъ желудка).

На ряду съ мѣстными субъективными желудочными симптомами находятъ другіе признаки общей истеріи или неврастеніи, какъ повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, повышенная чувствительность кожи (къ щипанію по Head'у) и т. д.

Діагнозъ. Такъ какъ субъективная картина нервной диспепсіи очень разнородна, а объективные симптомы или совсѣмъ отсутствуютъ или обнаруживаются только послѣ долгаго наблюденія, то діагнозъ не всегда бываетъ можно поставить тотчасъ же, чаще лишь послѣ повторныхъ изслѣдованій. Главнымъ діагностическимъ признакомъ служитъ измѣнчивость кислотности желудочнаго сока, на ряду съ зависимою диспепсіи отъ нервной системы.



Дифференціальный діагнозъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, когда секреторная и двигательная способность желудка нормальны, діагнозъ легокъ, въ другихъ, напротивъ, труденъ, такъ какъ возможно смѣшеніе съ хроническимъ гастритомъ.

Язву можно исключить съ большимъ вѣроятіемъ, такъ какъ при ней почти всегда регулярно появляются эпигастралгіи въ опредѣленное время послѣ ѣды, тогда какъ при нервной диспепсіи настоящей боли желудка никогда не бываетъ.

Чаще даетъ поводъ къ смѣшенію перигастритъ—осложненіе язвы или желчнокаменной болѣзни, Но при этомъ заболѣваніи боли больше зависятъ отъ движеній тѣла, нежели отъ состоянія нервной системы. Часто такіе больные принимаются за ипохондриковъ или симулянтовъ.

Грыжи въ области эпигастріа также часто даютъ поводъ къ діагностическимъ ошибкамъ, такъ какъ ихъ симптомы такъ неопредѣленны, такъ мало типичны, такъ странны, что ихъ легко можно можно принять за чисто нервную болѣзнь.

Иногда начинающаяся карцинома принимается за нервную диспепсію.

Отъ атоніи нервная диспепсіа, какъ уже упомянуто, отличается прежде всего этиологіей и, кромѣ того, непостоянствомъ симптомовъ. Атонія наблюдается у очень исхудалыхъ анемичныхъ субъектовъ съ врожденнымъ или приобрѣтеннымъ энтероптозомъ, при этомъ диспептическія разстройства тянутся годами и появляются послѣ всякой ѣды, улучшаясь только тогда, когда больные попадаютъ въ лучшія гигиеническія условія. Напротивъ, нервной диспепсіей страдаютъ люди хорошо упитанные съ нормальнымъ сложеніемъ, когда ихъ нервная система выводится изъ состоянія равновѣсія.

Если при нервной диспепсіи появляется гиперацидность, суб—или анацидность, то возможно смѣшеніе съ *gastritis hyperacida* и *gastritis anacida*, особенно, когда химическое изслѣдованіе произведено лишь одинъ разъ. Если удастся установить быструю переменчивость секреторныхъ явленій, то этимъ, конечно, исключается гастритъ. Но бываютъ случаи нервной диспепсіи, когда постоянно наблюдается гиперхлоридрія или недостатокъ HCl. Въ такомъ случаѣ отъ ошибки предохраняетъ совокупность симптомовъ, въ особенности наличность этиологиче-



скаго момента (злоупотребленія алкоголемъ, куреніемъ, ѣдой при gastritis acida, далѣе potus strenuus, торопливая ѣда, плохое пережевываніе пищи, употребленіе слабительныхъ при gastritis sub—и anacida.) Сычужный ферментъ и пепсинъ при нервной диспепсіи всегда находятся въ нормальныхъ количествахъ. Но, такъ какъ они встрѣчаются и при разстройствахъ средней силы, то сама по себѣ эта находка не доказательна.

Для леченія очень важно рѣшить, — имѣется ли въ данномъ случаѣ гастритъ или нервная диспепсія.

Въ сомнительныхъ случаяхъ лучше назначить больному терапію, подходящую для органическаго заболѣванія, которая больному ни въ какомъ случаѣ не повредитъ. Такъ напр., если былъ примѣненъ типическій курсъ леченія язвы безъ замѣтныхъ результатовъ, то можно считать случай нервнымъ и переходить къ общему леченію нервной системы.

Прогнозъ и теченіе. Переходъ нервной диспепсіи въ органическое заболѣваніе желудка наблюдается рѣдко. Въ худшемъ случаѣ вслѣдствіе отсутствія аппетита и недостаточнаго питанія можетъ развиваться тяжелая анемія, исхуданіе (наблюдается потеря вѣса до 50 фунтовъ и больше), наконецъ туберкулезъ; очень часто развивается напр., хроническій запоръ съ его послѣдствіями: ипохондріей, вторичнымъ кишечнымъ катарромъ, enteritis membranacea и т. д. Но никогда на почвѣ нервной диспепсіи не развивается гастрэктазія, гастритъ, язва, карцинома или болѣзнь Рейхмана; въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ развиваться недостаточность желудка вслѣдствіе спазма выхода его.

Теченіе болѣзни чрезвычайно длительное, хорошіе періоды чередуются съ плохими, въ зависимости отъ хорошаго или плохого состоянія нервной системы. Если больные не могутъ устранить вызывающихъ болѣзнь факторовъ, то излеченіе невозможно, но иногда, особенно у женщинъ, достаточно незначительнаго измѣненія пепсина подъ вліяніемъ внушенія врача, чтобъ въ нѣсколько дней достигъ полнаго излеченія, которое порой остается лишь до тѣхъ поръ, пока больной находится подъ наблюденіемъ врача.

Терапія. Леченіе нервной диспепсіи въ противоположность органическимъ желудочнымъ болѣзнями не мѣстное, но общее. Оно должно быть направлено на укрѣпленіе общаго состоянія питанія и нервной системы.

а) Діететическое леченіе. Діета обусловливается состояніемъ питанія больного. Только у исхудавшихъ пациен-



товъ примѣняютъ изложенный въ предыдущей главѣ курсъ откармливанія. Часто диспептическія явленія исчезаютъ просто отъ продолжительнаго постельнаго содержанія, улучшеннаго питанія и устраненія дѣйствующихъ на нервы вредныхъ моментовъ (уличный шумъ и пр.).—Паціентамъ съ нормальнымъ питаніемъ, значить съ хорошо развитымъ жировымъ слоемъ, не назначаютъ мясного питанія, а только полный покой. Ожирѣлыхъ субъектовъ сажаютъ наоборотъ на діету, при которой они могли бы похудѣть: имъ запрещаютъ по возможности крахмалистую и жирную пищу.—Страдающимъ запоромъ назначаютъ діету противъ запоровъ (см. въ главѣ „хроническій запоръ“). Часто запоры являются причиной нервной диспепсіи или замѣтно ведутъ къ ея ухудшенію. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, если діететическими предписаніями не удастся вызвать самостоятельныхъ опорожнений кишечника, приходится прибѣгать къ легкимъ слабительнымъ, напр. къ регулину (Schmidt), саградѣ, тамариндѣ, пюргену, laxinkonfekt и т. д. (см. ниже).

Чтобъ доказать больному, что боленъ не его желудокъ, а его нервная система, съ самаго начала леченія отмѣняютъ легкую діету, которой до сихъ поръ придерживался больной отчасти по своему выбору, отчасти по совѣту пользовавшихся врачей, исходившихъ изъ ошибочнаго возрѣнія, что желудочное страданіе больного есть хроническій катарръ желудка. Какъ только больной увидитъ, что онъ переноситъ такъ называемыя тяжелыя блюда не хуже легкихъ, онъ проникается къ врачу довѣріемъ и тѣмъ съ большей охотой исполняетъ его предписанія.

Такъ какъ въ тяжелыхъ случаяхъ нервной диспепсіи однимъ курсомъ откармливанія и покоя многого добиться нельзя, то необходимо использовать еще и клиническое, т. е. санаторное леченіе; предпочтеніе нужно отдавать тѣмъ санаторіямъ, которые расположены въ красивой мѣстности вдали отъ шума большого города и оборудованы нужными гидро-терапевтическими приспособленіями, а ихъ руководитель—хорошій психотерапевтъ.

Относительно діететическаго леченія нужно еще разъ упомянуть, что въ сомнительныхъ случаяхъ, т. е. когда нѣтъ увѣренности органическая или нервная природа заболѣванія, нужно начинать съ діеты для органическаго страданія; то же самое необходимо дѣлать въ случаяхъ комбинаціи невроза съ хроническимъ заболѣваніемъ желудка, напр., нервной диспепсіи съ кислымъ катарромъ желудка.

б) Гигіено-физическое леченіе. Сюда относится уже упомянутое леченіе нервныхъ больныхъ въ санаторіяхъ



и курортахъ—покоемъ, уходомъ, развлеченіемъ, купаньемъ, гимнастикой, массажемъ и электризаціей. На подробностяхъ этихъ клиническихъ методовъ леченія въ этомъ компендіумѣ не приходится останавливаться, такъ какъ это не дѣло практическаго врача, но руководителя учрежденія.

Отъ врача часто требуютъ указать санаторій или курортъ. Въ общемъ можно руководствоваться слѣдующими соображеніями:

Больныхъ съ ослабленной, подавленной нервной системой, и плохимъ состояніемъ питанія, посылаютъ на море, Балтійское, Черное, но только не больныхъ съ сильно развитой анеміей. Больныхъ же съ сильно повышенной рефлекторной возбудимостью направляютъ въ горы, хорошо упитанныхъ субъектовъ въ высокія горы, въ Швейцарію, Тироль или въ баварскія Альпы, Боржомъ, Желѣзноводскъ, а анемиковъ въ плоскогорья, Schwarzwald, Harz, Thüringen и Riesengebirge. Кисловодскъ, Финляндію. Руководящимъ моментомъ при выборѣ санаторія или курорта является состояніе питанія (анемія или ожирѣлость) и рефлексовъ.

Анемиковъ, легко возбудимыхъ больныхъ нельзя подвергать леченію холодной водой, наоборотъ, они должны пользоваться тепловатыми купаніями, какъ напр. въ Landeck, Elster, Badenweiler. Тѣми же соображеніями нужно руководствоваться при курсахъ леченія на дому.

И массажъ нужно примѣнять *cum grano salis*. Какъ правило, здѣсь показано лишь легкое поглаживаніе эпигастрія и живота; болѣе слабый массажъ, поколачиваніе и пр. увеличиваетъ страданія, тогда какъ легкое поглаживаніе приноситъ значительное облегченіе. Легкое поглаживаніе и есть то, что различные врачеватели и знахари называютъ магнетизированіемъ.

с) Леченіе внушеніемъ. Оно состоитъ въ словесномъ внушеніи, во вліяніи личности врача на больного, въ личномъ довѣріи, которое питаетъ больной къ лечащему его врачу, въ твердой увѣренности, что нѣтъ никакой тяжелой болѣзни желудка, но только разстроены желудочные нервы. Часто достаточно бываетъ настойчиваго повторенія этого больному, чтобъ добиться если не выздоровленія, то значительнаго улучшенія (психотерапія).

Малокультурныхъ больныхъ лечатъ поглаживаніемъ эпигастрія подъ предлогомъ магнетизированія ихъ. Вѣра въ цѣлебную силу магнетизирующаго врача часто творитъ чудеса.

При нервной диспепсіи показана гальванизация (около



4 миллиамперовъ) подложечной области. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ лучше дѣйствуетъ фарадизація.

Врядъ ли нужно напоминать, что у возбужденныхъ больныхъ нужно употреблять гальванической токъ, у ослабленныхъ фарадической.—Электризацію дѣлають или чисто наружную двумя плоскими электродами, прикладывая одинъ электродъ къ спинѣ, а другой къ эпигастрію или же внутреннюю (эндофарадизація). При послѣдней одинъ электродъ кладутъ на эпигастрій, даютъ больному выпить стаканъ воды и вводятъ въ желудокъ желудочный электродъ. Вмѣсто желудочнаго электрода можно пользоваться обычнымъ желудочнымъ зондомъ (№ 8—9), который вверху затыкають простой бутылочной пробкой, пропустивъ сквозь нее мѣдную проволоку. Проволока съ одной стороны должна доходить до слѣпого конца зонда, а съ другой до соединенія съ электрическимъ аппаратомъ. Начинають со слабого тока и постепенно усиливають его, насколько можетъ выдержать пациентъ. Продолжительность эндофарадизації не должна превышать 5 минутъ, а наружной электризації 10—15 минутъ.

5) Лекарственное лечение. Здѣсь стоятъ на первомъ планѣ *pervina*, т. е. препараты брома. Назначаютъ или по стакану утромъ и вечеромъ шипучей бромистой соли *Sandow'a* или же слѣдующія средства:

Rp. *Validol* 15,0.

3 раза въ день по 6—10 капель  
(очень дорогой препаратъ).

Rp. *Natr. bromat.* 30,0.

2 раза въ день на кончикъ ножа  
(1 gr.) въ чашкѣ валеріановаго  
чая.

Rp. *Fellow's* или *Egger's* *Nurophosphit* 3 раза въ день по 1 чайной ложкѣ.

Rp. *Extr. Cannabis indic.* 0,05.

*Sacch. alb.* 0,5.

*Mf. pulv.* *Dos X.*

2 раза въ день по 1 порошокъ  
или 8—10 капель тинктуры.

Rp. *Chloralhydrat* 4,0.

*Sir. Cort. aur.*

*Aq. aa* 30,0.

*S.* 2—3 раза въ день по 1 чайной  
ложкѣ.

Не для всѣхъ случаевъ нервной диспепсіи пригоденъ бромъ, но только въ стадіяхъ возбужденія. Въ депрессивныхъ же формахъ, протекающихъ съ пониженіемъ аппетита, общей разслабленностью и ипохондріей употребляютъ тѣ же горькія средства, что и при анемико-гастропептической диспепсіи, о чемъ смотри въ предыдущей главѣ. Нѣкоторые безпокоющіе больныхъ симптомы можно устранить этими средствами.

Очень анемичнымъ неврастеникамъ цѣлесообразно выписывать желѣзо и мышьякъ слѣдующимъ образомъ:

Rp. *Chin. sulf.* 2,5.

*Acid. arsenic.* 0,1.

*Exstr. Cann. ind.* 0,75.

*Mass. pill. q. s. ut. fiant pill L.*

*M. D. S.* въ день по 1—2 пилюли.

Rp. *Ferri lact.*

*Extr. chiu. aquos. aa* 4,0.

*Extr. nuc. vomic. spir.* 1,0.

*Extr. Gent. q. s. ut. f. pill. C.*

*D. S.* 3 раза въ день по 1 и болѣе  
пилюль (по *Dr. Binz*).



Ниже привожу нѣсколько исторій болѣзней нервной диспепсiи, которыя лучше длиннаго описанiя иллюстрируютъ картину болѣзни.

#### Казуистика.

1. Ida A., 27 лѣтъ, жена столяра.—Съ дѣтства очень нервна, частые припадки плача, наследственное предрасположенiе (отъ отца), часто охватываетъ дрожь, головная боль, тошнота, рвоты. 3 года замужемъ, бездѣтна. Менструаши всегда неправильны, по мѣсяцамъ пропуски. Яичники значительно опущены. Когда она намѣрена что-либо предпринять, то возбуждается, теряетъ аппетитъ; появляется рѣзкая тяжесть подъ ложечкой. Часто тяжесть подъ ложечкой не зависимо отъ прiемовъ пищи, а также отъ качества ея. Порою она переноситъ все, порою даже послѣ супа появляется диспепсiя; стулъ вялый, толстыми твердыми колбасами, часто прибѣгаетъ къ слабительнымъ. Б. слабого питанiя, быстро мѣняющаяся краска на лицѣ; типичный *habitus enteroptoticus*, правая почка подвижна, пателлярный рефлексъ сильно повышенъ.—Легкая дiета откармливанiя и противъ запоровъ, бромистый кали, два раза въ день по хорошей щепоткѣ на кончикѣ ножа въ чашкѣ валерiановаго чая, теплыя ванны.—Черезъ недѣлю испражненiя самостоятельно, тяжесть подъ ложечкой почти исчезла. Черезъ 3 недѣли тяжесть подъ ложечкой совершенно исчезла, хорошее самочувствiе, 4 фунта прибавки. Одновременное леченiе внушенiемъ (отрицанiе диспепсiи). Полный успѣхъ.

2. Oswald. K., 26 лѣтъ, извощикъ.—Многолѣтняя мастурбацiя. Нѣсколько мѣсяцевъ постоянная тяжесть подъ ложечкой послѣ всякой ѣды, послѣ обильной ѣды сильнѣе, ни боли, ни рвоты, стулъ порядочный.—Пациентъ нѣжнаго сложенiя худой, блѣдный, *habitus enteroptoticus*, П. З. субациденъ. О. К.—36.—Горечи, дiета откармливанiя и противъ запоровъ, холодныя обтиранiя.—Черезъ 3—4 недѣли пациентъ почувствовалъ себя совершенно здоровымъ и оставался такимъ въ теченiе 2-лѣтняго наблюденiя.

3. Naggy T., 27 лѣтъ, купецъ.—2 года диспепсiя, никакого аппетита, полнота и тяжесть въ эпигастрiи послѣ каждой ѣды, отрыжка, запоръ, похудѣлъ на 35 фунтовъ. Въ прошломъ году больной былъ очень переутомленъ своими дѣлами.—Очень анемиченъ, *habitus enteroptoticus*, П. З. хорошо химифицированъ, О. К.—74.—Послѣ 6 недѣльнаго леченiя въ санаторiи пациентъ вернулся съ прибавкой 20 фунтовъ безъ всякихъ разстройствъ. Первоначально его посылали въ Karlsbad.

#### Спеціальныя формы неврозовъ желудка.

Въ современныхъ пособiяхъ по изученiю болѣзней желудка Ewald'a, Boas'a, Rosenheim'a, Riedel'я и др. неврозы желудка схематически изложены по отдѣльнымъ функцiямъ, а именно секреторныя, сенсорныя и моторныя неврозы.

Въ книгѣ, задача которой—быть путеводителемъ практическаго врача въ диагнозъ и леченiи повседневныхъ желудочныхъ болѣзней, было бы непрактично пользоваться та-



кимъ подраздѣленіемъ. Въ такой книгѣ могутъ подробно быть изложены только главнѣйшія заболѣванія, а рѣдко встрѣчаемыя лишь упомянуты, такъ какъ леченіе ихъ должно быть предоставлено специалистамъ. Въ такомъ смыслѣ нужно понимать нижеслѣдующія строки.

### 1. Нервная (рефлекторная) рвота (включая отрыжку и срыгиваніе).

Общія замѣчанія. Подъ нервной рвотой подразумѣваютъ такую форму желудочнаго невроза, при которой исключительно подъ вліяніемъ нервного возбужденія, въ частности возбудимости желудочнаго нерва, происходитъ рвота послѣ всякой съѣденной пищи, безъ того чтобы въ самомъ желудкѣ было обнаруживаемо какое-нибудь анатомическое измѣненіе.

Нервная рвота встрѣчается преимущественно у женщинъ и обычно лишь при менархіи и климаксѣ. Мужчины страдаютъ этой болѣзью чрезвычайно рѣдко. Она поражаетъ всегда невропатическихъ субъектовъ, и начинается подъ вліяніемъ какой-нибудь случайной причины: возбужденія, переутомленія, огорченія, печали, заботъ, страха, травмы, мастурбаци и т. д.

Симптоматологія. Больныхъ рветъ послѣ всякой пищи и почти непосредственно вслѣдъ за приѣмомъ ея. Установить это обстоятельство чрезвычайно важно, такъ какъ рвота непосредственно вслѣдъ за приѣмомъ пищи, т. е. въ теченіе первыхъ 10—15 минутъ, бываетъ кромѣ этой болѣзни только еще при стенозахъ пищевода и мозговыхъ заболѣваніяхъ.

Настоящихъ болей у больныхъ не бываетъ, самое большее—обычныя диспептическія разстройства, какъ тяжесть подъ ложечкой, чувство полноты, отсутствіе аппетита и иногда отвращеніе къ ѣдѣ.

Удивительно, что больные, несмотря на очень частую рвоту, обычно мало худѣютъ, большею частью развивается только анемія.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи приходится имѣть въ виду цѣлый рядъ заболѣваній.

Прежде всего необходимо исключить беременность, что далеко не всегда легко; а также заболѣванія половыхъ органовъ, особенно неправильныя положенія матки, такъ



какъ рефлекторныя рвоты при *retroflexio uteri* наблюдаются очень часто.

Далѣ, въ случаѣ періодическихъ рвотъ—*tabes*, о чемъ рѣчь ниже, затѣмъ всѣ заболѣванія, которыя сопровождаются рвотой и которыя я не могу здѣсь подробно перечислить. Упомяну лишь мигрень, мозговья страданія, болѣзнь Меніѣге'а, хроническій перитонитъ, хроническій нефритъ, *cholelithiasis*, *pernephrolithiasis*, грыжи и прежде всего глисты у дѣтей.

Рвота у дѣтей, такъ назыв. „юношеская рвота“, наблюдается нерѣдко у анемичныхъ нервныхъ дѣтей и представляетъ собою особую форму невроза желудка. Часто она появляется у до того здоровыхъ дѣтей, какъ только они начинаютъ ходить въ школу, преимущественно въ возрастѣ 11—13 лѣтъ. Иногда причиной такой рвоты, являются глисты, иногда ранняя мастурбація. Въ такихъ случаяхъ тщательно изслѣдуютъ испражненія на присутствіе яицъ глистовъ, о чемъ сказано подробно въ главѣ о „микроскопіи испражнений“. Не всегда при этомъ бываютъ ленточныя глисты, иногда также аскариды, *Oxuritis* и другіе маленькіе черви настолько раздражаютъ кишки, что можетъ появиться рвота. Конечно, частыя рвоты у дѣтей бываютъ также вслѣдствіе хроническаго или подостраго желудочно-кишечнаго катарра. Въ такомъ случаѣ рвота находится въ тѣсной зависимости отъ качества пищи и не бываетъ послѣ супа, а только послѣ тяжелыхъ блюдъ, какъ фрукты, картофель, хлѣбъ, сладости и проч.

Рвота въ юношескомъ возрастѣ можетъ распространяться подъ вліяніемъ психическаго воздѣйствія, [такъ какъ ребенокъ заражается примѣромъ другого; мнѣ пришлось видѣть шесть дѣвочекъ съ нервной рвотой изъ одного класса школы.

Срыгиваніе пищи черезъ нѣкоторое время послѣ ѣды также иногда наблюдается у больныхъ, о чемъ необходимо здѣсь упомянуть. Срыгиваніе занимаетъ средину между простой отрыжкой и рвотой и заключается въ томъ, что одновременно съ отрыжкой у больныхъ ротъ оказывается наполненнымъ пищевой кашицей. Пища имѣетъ горько-кислый вкусъ (желудочныя кислоты и пептоны) и тотчасъ больнымъ выплевывается.

Отъ срыгиванія нужно отличать жвачку, такъ назыв. руминацію, которая наблюдается преимущественно у



мужчинъ, которые долгие годы нерегулярно и торопливо ѣдятъ. Эти больные также срыгиваютъ пищу вскорѣ послѣ ѣды, но не выплевываютъ ее, а еще разъ прожевываютъ и снова проглатываютъ. У такихъ больныхъ часто бываетъ *achylia gastrica*.

Сюда же относится изжога *pyrosis hydrochlorica*, поскольку она не является симптомомъ органической болѣзни желудка, язвы желудка или кислаго катарра его. Подробнѣ смотри въ главѣ о „гиперхлорхидриі“.

*Egustatio nervosa*, упомянутая въ главѣ о болѣзняхъ пищевода, имѣетъ много общаго съ нервной рвотой. Оба явленія иногда бываютъ у одного и того же субъекта и происходятъ одно за другимъ.

Прогнозъ нервной рвоты въ общемъ хорошъ, но теченіе ея иногда очень длительно. Болѣзнь исчезаетъ порой самопроизвольно, когда нервная система успокоится.

Терапія должна прежде всего устранить тѣ факторы, которые вызвали у невропатическаго субъекта появленіе этого невроза. Чаще всего дѣло идетъ объ устраненіи психическихъ возбудителей. Само собою у женщинъ должны быть изслѣдованы гениталии, чтобы избѣжать смѣшенія съ рефлекторной рвотой беременныхъ при *retroflexio uteri* и проч.

Въ цѣляхъ терапіи примѣняется преимущественно внушеніе на ряду съ препаратами брома и валеріаны, какъ при нервной диспепсіи.

Также съ цѣлью внушенія я дѣлаю орошенія слизистой оболочки желудка тепловатой водой съ помощью зонда *Rosenheim'a*, а иногда внутреннюю электризацію, какъ описано въ предыдущей главѣ.

Значительно лучшіе результаты получалъ я, однако, отъ легкаго массажа эпигастріи. Область желудка поглаживаютъ обѣими ладонями попеременно то справа, то слѣва, очень нѣжно, слегка вибрируя; необразованнымъ пациентамъ при этомъ говорятъ, что ихъ магнетизируютъ. Я видѣлъ отъ такого леченія часто полное выздоровленіе послѣ трехъ—четырехъ сеансовъ: больные переносили самую тяжелую пищу, несмотря на то, что еще недавно у нихъ ото всего бывала рвота. Нижеслѣдующія исторіи болѣзни докажутъ это лучше всего. Конечно, нужно для этого выбирать подходящіе случаи; интеллигентные больные для этой терапіи не подходятъ, такъ какъ не вѣрятъ въ цѣлебную силу этихъ манипуляцій.

Въ тяжелыхъ случаяхъ нужно направлять къ специалистамъ для массажа по *Cornelius'u*, который часто приноситъ облегченіе даже послѣ того, какъ гигиеническое, медикамен-



тозное леченіе и леченіе внушеніемъ оставалось безплоднымъ. При этомъ методѣ стараются главнымъ образомъ повліять успокоительно на *plexus coeliacus*.

Встрѣчается не мало больныхъ, у которыхъ нервная система настолько расшатана, что никакія до сихъ поръ примѣнявшіяся мѣропріятія не приносятъ пользы. Въ такихъ случаяхъ помогаетъ лишь долгое пребываніе въ новомъ климатѣ, поѣздка на Ривьеру или въ горы или долгое пребываніе въ подходящемъ санаторіи.

Въ отчаянныхъ случаяхъ начинаютъ съ полного воздержанія отъ пищи и одновременно питаютъ черезъ прямую кишку, если это не помогаетъ, остается лишь *gastrostomia*. Pariser (D. m. W. 1902, 15) приводитъ случай, въ которомъ достигнута была прибавка вѣса въ 45 фунтовъ послѣ операціи.

При леченіи нервной рвоты гидротерапевтическими и бальнеологическими средствами руководствуются тѣми же принципами, какъ и при нервной диспепсіи. Такъ какъ дѣло идетъ о неврозахъ въ стадіи возбужденія, то приходится отказываться отъ купаній въ нашихъ моряхъ; для такихъ больныхъ болѣе подходитъ спокойная лѣсная горная мѣстность на 4—600 метровъ высоты или купанье въ Средиземномъ морѣ.

#### К а з у и с т и к а.

1. Frieda F., 19 лѣтъ, дочь акушерки.—Менструаціи съ 15 лѣтъ, нерегулярны; съ годъ вялый стулъ, 5 недѣль—только съ клистирами, такъ какъ слабительныя не помогаютъ; въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ отсутствіе аппетита, тяжесть подъ ложечкой послѣ обѣда и очень частая рвота послѣ ѣды, послѣднія недѣли по нѣскольку разъ въ день.—Пациентка удовлетворительнаго питанія, *hab. enteropt.*, въ остальномъ объективно *nihil*. *Appendix* прощупывается.—Леченіе внушеніемъ, массажъ (подъ видомъ магнетизированія), пиюли изъ белладонны и кофеина, грубая пища противъ запоровъ.—Несмотря на это ни рвоты, ни тяжести подъ ложечкой; черезъ 2½ недѣли больная переноситъ безъ наркотиковъ тяжелую пищу; массажъ и эндофарадизація. Черезъ три сеанса эндофарадизаціи самостоятельнаго испражненія и съ тѣхъ поръ здорова.

2. Emma K., 34 лѣтъ, дочь чиновника.—Раньше хлорозъ, послѣдніе годы временами желудочныя разстройства. 2 недѣли отсутствіе аппетита, головокруженія и привычная рвота сейчасъ же послѣ ѣды; короткіе промежутки небольшихъ улучшеній; постоянная тяжесть подъ ложечкой, никакихъ болей.—Нѣжнаго сложенія. *Hab. enteropt.*, маленькій зубъ, правая почка подвижна.—Бромъ и фарадизація безрезультатны; поэтому—массажъ, который оказался очень полезнымъ, такъ какъ вскорѣ она прекрасно переноситъ уже селедку и картофель.—Въ теченіи 5-лѣтняго наблюденія еще два раза періоды рвотъ, каждый разъ устраняемые легкимъ массажемъ и словеснымъ внушеніемъ. О. К. П. З. 46 (нормально).

3. Gertrud P., продавщица.—Половая извращенность и раннія сноше-



нія. Гоннорея, психическіе инсульты. Уже около 2-х лѣтъ паціэнтку рветъ временами послѣ всякой пищи, тотчас послѣ ѣды и у нея сильная тяжесть подѣ ложечкой. Паціэнтка неоднократно лечилась отъ „язвы“ безъ результата. — Хорошаго питанія, hab. enteropt., П. З. нормаленъ, О. К. 64. Черезъ недѣлю послѣ ежедневнаго массажа (легкое поглаживаніе эпигастрія) тяжесть и рвота совсѣмъ прошли, паціэнтка переноситъ мясо, картофель и пр. — Нѣсколько мѣсяцевъ хорошаго состоянія, затѣмъ рецидивъ, устраненный такимъ же способомъ. Позже истерическіе припадки, отъ которыхъ лечилась 2 мѣсяца въ нервной больницѣ холодными ваннами и пр. Припадки лучше, но тяжесть подѣ ложечкой безъ перемѣны, послѣ недѣли массажа тяжесть снова прошла. Снова приступы истеріи, почему направлена къ невропатологу.

## 2. Vertige stomacal. (Желудочное головокруженіе).

Подѣ vertige stomacal разумѣютъ появленіе головокруженія въ концѣ ѣды. Оно наблюдается обычно у молодыхъ людей, вслѣдствіе мастурбаціи или другихъ причинъ ставшихъ очень нервными. Другихъ страданій паціэнты не имѣютъ, объективно въ желудкѣ нельзя ничего обнаружить, секретъ нормаленъ или близокъ къ нормѣ, двигательная способность также вполне нормальна.

Діагнозъ ставится на основаніи показаній больного и отрицательнаго результата объективнаго изслѣдованія.

Прогнозъ благопріятенъ: болѣзнь исчезаетъ, обыкновенно, съ устраненіемъ причины.

Леченіе заключается въ устраненіи ослабляющаго нервную систему момента, въ назначеніи препаратовъ брома и валеріаны, наконецъ, общаго массажа и полуваннъ. Если больной плохаго питанія, показанъ легкой курсъ откармливанія. Болѣе или менѣе обезпеченнымъ больнымъ, конечно слѣдуетъ назначить перемѣну климата; пребываніе въ красиво расположенномъ санаторіи.

### К а з у и с т и к а .

1. Julius St., 55 лѣтъ, столяръ. 3 года назадъ инфлюэнца, 2 года страдаетъ желудкомъ, головокруженіе и громкая отрыжка послѣ ѣды, никакихъ болей, аппетитъ плохой, стулъ вялый; много семейныхъ огорченій. ухудшеніе послѣ возбужденій, часто головная боль. — Больной хорошаго питанія. П. З. слегка субациденъ. — Послѣ брома и валеріановаго чая облегченіе.

2. Marie V., 40 лѣтъ, жена слесаря. — До послѣднихъ 3 мѣсяцевъ здорова, съ этого времени часа черезъ 1½ послѣ ѣды изжога и головокруженіе, прекращающіяся при покоѣ; при работѣ появляются почти всегда; стулъ 1—2 раза въ день, мягкій; аппетитъ хорошій. Головокруженія бывають даже послѣ супа. — Блѣдная, худая паціэнтка, правая почка прощупывается, О. К. П. З. 30. Послѣ брома улучшеніе. — Паціэнтка 3 мѣсяца тому назадъ замѣтила отхожденіе оксіуръ. — Итакъ — не чистый случай невроза, но рефлексорное головокруженіе.



### 3. Нервные расстройства аппетита.

Аппетитъ можетъ подѣ влияніемъ чисто нервныхъ причинъ подвергаться значительнымъ колебаніямъ; то онъ значительно повышается, то совершенно исчезаетъ.

Купогехіа или Нурегогехіа (волчій голодъ), подѣ которой разумѣютъ необычайное увеличеніе ощущенія голода, встрѣчается нерѣдко. Повидимому причиной его является ненормальное усиленіе двигательной способности желудка, вслѣдствіе чего желудокъ подобныхъ больныхъ опорожняется значительно раньше обыкновеннаго.

Больные ощущаютъ непреодолимую потребность въ ѣдѣ. Настоящая причина болѣзни намъ неизвѣстна, вѣроятно, ее нужно искать въ расстройствахъ иннервации *n. vagi*. прогнозъ не особенно благоприятенъ, такъ какъ болѣзнь часто тянется нѣсколько лѣтъ и сильно удрочаетъ больныхъ.

Въ каждомъ случаѣ *huregogexiae* необходимо удостовѣриться нѣтъ ли у больного діабета, при которомъ онъ часто появляется однимъ изъ первыхъ симптомовъ.

Леченіе можетъ быть только общимъ; во многихъ случаяхъ помогаетъ леченіе мышьякомъ (*Natr. kakodylicum* подѣ кожу или *Arsen-Haematose*, *Arsacetin*, *Arsentriferrose*, *Dürkheimer Maxquelle* внутрь).

*Bulimia* высшая стадія *huregogexiae*. Черезъ 1—2 часа послѣ ѣды у больныхъ появляется настолько сильное ощущеніе голода, что они падаютъ въ обморокъ, если онъ не будетъ тотчасъ же удовлетворенъ. Булимія тоже симптомъ общей истеріи или неврастеніи. Приводимый ниже случай (5) ясно это показываетъ.

Родствененъ этой болѣзни такъ-назыв. *Gastralgokenosis*—болѣзненная пустота желудка, форма невроза, введенная въ патологию желудка *Voas'*-омъ. Больные при этомъ не ощущаютъ непреодолимаго стремленія къ ѣдѣ, какъ при булиміи, но у нихъ черезъ нѣсколько часовъ послѣ обѣда появляется непріятное ощущеніе стягиванія въ полости желудка, которое исчезаетъ тотчасъ послѣ приема какой-нибудь пищи. Въ народѣ эта болѣзнь называется сердечной тоской (*Herzweh*). Эти больные чувствуютъ потребность въ ѣдѣ, но никакой охоты ѣсть, у нихъ ненормальное ощущеніе голода, но нѣтъ никакого аппетита.

Эта форма невроза не должна быть смѣшиваема съ



эрозіями или изъязвленіями рупогі, при которыхъ точно также появляется черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды сильная боль, такъ-назыв. боль отъ голода (Hungerpain по Моуніан'у), прекращающаяся непосредственно вслѣдъ за приѣмомъ пищи или жидкости.

Когда схваткообразная боль появляется регулярно въ опредѣленное время послѣ ѣды, нужно подозрѣвать язву съ гиперхлорхидріей, какъ было указано въ главѣ о „язвѣ желудка“.

Gastralgokenosis легко поддается леченію. Если заставить больного ѣсть каждые 2—3 часа, тѣмъ самымъ устранить анемію и похуданіе, то симптомъ исчезаетъ самъ собою.

Наоборотъ, противъ булиміи врачъ оказывается часто безоружнымъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ хорошую услугу оказывалъ мышьякъ и ляписъ въ слѣдующемъ видѣ:

Rp: Sol. Fowleri.

Aq. ment. pip. aa 10,0,

D. S. 3 раза въ день по 6—10 капель послѣ ѣды (каждую недѣлю прибавляя по 1 каплѣ).

Rp. Arg. nitr. 0,4: 200,0.

3 раза въ день по 1 стол. ложкѣ (фарфоровой) въ стаканчикѣ Aq. dest. за  $\frac{1}{4}$  часа до ѣды.

Противоположность булиміи представляетъ нервная аногехія т. е. полная потеря аппетита.

Эту болѣзнь можно діагносцировать путемъ исключенія, т. е. когда исключены всѣ другія болѣзни желудка и другихъ органовъ, ведущія къ потерѣ аппетита, особенно рhthisis incipiens, начинающаяся карцинома желудка и другихъ органовъ, тифъ, Базедова болѣзнь, пернициозная анемія, отравленіе мышьякомъ и пр.

Причиной аногехіае nervosae обыкновенно является психическая травма; потеря родственниковъ, разореніе, несчастные случаи, испугъ и пр. Больные съ нервнымъ отсутствіемъ аппетита могутъ значительно похудѣть, на 50 фунтовъ и больше, такъ что можетъ даже зародиться подозрѣніе въ наличности злокачественнаго новообразованія. Функціи желудка—секреторная и двигательная, могутъ быть или нормальными или пониженными, какъ при нервной диспепсіи. Часто встрѣчаются сильное пониженіе кислотности, вслѣдствіе чего дифференціальное распознаваніе между нервной анорексіей и скрытой карциномой становится особенно труднымъ. Нервно, при полной анорексіи появляется гиперхлорхидрія.



Лечение состоитъ въ назначеніи горечей.

Extr. Chin. (Nanning) 3 раза въ день по 20 капель передъ ѣдой.

Tinct. Rhei vin.

Tinct. Calami.

Tinct. Gentian.

} 3 раза въ день по 1 чайной ложкѣ передъ ѣдой.

Orexin. basic. 3 раза въ день по 0,3 въ капсуляхъ.

Вино Condurango, хинное вино, Sirupus colae compositus

Тонизирующее вино Vial'я, St Raphael,

Ость-индскій ликеръ изъ травъ и т. д.

или Rp. Extr. Gent. 2,0.

Sir. Cort. aur. 20,0.

Aq. destil. ad 200,0.

M. D. S. 3 раза въ день по 1 столовой ложкѣ.

Въ большинствѣ случаевъ необходима перемѣна мѣста, при этомъ нѣтъ нужды посылать больного на спеціальные курорты, достаточно просто отправить на дачу или къ роднымъ въ деревню и прекратить обычныя занятія; хорошо также посовѣтовать пожить на морѣ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о случаяхъ депрессіи.

Кстати нужно упомянуть еще объ а к о р і и—неврозѣ, при которомъ больные лишаются чувства сытости. Эта форма встрѣчается преимущественно у женщинъ въ климактерическомъ періодѣ.—Терапія почти бессильна. Ограничиваются нѣкоторыми симптоматическими назначеніями, посылаютъ больныхъ на курортъ, а въ общемъ ожидаютъ, пока неврозъ не пройдетъ самъ собою. Онъ можетъ тянуться цѣлые годы.

#### Казуистика.

1. Doga P., 54 лѣтъ, бывшая артистка.—Въ теченіи 10 лѣтъ 2—4 раза въ годъ приступы тошноты, ощущеніе стягиванія въ эпигастріи и рвоты водой; аппетитъ хорошъ, но боится ѣсть; приступы бываютъ только тогда, когда пациентка нѣсколько часовъ ничего не ѣстъ и оканчиваются, когда подымается рвота жидкостью; нѣсколько разъ продѣлывала глистогонное лечение, [подозрѣвая глисты.—Съ 20 до 30 лѣтъ запоръ; много волнений вслѣдствіе паралича мужа.—Пациентка блѣдна, умѣренного питанія, нормальнаго сложения, животъ дряблый, правая почка подвижна (II-я степень) со long transv. и S. homanum сокращены и прощупываются, никакихъ центральныхъ симптомовъ.—П. З. нормаленъ, О. К. 54. Пилюли белладонны, дѣтя противъ запоровъ и для откармливанія, два раза въ недѣлю масляныя клизмы.—Черезъ 1—2 недѣли стулъ самостоятеленъ, болѣзненная пустота желудка съ рвотой водой совсѣмъ прошла; въ теченіе ближайшихъ мѣсяцевъ прибавила 20 фунтовъ.

2. Pauline Cs., 30 лѣтъ, цирковая танцовщица.—Въ дѣтствѣ переходящія разстройства желудка, до послѣдняго года была здорова. Теперь черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды неприятное ощущеніе въ эпигастріи; прекра-



щается тотчасъ послѣ приѣма пищи, даже послѣ одного глотка. Порою рвота слизью, потеряла 10 фунтовъ, иные дни пациентка совершенно здорова. Вслѣдствіе профессиональныхъ занятій нѣсколько лѣтъ нерегулярная ѣда.— Пациентка нѣжнаго сложенія, худа, hab. enteropt.; бромъ и валерьяна безъ успѣха.—П. З. нормаленъ. О. К. 50.—Болѣзненная пустота часто повторяется, улучшение только послѣ легкой діеты для язвы и жевательныхъ таблетокъ, такъ что здѣсь нѣроятно было что-то въ родѣ язвы, а не нервное заболѣваніе.

3. Anna R., 28 лѣтъ, горничная. 2½ мѣсяца болѣзненное ощущеніе стягиванія въ эпигастріи, когда желудокъ пустъ, преимущественно по утрамъ и около 2—3 часовъ пополудни, такъ какъ пациентка ничего не ѣстъ отъ 8 до 3 часовъ. Тотчасъ послѣ обѣда боль прекращается.—Послѣ белладонны съ валеріаной и урегулированія діеты улучшение безъ курса леченія язвы.

4. Soga H., 46 лѣтъ, рантьерка.—7 лѣтъ назадъ удаленіе геморройныхъ шишекъ, 5 лѣтъ ощущеніе, какъ будто она никогда не сыта, улучшение послѣ Franzensbad'a; затѣмъ рецидивъ, вѣсъ упалъ съ 168 до 110 фунтовъ. Въ настоящее время запоръ, аппетитъ плохой, у больной отсутствуетъ чувство насыщенія.—Медикаменты (белладонна и пр.) и массажъ урегулировали стулъ, акорія не прошла. Пациентка производитъ впечатлѣніе истеричной.

5. Amanda Z., 26 лѣтъ. Заболѣла во время беременности. При чувствѣ голода черезъ 2—3 часа послѣ ѣды обмороки. Если она съѣдаетъ кусокъ хлѣба, приступъ проходитъ; если же она съѣстъ что-нибудь жирное, напр., бутербродъ, то развивается Asthma dyspepticum, сердцебиеніе, взоръ становится неподвижнымъ и она падаетъ въ обморокъ. Пациентка производитъ впечатлѣніе типичной истерички, рефлексы повышены; двигательная и секреторная способности желудка нормальны. Рентгеноскопія не обнаружила аномалій въ сердцѣ и пр.—Препараты брома съ валеріановымъ настоемъ и легкимъ поглаживаніемъ живота привели къ выздоровленію. Только разъ былъ непродолжительный рецидивъ.

6. Magdalene M., 18 лѣтъ, горничная. У ея барыни ракъ, она лежитъ въ постели и обычно своими отеками пальцами распредѣляетъ мясо. Съ тѣхъ поръ, какъ пациентка это увидѣла, у нея появилось отвращеніе къ ѣдѣ, особенно къ мясу, тяжесть и чувство полноты подъ ложечкой; когда она видитъ, что кто-нибудь ѣстъ, ее тошнитъ и появляются позывы на рвоту. Собственно болей у нея нѣтъ.—Излеченіе психотерапіей.

#### 4. Superaciditas, Subaciditas u anaciditas нервного происхожденія.

Въ главѣ о „нервной диспепсіи“ уже было указано, что чисто нервное вліяніе можетъ увеличить, уменьшить и даже почти совсѣмъ уничтожить секрецію. Поэтому еще разъ останавливаться на этомъ мы не будемъ.

Діагнозъ возможенъ только при длительномъ наблюденіи. При дифференціальной діагностикѣ нужно имѣть въ виду кислый катарръ желудка и язву желудка. (См. объ этомъ главу „гиперхлорхидрія“).



При нервной *anaciditas* возможны смѣшеніе съ *gastritis anacida* и начинающейся карциномой (см. подробности въ главѣ о нервной диспепсiи). Нѣкоторые авторы, какъ *Martius*, *Einhorn* и др. допускаютъ даже полную ахилію на нервной почвѣ; они думаютъ, что возможно пониженіе функций железъ вплоть до полного ея прекращенія безъ всякаго анатомическаго измѣненія слизистой оболочки.

Я нахожу это неправильнымъ. Когда *O. K. P.* падаетъ до 6—8, то дѣло идетъ объ анатомическомъ процессѣ въ слизистой оболочкѣ. Не всегда дѣло идетъ объ атрофическомъ алкогольномъ гастритѣ, какъ показалъ это *Knud Faber* своими прекрасными анатомическими изысканіями: налицо можетъ быть паренхиматозный гастритъ, который произошелъ и отъ другихъ причинъ: долготѣнія лишенія, торопливая нерегулярная ѣда, плохое пережевываніе, употребленіе слабительныхъ солей часто даютъ поводъ къ развитію подобнаго секреторнаго разстройства, особенно у женщинъ.

При чисто нервной *anaciditas* *O. K.* падаетъ рѣдко ниже 18, отсутствуетъ значить только свободная соляная кислота, а связанная и ферменты остаются.

Леченіе должно быть направлено на причину болѣзни. Слѣдовательно оно то же, что и при нервной диспепсiи.

При *superaciditas* препараты белладоны, при *sub—* и *anaciditas* показанъ стрихнинъ:

Rr. Tinct. Bellad. 10,0.

Rp. Tinct. nuc. vom. 10,0.

Tinct. Valer. 20,0,

Tinct. rhei vin. 20,0.

D. S. 3 раза въ день по 25 капель.

D. S. 3 раза въ день по 25 капель.

Или по 15—20 капель 3 раза въ день

1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> раствора *Eumydrin'a*.

Нѣкоторыми авторами, особенно *Riegel'emъ* и его школой даже *gastrosuccorhoea* принимается за нервное страданіе. Эти авторы полагаютъ, что желудочныя железы вслѣдствіе чисто нервнаго раздраженія настолько возбуждаются, что въ легкихъ случаяхъ болѣзни отвѣчаютъ алиментарной гиперсекреціей, а въ болѣе тяжелыхъ—постояннымъ отдѣленіемъ секрета.

По мнѣнію большинства авторовъ постоянное отдѣленіе желудочнаго сока всегда органическаго происхожденія и принадлежитъ къ группѣ „кислаго катарра желудка и пилорическаго стеноза“. Железы раздражаются и гипертрофируются отъ введенія ядовъ, алкоголя, никотина, и чрезмѣрнаго употребленія мяса настолько, что отвѣчаютъ продолжительной гиперсекреціей. Подобнымъ же образомъ раздражаются железы при застоѣ въ желудкѣ вслѣдствіе пилорическаго стеноза послѣ рубцовъ и изъязвленій выхода желудка. Когда



прекращается раздраженіе; соотвѣтствующимъ ли леченіемъ при gastritis acida, излеченіемъ ли язвы, или послѣ гастро-энтеростоміи, функціи железъ мало-по-малу возвращаются къ нормѣ. Правда для этого необходимы часто многіе годы, но вѣдь и развитіе процесса тянулось нѣсколько лѣтъ.

Во время беременности и въ климактерическомъ періодѣ часто появляется нервное увеличеніе секреціи, проявляющееся тяжестью подъ ложечкой, ощущеніемъ клубка и изжогой. Препараты валеріаны и брома, также промываніе желудка, большею частью тотчасъ уменьшаютъ эти симптомы.

##### 5. Нервный кардіо—и пилороспазмъ.

Практическіе врачи часто злоупотребляютъ діагнозомъ „нервный спазмъ желудка“. Какъ было выяснено въ главѣ о язвѣ желудка при изложеніи дифференціальной діагностики, за „нервный спазмъ желудка“ сходятъ всевозможныя пораженія: crises gastriques, желчнокаменныя колики, angina pectoris, кишечныя колики и чаще всего язвы pylori при гиперхлорхидріи.

Если появляется настоящая боль, то всегда нужно думать объ органическомъ процессѣ въ желудкѣ или сосѣднемъ органѣ. Правда, у неврастениковъ бываютъ непріятныя ощущенія въ области эпигастрія, но отнюдь не боли или схватки.

Единственное исключеніе представляетъ мигрень, при которой невралгія иногда оказывается не въ головѣ, а подъ ложечкой. Періодичность появленія приступовъ у страдающихъ мигренями предохраняетъ отъ ошибокъ.

Если у пациента съ долготѣтнимъ нервнымъ пораженіемъ желудка вдругъ появляется боль, то нужно думать о какомъ-нибудь осложненіи. Я наблюдалъ одного тяжелого неврастеника съ гиперацидностью, который многіе годы представлялъ лишь симптомы нервной диспепсіи, т. е. жаловался на тяжесть и полноту подъ ложечкой послѣ ѣды, отсутствіе аппетита и пр. Только позднѣ появились у него гастралгіи, обычно черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды; одинъ очень опытный врачъ призналъ это за нервное заболѣваніе желудка и сталъ лечить промываніями. Внезапно же случившаяся кровавая рвота съ очевидностью обнаружила язвенную природу болѣзни. Слѣдовательно у неврастеника развилось органическое заболѣваніе. И наоборотъ, я видѣлъ слу-



чай безболѣзненной hypertoniae, пилорической части съ послѣдующей недостаточностью.

Въ такомъ же положеніи находится и вопросъ о болѣзненныхъ приступахъ кардіоспазма. Въ основѣ его обычно лежатъ также небольшія эрозіи слизистой оболочки въ области cardiae. Кромѣ того онъ вообще рѣдко вызываетъ настоящія боли, а только дисфагію. Наоборотъ, бывають безболѣзненные гипертоніи со вторичнымъ расширеніемъ пищевода (см. главу о пищеводѣ).

#### К а з у и с т и н а.

1. Rosalie G., 47 лѣтъ, жена булочника.—Имѣла 9 родовъ. Менструаціи неправильны; много заботъ и огорченій. Мужъ въ больницѣ душевнобольныхъ. 1—2 года ощущеніе стягиванія въ эпигастріи, каждая 10—15 минутъ, виѣ зависимости отъ ѣды; рвоты нѣтъ, стулъ вялый, сильное исхуданіе.—Нѣжнаго сложенія, худая женщина, hab. enteropt., дряблый животъ. Въ эпигастріи прощупывается pylorus величиной съ лѣсной орѣхъ, то твердой, то мягкой консистенціи. Секреторная и двигательная способность желудка нормальны. При помощи валеріановыхъ капель, брома и массажа періоды преходящаго улучшенія, въ которые пациентка прибываетъ въ вѣсѣ и не ощущаетъ болей. При каждомъ новомъ психическомъ insultѣ появляется рецидивъ; послѣднее наблюденіе произведено черезъ пять лѣтъ послѣ перваго, чѣмъ исключается злокачественный или доброкачественный пилорической стенозъ.

2. Fg. K., 22 лѣтъ. Дѣвица. 3 года рвота пищей во время ѣды; много душевныхъ волненій, (расторженіе помолвки и пр.). Объективно спастическое суженіе входной части, расширеніе и застой въ пищеводѣ. Послѣ многократнаго бужирования, валеріаны, бромурала и эймидрина, наряду съ психотерапіей—выздоровленіе. Собственно болей не было.

Этимъ я заканчиваю изложеніе функціонально-нервныхъ пораженій желудка. Онѣ чрезвычайно разнообразны; искусству врача, его таланту и находчивости предоставлено громадное поле дѣятельности при леченіи этихъ заболѣваній.

Нахожу нужнымъ еще разъ подчеркнуть, что въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ считать данное заболѣваніе за органическое страданіе и только въ случаѣ неуспѣха соотвѣтствующей терапіи, можно признать заболѣваніе за неврозъ и назначить общее леченіе.

#### Симптоматическія пораженія желудка.

Несмотря на то, что въ предыдущихъ главахъ очень часто упоминалось о взаимной связи между болѣзнями желудка съ одной стороны и конституціональными заболѣваніями и пораженіями другихъ органовъ съ другой, все же мы



должны отдѣльно изложить нѣкоторые особенно частые и важные рефлекторные желудочные симптомы\*).

### 1. Болѣзни крови и болѣзни обмена.

Анемія, какого бы она ни была происхожденія, часто ведетъ къ диспепсїи, какъ мы видѣли уже въ главѣ о функціональныхъ заболѣваніяхъ желудка. Это особенно часто наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда вмѣстѣ съ анеміей есть энтероптозъ и упадокъ питанія.

Пернициозная анемія часто ведетъ къ атрофіи желудочныхъ железъ, равно какъ и всякая иная кахексія, вызванная напр. карциномой какого-нибудь внутренняго органа. Но можетъ случиться и такъ, что атрофія желудочныхъ железъ первична, а пернициозная анемія вторична, если одновременно сильно понижена всасывательная сила тонкихъ кишекъ и защитительная функція печени, напр. при циррозахъ.

Нужно упомянуть, что первымъ субъективнымъ симптомомъ, изъ-за котораго больной обращается къ врачу, при *leukaemia* и *pseudoleukaemia lienalis* бываетъ тяжесть подъ ложечкой, вызванная давленіемъ селезенки на желудокъ.

Итакъ, анемія только въ исключительныхъ случаяхъ ведетъ къ анатомическимъ измѣненіямъ слизистой оболочки желудка, но очень часто къ функціональнымъ расстройствамъ.

Относительно діагностики и леченія анемической диспепсїи см. соотвѣтствующіе отдѣлы.

Хлорозъ часто ведетъ къ органическимъ болѣзнямъ, къ эрозіямъ и язвамъ, которыя иногда даютъ осложненія въ видѣ рубцовъ и стенозовъ выхода желудка, перфораций, сращеній и т. д. Однако, большинство хлоротическихъ язвъ излечивается безъ образованія рубцовъ, такъ какъ обычно при нихъ бываетъ лишь небольшая потеря вещества слизистой оболочки. Этимъ объясняется, что женщины несмотря на частоту заболѣваній язвой среди нихъ, сравнительно рѣдко страдаютъ вторичной гастроэктазіей, во всякомъ случаѣ значительно рѣже мужчинъ, у которыхъ язва развивается по

\*) Взаимоотношенія между желудкомъ и другими органами исчерпывающе изложены въ работѣ Hans Herz'a, Berlin. S. Karger, 1912. II Auflage.



другимъ причинамъ (кислый катарръ, хроническое славленіе эпигастрія).

При хлорозѣ, особенно у очень молодыхъ дѣвушекъ, встрѣчаются иногда совершенно неопредѣленные желудочные симптомы, то боли, то тяжесть подъ ложечкой, то жжение; ихъ нужно объяснять хлоротическими эрозіями. Эти страданія обычно очень упорны, тянутся 2—3 года и прекращаются только съ прекращеніемъ хлороза.

Леченіе, пока продолжаются болевые ощущенія въ эпигастріи, состоитъ въ употребленіи *argent. nitric.* и пр. Терапія ни въ какомъ случаѣ не должна отличаться отъ обычнаго леченія язвы. Только послѣ прекращенія мѣстныхъ симптомовъ начинаютъ давать желѣзо въ общеупотребительномъ видѣ. Болѣе обезпеченныхъ пациентовъ, конечно, посылаютъ на желѣзныя воды, Flinsberg, Pygmont, Липецкъ и т. д.

При *Morbus Addisonii* часто бываетъ анорексія, тошнота, рвота и диспептическіе симптомы, далѣе при *Mucoedema* наблюдается ахилія.

Что діабетъ часто даетъ диспептическіе симптомы, извѣстно всякому врачу. Чаше всего наблюдается булимія и акорія, кромѣ того непріятный *foetor ex ore*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ ахилія. *Megalogastria* бываетъ часто.

При ожирѣніи часто бываютъ желудочныя разстройства. Большею частью бываетъ увеличенная секреція съ ея симптомами, особенно изжогой, которые объясняются кислымъ гастритомъ вслѣдствіе чрезмѣрной ѣды.

При подагрѣ пищеварительныя разстройства очень разнообразны. Висцеральная подагра проявляется часто въ сильныхъ эпигастралгіяхъ, давленіи и стягиваніи въ подложечной области, рвотѣ кислой жидкостью и желчью, въ перемежку бываютъ то волчій голодъ, то отсутствіе аппетита. Часто эти симптомы бываютъ передъ острымъ приступомъ подагры. Часто одновременно бываютъ поносы.

Леченіе всѣхъ этихъ симптомовъ заключается въ леченіи основной болѣзни. При ожирѣніи и подагрѣ противъ желудочныхъ симптомовъ, какъ при кисломъ гастритѣ, даютъ щелочи. Хорошо дѣйствуетъ *Na citricum* по 1,0 нѣсколько разъ въ день, главная составная часть *Ureidin'a Stroschein'a* и другія щелочи.



## 2. Острыя инфекціонныя болѣзни.

Желудочные симптомы—отсутствіе аппетита и рвота—наблюдаются обычно при менингитѣ, скарлатинѣ, инфлюэнцѣ и брюшномъ тифѣ.

Рвота считается въ такихъ случаяхъ за рефлекторную, а отсутствіе аппетита просто за послѣдствіе лихорадочнаго заболѣванія, но часто оба эти симптома могутъ быть и проявленіями остраго паренхиматознаго гастрита, обнаруживаемаго на трупахъ, напр. при инфлюэнцѣ. При сепсисѣ бываетъ кровавая рвота.

## 3. Хроническія инфекціонныя болѣзни.

Туберкулезъ легкихъ очень часто вызываетъ желудочныя разстройства, какъ было уже указано въ главѣ о диспепсіи чахоточныхъ. Туберкулезное же заболѣваніе самой слизистой желудка, напр. изъязвленія съ послѣдующимъ рубцованіемъ и суженіемъ встрѣчается очень рѣдко.

И сифилисъ рѣдко локализуется въ самомъ желудкѣ, но при пораженіи сосѣднихъ органовъ, печени и перипортальныхъ железъ можетъ косвенно вызвать желудочные симптомы: суженіе выхода желудка, желтуху, тяжесть подъ ложечкой, гастрическіе кризы при *tabes*'ѣ, диспепсію у паралитиковъ и т. д. Слѣдуетъ упомянуть, что боязнь послѣдствій сифилиса часто вызываетъ нервную диспепсію. На секціяхъ иногда встрѣчаются сифилитическія язвы желудка. Сифиломы края лѣвой доли печени (нерѣдко даютъ поводъ къ ошибочной діагностикѣ карциномы желудка).

Извѣстно, что при актиномикозѣ, проказѣ и другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ часто поражается желудокъ; но невозможно говорить объ этомъ въ настоящей книгѣ.

## 4. Центральная нервная система.

Зависимость болѣзней желудка отъ симпатической нервной системы была уже отмѣчена въ главѣ о нервной диспепсіи и неврозахъ желудка. Остается лишь упомянуть о важномъ соотношеніи между желудкомъ и центральной нервной системой.

Что при заболѣваніяхъ мозга, воспаленіяхъ и опухоляхъ очень часто бываетъ рвота, общеизвѣстно. Эта церебральная рвота характеризуется независимостью ея отъ пріемовъ пищи. Особенно часто бываетъ рвота, когда



больные приподымаются. Диагноз легокъ, когда можно удостовериться въ нормальности функций желудка.

Я имѣлъ случай наблюдать больную, у которой вырывало почти все, какъ только она приподнималась. Сначала думали о карциномѣ pylori, но микроскопическое изслѣдованіе содержимаго желудка обнаружило, что нѣтъ никакого застоя, и поэтому былъ исключенъ пилорическій стенозъ. Не было ни сарцинъ, ни бациллъ, свободная же HCl была. Тогда я поставилъ діагностику церебральной рвоты; секція обнаружила tumor cerebri.

Противъ церебральной рвоты, исключая сифились, внутренняя терапия безсильна. Нужно ли активное вмѣшательство должны рѣшить неврологъ и хирургъ специалистъ по хирургіи мозга.

Сюда относится также рвота при заболѣваніяхъ trigemini. Сначала появляется головная боль а затѣмъ рвота—общеизвѣстный симптомокомплексъ мигрени.

Менѣе извѣстно должно быть, что первымъ симптомомъ tabes dorsalis могутъ явиться crises g striques.

Гастрическія кризы при tabes'ѣ обычно появляются у тѣхъ больныхъ которые мало или недостаточно лечились ртутью. Почти въ каждомъ случаѣ можно установить въ анамнезѣ ulcus durum. Обычно инфекция была 6—10 лѣтъ назадъ, но я видалъ случаи, при которыхъ кризы появлялись уже черезъ 3—4 года.

Кризы проявляются въ видѣ періодическихъ приступовъ рвоты отъ 3 до 14 дней продолжительностью; во время кризовъ больныхъ рветъ сначала пищей, затѣмъ уже наконецъ чистою слизью и желчью, часто при очень сильныхъ боляхъ.

При всякомъ случаѣ періодическихъ припадковъ рвоты нужно имѣть въ виду t b's. Симптомъ R mberg'a, неподвижность зрачковъ и отсутствіе пателлярнаго рефлекса часто появляются уже черезъ 2—3 года.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кризы повторяются каждый мѣсяць и длятся по 2—3 дня, въ другихъ случаяхъ они бывають черезъ 2—3 мѣсяца или года, въ третьихъ они совсѣмъ прекращаються послѣ 2—3 разъ. Прогнозъ самый неопредѣленный. По минованіи приступа больные опять здоровы, все переносятъ, какъ будто бы они никогда не имѣли никакихъ желудочныхъ разстройствъ.

Діагнозъ очень легокъ, тѣмъ не менѣе болѣзнь часто просматривается, такъ какъ объ ней не думаютъ.

Леченіе трудно. Если кризы появляются в корѣ послѣ инфекции (черезъ 5—7 лѣтъ), то нужно попробовать курсъ фрикцій съ послѣдовательнымъ курсомъ іода; обычно однако лечить уже слишкомъ поздно и поэтому безуспѣшно. Въ



нѣкоторыхъ случаяхъ удавалось сальварсаномъ ослабить силу приступовъ. Симптоматическое лечение состоитъ въ морфії, стрихнинѣ и другихъ наркотикахъ. Можно пользоваться такими назначеніями:

- |                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Cerium oxalicum.            | 2. Morph. pur.                    |
| 3 раза въ день по 0,05—0,1.    | 3 раза въ день по 0,02.           |
| 3. Atrop. sulf.                | 4. Подкожно 1—2% раствора морфії. |
| 3 раза по 0,0005 in tab. comp. |                                   |

Въ совершенно безнадежныхъ случаяхъ можно предложить операцію Förster'a: разсѣченіе нижнихъ корешковъ послѣднихъ трехъ спинныхъ нервовъ, иннервирующихъ внутренности. Förster и его послѣдователи видѣли очень хорошіе результаты послѣ этой операціи. Exner получалъ хорошіе результаты послѣ разсѣченія блуждающаго нерва.

#### К а з у и с т и н а .

1. Constantin G., 35 лѣтъ, кельнеръ.—18 лѣтъ назадъ *Ulcus durum*, курсъ ртутнаго леченія, нѣсколько разъ гоноррея. 3 года каждые 2 мѣсяца рвота всѣмъ выпитымъ, при сильныхъ боляхъ въ эпигастріи, груди и головѣ, также рвота желчью. Эти періоды рвоты обычно длятся 7 дней, въ промежуткахъ между ними больной все переноситъ; стулъ правильный, только за 2 дня передъ приступомъ запоръ.—Удовлетворительно упитанный паціентъ, *exophthalmus*, зрачки не реагируютъ на свѣтъ, аккомодация сохранена, нѣтъ симптома Romberg'a, пателлярный рефлексъ отсутствуетъ, легкая атаксія, двигательная и секреторная способность желудка нормальны.

2. Gustav P., 47 лѣтъ, ткачъ. 25 лѣтъ назадъ *lues*; 4 года приступы головокруженій и рвоты безъ особенныхъ причинъ, продолжающіеся нѣсколько дней. Въ промежуткахъ хорошее состояніе.—Зрачки реагируютъ только на аккомодацию, Romberg, пателлярный рефлексъ отсутствуетъ. Двигательная и секреторная функции желудка нормальны, О. К. 64. Послѣ *Cerium oxalicum* переходящее улучшение.

3. Adolph L., 26 лѣтъ, слуга.—7 лѣтъ назадъ *lues*,  $\frac{1}{2}$  года приступы рвоты безъ особыхъ причинъ, продолжающіеся по 4—5 дней, кромѣ того очень часто поносы Мѣстный пателлярный рефлексъ ослабленъ, зрачки реагируютъ, симптома Romberg'a нѣтъ. Диагнозъ подтвержденъ въ частной клиникѣ проф. Oppenheim'a.—Никакого улучшения, приступы повторяются.

4. August W., 30 лѣтъ, каменщикъ. 10 лѣтъ назадъ *lues*. Годъ типичные приступы гастрическихъ кризъ съ сильными болями. Помогаетъ лишь морфій. паціентъ дѣлается морфинистомъ. Наше наблюденіе продолжалось около  $2\frac{1}{2}$  лѣтъ, приступы бывали почти ежемѣсячно.

#### 5. Органы кровообращенія.

При порокахъ сердечныхъ клапановъ и артеріосклерозѣ появляются желудочные симптомы, какъ послѣдствіе застоевъ въ большомъ кругу, брюшнаго полнокровія, застойной печени и т. д.



Изъ объективныхъ симптомовъ важна кровавая рвота вслѣдствіе лопанія милиарныхъ аневризмъ или варикозныхъ узловъ.

Больные жалуются на постоянную тяжесть и полноту въ эпигастріи и на отсутствіе аппетита.

„Pneumatosis“ желудка частое сопутствующее явленіе при артеріосклерозѣ. Послѣ торопливой ѣды желудокъ раздувается и, приподымая кверху діафрагму, вызываетъ ощущение ущемленія. Часто бываютъ застойные катарры. Лечение заключается въ назначеніи легко варимой пищи, напоминаніи о необходимости основательнаго прожевыванія пищи и медленной ѣды, лежаніи на лѣвому боку, держаніи рта открытымъ, держа между зубами какой нибудь клинъ, чтобы избѣжать проглатыванія воздуха, регулированіи стула и приемахъ ментола.

При *angina pectoris* тоже часто появляются такъ назыв. эпигистралгіи, могущія дать поводъ къ смѣшенію со спазмомъ *rułgi*. Наличие рѣзкаго артеріосклероза, зависимость болѣй отъ движеній тѣла и переполненія желудка, появленіе болѣзни у [пожилыхъ людей предохраняетъ отъ ошибочнаго діагноза. Кромѣ того, боль локализуется выше, сзади *corpus sterni* и иррадируетъ обычно въ лѣвую руку. Во время приступовъ у больныхъ появляется страхъ, какъ будто они тотчасъ должны умереть; для леченія показаны горчичники, горячія ручныя ванны, кровопусканіе, банки и инъекціи морфія (0,015).

Разстройства желудка при болѣзняхъ сердца прекращаются съ исчезновеніемъ разстройства компенсаціи. Назначаютъ общеизвѣстныя сердечныя средства.

Rp. Jnf. Digit 1,0: 120,0

Liq. Kal. acet. 30,0.

Sir. cort. aur. 20,0.

Aq. dest. ad. 200,0.

D. S. Черезъ 2—3 часа по 1 столовой ложкѣ.

Rp. Mixt. diuret. 200,0.

3 раза въ день по стол. ложкѣ.

Rp. Pulv. foc. Digit. titrat. 3,0.

Mass. pill. q. s. ut f. pill № XXX.

M. D. S. 2—3 раза въ день по 1 пилюль до дѣйствія.

Rp. Tinct. Strophanthi.

3 раза въ день по 5—8 капель въ чашкѣ можжевелога чая.

При *angina abdominalis* (*art. coeliaca*) во время приступа тоже, что при *angina pectoris*, кромѣ того покой, запрещеніе алкоголя и табака, ограниченіе количества пищи, особенно мяса; изъ медикаментовъ Diuretin 2—3,0 въ день,



Theosin 3 раза по 0,5, Agurin также, іодистый кали 2 р. въ день по 0,25—0,3, нитроглицеринъ, кромѣ того:

Rp. Natr. nitros. 2,0.

Kal. nistos. 48,0.

D. S. На кончикѣ ножа въ стаканѣ воды (Lander-Brunton).

Rp. Kal. nitr. 5,0.

Natr. nitr. 1,0.

Aq. destil. ad. 150,0.

D. S. 3—4 стол. ложки въ день (Pál).

#### К а з у и с т и к а.

Dr. С., 69 лѣтъ.—Послѣдніе  $\frac{1}{4}$  года никакого аппетита, чувство полноты въ эпигастріи, особенно послѣ ѣды.—Очень рѣдкій артеріосклерозъ, дѣятельность сердца неправильна, отеки.—Послѣ постельнаго содержанія, Mixt. diu. и можжевельоваго чая, отеки и желудочныя разстройства прекратились.—Пациентъ пришелъ ко мнѣ изъ опасенія, нѣтъ ли у него рака желудка.

Grau L., 58 лѣтъ. Толстая, рыхлая. При душевныхъ волненіяхъ страшныя, схваткообразныя боли въ срединѣ живота, болѣе влѣво, прекращающіяся черезъ  $\frac{1}{2}$  часа, если больная ляжетъ.—Артеріосклерозъ высокой степени, аорта и trіpus Hallerі прощупываются какъ утолщенные шнурки. Улучшеніе послѣ вегетаріанства, іодистаго кали и ухода.

#### 6. Болѣзни дыханія.

О связи между туберкулезомъ легкихъ и диспепсіей уже было говорено въ главѣ о диспепсіи чахоточныхъ.

Менѣе извѣстно, по крайней мѣрѣ у взрослыхъ, соотношеніе между рвотой и тяжелыми бронхитами. Это явленіе, которое мы встрѣчаемъ постоянно у дѣтей при коклюшѣ, часто невѣрно объясняется у взрослыхъ. Больные приходятъ къ врачу не изъ-за кашля, а изъ-за рвоты.

Въ этихъ случаяхъ рвота бываетъ обычно утромъ вскорѣ послѣ завтрака въ концѣ сильнаго приступа кашля. Если удастся выяснитъ такую зависимость и найти у больного бронхитъ, то этимъ устанавливается діагнозъ и терапія этой особенной формы рвоты.

Назначаютъ обычно соль Ems или Salzbrunnen въ тепломъ молокѣ, изъ лекарствъ кодеинъ, морфій и пр.

На ряду съ рвотой, какъ слѣдствіемъ кашля, бываетъ кашель вслѣдствіе срыгиванія кислой пищевой кашицы. Въ большинствѣ это бываетъ у многоѣдящихъ съ pyrosis hydrochlorica. Желудочныя кислоты подымаются газообразно вверхъ и раздражаютъ гортань, появляется кашель, не прекращающійся, пока не вырветъ. Это и есть такъ назыв. желудочный кашель, и онъ отнюдь не является измышленіемъ профановъ.



## Казуистика.

1. Margarete H., 28 лѣтъ, жена купца.—Послѣдніе 4 мѣсяца передъ вставаніемъ съ постели рвота горькой, зеленой слизью; послѣ точнаго разспроса пациентка поясняетъ, что сначала она сильно кашляетъ, затѣмъ появляется тошнота и ее рветъ.—Послѣ ѣды никакихъ разстройствъ, стулъ правильный.—О. К. П. 3. 44, рвотная масса похожа на мокроту.—Улучшеніе послѣ кодеина и соли Ems.

2. Franz R., 46 лѣтъ, слесарь.—3 недѣли нѣтъ аппетита, каждое утро послѣ завтрака рвота, но только послѣ приступовъ кашля. Никакихъ желудочныхъ разстройствъ днемъ, стулъ правильный. Двигательная и секреторная функціи желудка нормальны, О. К. 50—Разсѣянные хрипы въ груди.—Улучшеніе послѣ леченія бронхита.

## 7. Большія железы.

Увеличеніе печени при воспаленіяхъ и застояхъ въ системѣ воротной вены субъективно очень часто проявляется постояннымъ ощущеніемъ полноты въ эпигастріи, которое обусловливается уменьшеніемъ пространства занимаемаго желудкомъ, особенно, если одновременно наблюдается асцитъ. Тѣ же симптомы наблюдаются и при увеличеніи селезенки.

Что желчнокаменные колики часто смѣшиваются съ желудочными схватками, уже упоминалось неоднократно, Внезапное появленіе этой боли и увеличеніе или болѣзненность печени, герп., желчнаго пузыря при остромъ приступѣ (болевыя точки сзади справа отъ позвоночника), ев. желтуха—предохраняють отъ смѣшенія.

Здѣсь кстати нужно сказать нѣсколько словъ о леченіи холелитіазиса.

При остромъ приступѣ строжайшее постельное содержаніе, горячія припарки изъ льняного сѣмени, 1—2 пьавки на область желчнаго пузыря и внутрь 3—4 раза въ день 0,03 extr. Belladon. или 0,001 Eumydrin.; при рвотѣ тоже самое per rectum въ суппозиторіяхъ или морфій подкожно, въ пищу чай, молоко, мучной супъ. Въ хронической формѣ или послѣ прекращенія остраго приступа курсъ Karlsbad'a, лучше всего на самомъ курортѣ, на ряду съ горячими грязевыми компрессами. Пьютъ воду около 4 недѣль, по возможности горячую, въ количествѣ 3—4 стакановъ въ день, 3 стакана утромъ, 1 послѣ обѣда. Въ очень тяжелыхъ упорныхъ случаяхъ пробують раньше, чѣмъ рѣшиться на операцію, 4—6 недѣльный курсъ постельнаго содержанія, съ горячими припарками. Если курсъ Karlsbad'a безуспѣшенъ, то назначаютъ курсъ леченія масломъ и даютъ больному по утрамъ по стаканчику теплаго оливковаго или миндальнаго масла, въ теченіи 4 недѣль подрядъ. Для исправленія вкуса масла даютъ Ol. menthae или Menthol (1,0 : 200,0) или коньякъ. За послѣднее время въ отдѣльныхъ случаяхъ



успѣшно примѣнялся chologen\*), который даютъ въ теченіи 6—10 недѣль.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ хорошо дѣйствуетъ Podophillin 2—3 разъ въ день по 0,03 съ 0,015 extr. Bellad., въ пилюляхъ. Изъ пищи должны быть устранены всѣ пряныя, жирныя, кислыя, слишкомъ сладкія блюда, капуста, стручковые овощи, холодные напитки.

Senator рекомендуетъ 3 раза въ день послѣ ѣды по 1 пилюль: Saponedicatus 10,0—15,0, Mucil. mim. q. s. ut f. pill. 100. Consperge cum pulv. Cort. Cinn.

Только когда вся внутренняя терапія безрезультатна, а тяжелые приступы все продолжаются, направляютъ больного къ хирургамъ.

Опухоли панкреатической железы даютъ иногда поводъ къ смѣшенію съ пораженіями желудка точно такъ же, какъ колики, и кровоизліянія въ ткань этого органа. Карцинома панкреатической железы, вызывающая сдавленіе выхода желудка и этимъ застой пищи, часто совершенно не отличима отъ пилорической карциномы. Въ подозрительныхъ случаяхъ нужно тщательно изслѣдовать мочу на сахаръ и испраженія на увеличеніе содержанія жира. Къ счастью это различіе не имѣетъ значенія для терапіи.

#### 8. Кишечникъ (и брюшина).

Немало больныхъ, страдающихъ кишечникомъ, думаютъ, что они больны желудкомъ; это наблюдается въ случаяхъ, такъ наз. кишечной диспепсіи. Подъ *dyspepsia intestinalis* подразумѣваютъ появленіе различныхъ диспептическихъ симптомовъ, какъ тяжесть и полнота въ эпигастріи, отсутствіе аппетита, тошнота, отрыжка, рвота, вздутіе, напряженіе и колотье въ животѣ, обмороки у пациентовъ, страдающихъ болѣе или менѣе рѣзкимъ катарромъ кишекъ при здоровомъ желудкѣ.

Такъ какъ поражается преимущественно ободочная кишка, а поперечная ободочная кишка проходитъ какъ разъ поперекъ эпигастріи, то понятнымъ станетъ отнесеніе пациентомъ боли къ желудку и смѣшеніе діагноза врачомъ,

\*) Имѣется 3 № разной крѣпости. Первые десять дней даютъ № I-й по 1—2 табл. натошакъ и передъ обѣдомъ, затѣмъ 40 дней по 2 таблетки вечеромъ № II-й и по 2 № I-й утромъ и въ обѣдъ, наконецъ 10 дней по 1 таблеткѣ № III-й утромъ, въ обѣдъ и вечеромъ, при запорѣ еще по 1 таблеткѣ № I. При угрожающемъ приступѣ немедленно 3 таблетки № II, затѣмъ Eunatrol. Acid. salicyl. и такъ назыв. пробилиновыя пилюли, состоящая изъ Acid. salicyl., кислаго маслянокислаго натра, фенолфталеина и ментола, которыя даютъ утромъ и вечеромъ по 3—4 штуки въ  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  литръ горячей воды.



если локализация симптома будет отнесена въ область *scrobiculi cordis*.

Тяжесть и стягиваніе въ такихъ случаяхъ ощущаются почти постоянно и распространяются по всему животу; эти ощущенія появляются у больныхъ уже рано утромъ, когда они просыпаются, въ противоположность желудочной диспепсiи, при которой [непріятные симптомы стоятъ въ связи съ приемомъ пищи.

Объективно всегда можно установить разстройство кишечной дѣятельности. То у больного существуетъ запоръ, то поносъ, то то и другое попеременно. Очень часто появляются колики, какъ признакъ спазма кишекъ. Часто бываетъ нарушено лишь всасываніе и отхожденіе газовъ, тогда какъ стулъ можетъ оставаться регулярнымъ.

Терапія этой энтерогенной диспепсiи успѣшна въ томъ случаѣ, когда лечится кишечникъ. Часто очень трудно опредѣлить мѣсто и интенсивность катарра. Если есть запоръ, который въ такихъ случаяхъ всегда спастической формы, то даютъ белладонну въ пилюляхъ и капляхъ, три раза въ день 0,01 ехтг. или по 10 капель Tinct., далѣе слегка послабляющую діету и воду Vichy, Боржомъ. Если есть діаррея съ чередующимся запоромъ, то даютъ легкую, слегка крѣпящую діету и вяжущія, какъ Tannocol, Bismut и др.

За подробностями отсылаемъ къ главѣ о хроническомъ кишечномъ катаррѣ.

Полноты ради нужно упомянуть, что при острыхъ пораженіяхъ кишечника, какъ *appendicitis*, *ileus*, ущемленные грыжи, а также при глистахъ, очень часто бываютъ эпигастралгіи съ рвотой. Рвота при перитонитѣ врядъ ли нуждается въ упоминаніи.

#### К а з у и с т и к а .

Otto G., 42 лѣтъ, купецъ.—15 лѣтъ послѣ погрѣшностей въ ѣдѣ (пиво, капуста, молоко и проч.) приступы головокруженій, полнота въ эпигастріи и всемъ тѣлѣ, газы и губчатый стулъ кусочками, порою діаррея. Похудѣлъ съ 89 до 76 Kilo, часто изжога. Рыхлый пациентъ, гиперхлорхидрія; печень и селезенка увеличены.—Послѣ легкой діеты, Vichy и соли кальція съ *Bi subn.* регулируется стулъ, газы прекращаются и диспепсiя проходитъ. Онъ прибавляетъ 10 фунтовъ, но послѣ янцъ головокруженія еще повторяются.

Fr. L., 26 лѣтъ, пѣвица. 12 лѣтъ запоры, необходимы *purgantia*.  $\frac{1}{2}$  года частыя тошноты черезъ  $\frac{1}{2}$  часа послѣ ѣды, по утрамъ рвоты слизью и желчью, сонъ и аппетитъ плохи, головныя боли.—Никакихъ объективныхъ данныхъ. Грубая послабляющая діета. Стулъ тотчасъ же сталъ самостоятеленъ. Всѣ диспептическія разстройства исчезли въ теченіе 3 недѣль.



## 9. Мочевой аппаратъ.

Кромѣ почечныхъ коликъ, которыя можно смѣшавать съ желудочными схватками и хроническаго нефрита, который можетъ повести къ застою, тяжести подъ ложечкой и, наконецъ, къ уремическимъ явленіямъ, нужно обращать особенное вниманіе на пораженія простаты. Воспаленіе этой железы ведетъ къ растяженію мочевого пузыря и чувству полноты въ животѣ, что даетъ поводъ больнымъ обращаться къ врачу изъ-за тяжести подъ ложечкой.

Слѣдующія исторіи болѣзни подтверждаютъ это:

1. Hermann Sch., 61 года, ранье.— $\frac{1}{2}$  года тяжесть и ощущение полноты въ животѣ, отсутствіе аппетита, расстройство мочеиспусканія (моча выдѣляется по каплямъ), порою рвоты.—Двигательная способность хороша, О. К. П. З. 50.—Выше лобка до половины разстоянія между лобкомъ и пупкомъ опухоль величиною съ голову человѣка, которая представляетъ собою переполненный мочевой пузырь. Послѣ катетеризацій прекращеніе желудочныхъ расстройствъ.

2. Rudolf H., 32 лѣтъ, портной. 3 недѣли безъ аппетита, ощущение полноты во всемъ животѣ, стулъ регулярень, затрудненное мочеиспусканіе, тошнота. Опухоль выше лобка, представляющая собою увеличенный мочевой пузырь, пациентъ вспоминаетъ, что не задолго до заболѣванія простудился. Послѣ суппозиторіевъ изъ белладонны, сидячихъ ваннъ и срѣс. диур. скоро моча начинаетъ отдѣляться лучше и диспептическія явленія исчезаютъ.

## 10. Половые органы.

Зависимость желудка отъ женскихъ половыхъ органовъ общеизвѣстна; прежде всего здѣсь нужно указать на рвоту съ болями въ поясницѣ *ante et intra menses*, при *retroflexio uteri* и беременности. Раньше чѣмъ поставить діагнозъ „нервная рвота“, нужно произвести гинекологическое изслѣдованіе, такъ какъ молодыя дѣвушки изъ ложнаго стыда часто кривятъ душою передъ врачомъ въ присутствіи матери именно относительно менструацій.

Очень часто встрѣчается при заболѣваніяхъ матки (неправильности положенія, периметриты и т. д.) удушье тотчасъ по окончаніи завтрака.

Хроническіе метриты, параметриты, заболѣванія яичниковъ, *descensus uteri* и т. д. чрезвычайно частыя причины нервной диспенсіи, *eructationis nervosae*, запора, обмороковъ, удушья и т. п.

При рвотѣ беременныхъ часто ничего не помогаетъ. Большею частью даваемая внутрь лекарства, какъ бромъ, экстрактъ белладоны, ментоль, валеріана, *pantopon* не дѣй-



ствительны. Можно испробовать недавно рекомендованный Gravid I (Reinicke), жидкій экстрактъ растенія изъ сем. Fucaceae, давая по 10 капель черезъ 2 часа въ теченіи двухъ дней въ столовой ложкѣ овсяного отвара.— Freund совѣтуетъ полное воздержаніе отъ пищи на 1—2 дня и питательныя клизмы съ опіемъ и бромомъ, а по вечерамъ продолжительную ванну. Часто помогаетъ лишь воздержаніе отъ совокупленій.

Изъ мужскихъ половыхъ органовъ въ тѣсной связи съ пищевареніемъ находятся спермотворные органы. Диспепсія при половой невралгій послѣ мастурбаціи, простатореи, сперматорреи, фосфатуріи и т. д. уже описана въ главѣ о нервной диспепсіи.

Заключеніе. Органы чувствъ тоже порою создаютъ симптомы желудочныхъ заболѣваній, напр. болѣзнь Менъера, головокруженіе и рвоту, также кожа, костная и мышечная система, травмы, раны, ожоги и т. д. Подробности см. въ упомянутой работѣ Hans Herz'a.



## БОЛѢЗНИ КИШЕЧНИКА.

Введеніе. Заболѣванія кишечника встрѣчаются чаще заболѣванія желудка. Безчисленное количество людей страдаетъ неправильными опорожненіями кишекъ, поносами, запорами, скопленіемъ газовъ и т. д.; можно даже утверждать, что у взрослыхъ культурныхъ людей рѣдко встрѣчается безусловно функционирующій кишечникъ, Причины этого—въ раннемъ дѣтствѣ искусственное вскармливаніе, позднѣе негигіеническія условія жизни (занятія въ сидячемъ положеніи, недостатокъ движеній, умственное переутомленіе), частое переполненіе пищеварительнаго канала, нерегулярная ѣда, злоупотребленіе пивомъ и куреніемъ табаку, ѣда сладостей и пр. и пр.

Большая длина кишечной трубки,—въ среднемъ она равна 7—8 метрамъ,—часто дѣлаетъ труднымъ распознаваніе мѣста и природы cadaго отдѣльнаго заболѣванія. Поэтому мы значительно менѣе знакомы съ отдѣльными формами пораженій кишекъ по сравненію съ заболѣваніями желудка; къ тому же изслѣдованіе функцій кишечника такъ называемымъ пробнымъ обѣдомъ, подобно изслѣдованію функцій желудка, значительно труднѣе. Только послѣдніе годы начинаютъ, по предложенію Schmidt'a и Strasburger'a, давать больному такъ называемую пробную ѣду и затѣмъ подвергать химико-микроскопическому изслѣдованію испраженія. Къ сожалѣнію, этотъ способъ изслѣдованія примѣнимъ только въ клинической обстановкѣ и для цѣлей практическаго врача мало пригоденъ. Кромѣ того онъ требуетъ хорошо обученной прислуги и большой опытности со стороны врача, поэтому лучше предоставить примѣненіе его специалистамъ, о чемъ см. ниже.

Впрочемъ, относительно простые методы изслѣдованія доступны практическому врачу, если у него подъ руками имѣется маленькая лабораторія, главнымъ образомъ термостатъ и микроскопъ.

Мы не будемъ описывать анатоміи и фізіологіи кишеч-



наго тракта\*), предполагая ихъ общеизвѣстными; здѣсь умѣстно лишь сдѣлать нѣсколько замѣчаній о свойствахъ нормальнаго стула.

Нормальный стулъ при смѣшанной пищѣ всегда оформленъ, т. е. имѣетъ видъ очень толстыхъ сосисокъ и твердо-мягкой консистенціи; на его поверхности имѣется немного слизи желто-коричневаго цвѣта въ видѣ маленькихъ комочковъ, но отнюдь не въ видѣ перепонокъ слизи; цвѣтъ его имѣетъ всѣ оттѣнки отъ свѣтло-желтаго до темно-коричневаго; только послѣ определенныхъ пищевыхъ веществъ, какъ-то красное вино, голубика, шпинатъ и пр., чернокоричневый; количество его въ 24 часа около 170 граммъ.

У вегетаріанцевъ нужно считать нормальнымъ и густой кашицеобразный стулъ, такъ же, какъ и у людей, которые ѣдятъ много плодовъ и овощей.

Послѣ употребленія большого количества молока и масла калъ можетъ принять свѣтложелтый цвѣтъ, что не служитъ, однако, патологическимъ признакомъ.

Какъ мы увидимъ ниже, всякое отклоненіе свойствъ стула отъ этой нормы относится уже къ патологіи.

Этіологія. Общія причины кишечныхъ заболѣваній слѣдующія:

1. Пораженія желудка. Разстройство желудочнаго пищеваренія служитъ часто причиной кишечнаго заболѣванія. Особенно часто хроническій катарръ желудка даетъ поводъ къ развитію вторичнаго кишечнаго катарра, причѣмъ необходимо упомянуть, что оба катарра часто могутъ быть вызваны одной и тою же причиной, именно злоупотребленіями алкоголемъ или ѣдой, отравленіемъ мышьякомъ.

Увеличеніе и уменьшеніе кислотности желудочнаго содержимаго также разстраиваетъ кишечное пищевареніе. Когда въ двѣнадцатиперстную кишку попадетъ слишкомъ кислое желудочное содержимое, желчь и панкреатическій сокъ не въ состояніи достаточно нейтрализовать и ощелочить такой химусъ. Наоборотъ когда въ duodenum попадетъ не кислое желудочное содержимое, тогда 1) нѣтъ достаточнаго возбудителя для отдѣленія желчи и секрета поджелудочной железы нормальнаго качества и въ нормальномъ количествѣ и

\*) Подробности см. въ вышеперечисленныхъ книгахъ.



2) въ кишку переходятъ, раздражая ее, слишкомъ малохимицированные массы. Въ обоихъ случаяхъ начинается разстраиваться кишечное пищевареніе, развивается катарръ тонкой и толстой кишекъ, сначала проявляющійся только ненормальнымъ газообразованіемъ и случайными поносами послѣ погрѣшностей въ ѣдѣ, а затѣмъ, если основная причина продолжаетъ существовать, то могутъ развиваться и упорные поносы.

Далѣе при простой желудочной диспепсіи, когда аппетитъ значительно пониженъ и приѣмъ даже легкой пищи вызываетъ тяжелыя ощущенія, кишечникъ тоже можетъ принять участіе въ заболѣваніи, такъ какъ слишкомъ легкая пища не въ состояніи возбуждать нормальной перистальтики. Такимъ образомъ, часто происходятъ хроническіе запоры. Органическое заболѣваніе желудка тоже вовлекаетъ въ страданіе сосѣдніе органы, особенно двѣнадцатиперстную и поперечную ободочную кишку. Такъ слишкомъ кислый желудочный сокъ можетъ вызвать пептическія язвы duodeni, перигастритъ можетъ повести къ сращеніямъ желудка съ col n transversum и даже къ фистулѣ и быть причиной очень тяжелыхъ осложненій.

И наоборотъ, какъ мы видѣли уже въ главѣ о кишечной диспепсіи, первичныя заболѣванія кишекъ, особенно катарры, въ свою очередь могутъ вызвать или симулировать желудочныя разстройства, см. такъ наз. энтерогенную диспепсію.

2. Часто повторяющіяся острыя разстройства пищеваренія, особенно у дѣтей, являются одной изъ самыхъ обычныхъ причинъ хроническихъ заболѣваній кишечника. Дѣло въ томъ, что на излеченіе остраго катарра кишекъ очень рѣдко обращается должное вниманіе. Какъ только стихнутъ бурныя явленія и съ помощью закрѣпляющаго средства, преимущественно опія, пройдутъ боли и поносы, на больного ужъ смотрятъ, какъ на выздоровѣвшаго, и не держатъ его болѣе на соотвѣтствующей діетѣ, вслѣдствіе этого кишечникъ не имѣетъ времени прійти въ нормальное состояніе. Практическіе врачи слишкомъ часто злоупотребляютъ въ такихъ случаяхъ опіумомъ; при болѣзняхъ кишекъ, за немногими исключеніями, его лучше бы вовсе не употреблять. Всякій случай остраго поноса требуетъ самага тщательнаго леченія, чтобы на слизистой оболочкѣ кишекъ не осталось никакихъ анатомическихъ измѣненій.



3. Инфекціи и интоксикаціи, острия и хроническія, являются частой причиной острыхъ и хроническихъ заболѣваній кишекъ. Достаточно указать на отравленія свинцомъ, мѣдью, мышьякомъ, фосфоромъ, токсинами, птомаинами и т. под., а изъ инфекцій, на дизентерію, дифтерію, туберкулезъ и сифились. Однѣ изъ этихъ причинъ вызываютъ тяжелые катарры, другія изъязвленія. Послѣ курса фрикцій или инъекцій, также послѣ сальварсана, у сифилитиковъ часто развиваются хроническіе катарры кишекъ.

4. Сложеніе больного играетъ большую роль въ происхожденіи функціональныхъ заболѣваній кишечника, особенно привычнаго запора. Люди съ такъ называемымъ „habitus enteroptoticus“, особенно женщины съ послѣродовымъ расслабленіемъ стѣнокъ живота,—у которыхъ такимъ образомъ на лицо и врожденный и пріобрѣтенный энтероптозъ,—легко заболѣваютъ атонической формой запора, послѣдній же съ теченіемъ времени вызываетъ органическія заболѣванія.

5. Вліяніе сосѣднихъ органовъ. Гемморрой можетъ быть и слѣдствіемъ и причиной хронической задержки стула. Заболѣванія органовъ, какъ-то брюшины, печени, селезенки, почекъ и сердца, также могутъ вредно отразиться на функціяхъ кишечника. При застояхъ въ большомъ и маломъ кругу кровообращенія, а также въ воротной венѣ дѣло доходитъ до застоевъ и въ брыжжеечныхъ венахъ и къ переполненію кровью слизистой оболочки кишекъ съ его послѣдствіями. Спайки брюшины, грыжевые мѣшки, острия и хроническія воспаленія могутъ дать поводъ къ очень тяжелымъ разстройствамъ кишечника.

6. Кромѣ того существуетъ цѣлый рядъ чисто нервныхъ пораженій кишекъ, зависящихъ отъ болѣзней обмѣна веществъ. Бываютъ заболѣванія кишекъ, вызываемыя животными паразитами, порою не дающими ясныхъ симптомовъ и наконецъ такія причины, которыхъ мы еще не знаемъ.

Такъ какъ леченіе по возможности должно быть причиннымъ, то слѣдуетъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ острого или хроническаго поражения кишекъ стараться найти причину болѣзни, чтобы устранить всѣ вредныя вліянія и такимъ образомъ добиться выздоровленія.

Симптоматологія. Симптомы болѣзней кишекъ, раздѣляются на субъективные и объективные.



Субъективными симптомами являются ощущенія тяжести, полноты, пученія во всемъ животѣ (не только въ подложечной области), чрезмѣрное отхожденіе газовъ, тошнота, наклонность къ рвотѣ и рвота; далѣе щиплющія, рвущія, схваткообразныя, появляющіяся приступами боли въ области пупка, распространяющіяся въ разныя стороны, такъ называемыя мезогастралгіи, которыя могутъ дойти до чрезвычайно сильныхъ коликъ; чувство стягиванія и опоясыванія (какъ будто обручь надѣтъ на тѣло), и, наконецъ запоры и поносы, образующіе уже переходъ къ объективнымъ симптомамъ.

Объективные симптомы, которые на практикѣ большею частью приходится констатировать со словъ больного, такъ какъ большинство пациентовъ лечатся амбулаторно, заключаются въ неправильномъ опорожненіи кишечника—запорѣ, поносѣ, кровавыхъ испражненіяхъ, даже лихорадкѣ, въ рѣзкомъ сокращеніи отдѣльныхъ участковъ кишечника, метеоризмѣ, опухольяхъ, смѣщеніяхъ, обильномъ отхожденіи газовъ, выдѣленіи слизи, крови, гноя, камней, песочнообразныхъ массъ, глисть, инородныхъ тѣлъ и пр. и пр.

О значеніи отдѣльныхъ субъективныхъ и объективныхъ симптомовъ будетъ сказано ниже.

Ходъ изслѣдованія. Изслѣдованіе больного, страдающаго той или иной болѣзью кишечника, состоитъ изъ трехъ частей:

1. Анамнеза.
2. Физическаго изслѣдованія.
3. Химико-микроскопическаго изслѣдованія испражненій (а также и желудочнаго содержимаго).

1. При собираніи анамнеза слѣдуютъ тѣмъ же правиламъ, которыя указаны при изложеніи болѣзней желудка; во избѣжаніе повтореній мы отсылаемъ къ соотвѣтствующей главѣ. Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи имѣетъ значеніе слѣдующее:

Ощущеніе тяжести, полноты и стягиванія во всемъ животѣ внѣ зависимости отъ приема пищи, но въ связи съ опорожненіемъ кишечника, особенно, если эти ощущенія появляются натощакъ до приема пищи и связаны съ неправильностями кишечнаго опорожненія, говорятъ за кишечное заболѣваніе; если же эти симптомы появляются исключительно послѣ приема пищи и ограничены подложечной областью, то причину ихъ нужно искать въ желудкѣ.



Тяжесть подъ ложечкой (желудочная) облегчается отрыжкой, тяжесть во всемъ животѣ (кишечная) отхожденіемъ газовъ.

Настоящія боли при хроническихъ кишечныхъ пораженіяхъ появляются большею частью независимо отъ приѣма пищи, при желудочныхъ болѣзняхъ напротивъ, боли находятся въ тѣсной зависимости отъ ѣды. Кишечныя боли держатся обыкновенно всего нѣсколько минутъ, рѣдко часами, какъ при свинцовой коликѣ, и обычно исчезаютъ съ отхожденіемъ газовъ. Смѣшенія спазма пилорической части желудка съ кишечной коликой чрезвычайно часты, хотя избѣгать ошибки очень легко, если обращать вниманіе на время появленія ихъ. Нужно твердо помнить, что спазмы pylorici появляются всегда въ определенное время послѣ приѣма пищи, но бываетъ, что при нѣкоторыхъ формахъ колики вскорѣ послѣ ѣды появляются болѣзненные сокращенія colonitransversi, какъ рефлекторное явленіе; точное распознаваніе основывается на связи съ процессомъ дефекаціи.

Если въ анамнезѣ отмѣчаются неправильности со стороны кишечника, то различіе между желудочнымъ и кишечнымъ заболѣваніемъ облегчается.

Я бы не сталъ такъ подробно останавливаться на этомъ вопросѣ, если бы мнѣ самому не приходилось такъ часто встрѣчаться съ большими затрудненіями въ діагнозѣ. Очень не рѣдко кишечную колику принимаютъ за желудочный спазмъ. Если же при этомъ случайно обнаруживается врожденное или приобрѣтенное опущеніе желудка, то часто ставится діагнозъ „расширеніе желудка вслѣдствіе спазма pylorici“. При болѣе внимательномъ же отношеніи легко понять, что колики происходятъ вслѣдствіе спастического запора, а мнимое расширеніе желудка есть не что иное, какъ гастроптозъ.

2. Физическое изслѣдованіе уже описано во введеніи къ болѣзнямъ желудка въ главѣ о пальпаціи. При изслѣдованіи обращаютъ вниманіе на состояніе habitus больного, состояніе его питанія, на окраску и состояніе стѣнокъ живота, смотрятъ нѣтъ ли расхожденія прямыхъ мышцъ, видимой перистальтики тонкихъ кишекъ, coesum mobile, опухоли, грыжи и т. д., дѣлаютъ попытку прощупать ободочную кишку, начиная отъ coesum и до S. Romanum, покатывая взадъ и впередъ ладонной поверхностью вытянутыхъ пальцевъ, поставленныхъ перпендикулярно къ направленію изслѣдуемаго участка кишки; стараются прощупать червеобразный отростокъ.

При толстыхъ, плотныхъ брюшныхъ стѣнкахъ ободоч-



ную кишку нельзя прощупать, напротивъ, при дряблыхъ это всегда легко удаётся, особенно у много рожавшихъ женщинъ и значительно исхудавшихъ мужчинъ. Также хорошо прощупывается поперечная кишка въ томъ случаѣ, когда она напряжена и плотна; мягкую, пустую ободочную кишку можно лишь съ трудомъ отличить отъ сосѣднихъ органовъ.

Пальпація colon требуетъ большого навыка и теоретически этому трудно обучить. Лучше всего начинать упражняться на исхудавшихъ людяхъ съ мягкими брюшными стѣнками, прощупывая flexum sigmoideum.

Наряду съ обычной пальпаціей при изслѣдованіи кишечника примѣняютъ глубокую пальпацію по Hausmann'у.

Нужно обращать особенное вниманіе на мѣстную чувствительность къ давленію ободочной кишки, которая бываетъ часто очень повышена при спазмахъ и катаррахъ кишекъ. Далѣе смотрятъ, нѣтъ ли новообразований. Начинаящіе часто принимаютъ за злокачественную опухоль скопленія кала и брюшко прямой мышцы. Также нужно изслѣдовать восприимчивость отдѣльныхъ участковъ кожи къ щипанію, которая на ряду съ истеріей бываетъ повышенной при воспаленіи внутри лежащихъ органовъ, напр. при typhlitis stercoralis.

Новообразованія тверды, обычно бугристы и пальцы не удается вдавить въ вещество опухоли, каловыя массы напротивъ уступаютъ давленію пальцевъ и даютъ такъ называемый Герсуну'евскій симптомъ склеиванія: ощущеніе будто при надавливаніи пальцы склеиваются съ опухолью. Кромѣ того каловыя скопленія имѣютъ обыкновенно форму клубка и помѣщаются большей частью въ нисходящей ободочной и сигмовидной кишкахъ.

Тонкихъ кишекъ обычно нельзя прощупать, но часто можно видѣть перистальтику ихъ вокругъ пупка, если кишечныя стѣнки у много рожавшихъ расслаблены и существуетъ расхождение прямыхъ мышцъ. Видимая перистальтика тонкихъ кишекъ сама по себѣ ничего патологическаго не представляетъ, она вовсе не указываетъ ни на неврозъ, ни на стенозъ кишекъ, она свидѣтельствуетъ о патологическомъ состояніи брюшныхъ стѣнокъ.

Въ слѣпой кишкѣ при пальпаціи очень часто получается урчаніе: признакъ того, что жидкое содержимое въ



кишкѣ пришло въ броженіе. Здѣсь прощупываются также иногда бугристыя твердыя опухоли обычно туберкулезнаго или раковаго происхожденія. Кишку часто удается смѣстить.

Чтобы прощупать червеобразный отростокъ, сначала находятъ точку Mc. Burney'я, лежащую какъ разъ посерединѣ между пупкомъ и *spina sup. ant.* Отъ этой точки идутъ внизъ (т.-е. къ лобку) подъ прямымъ угломъ къ линіи соединенія обозначенныхъ пунктовъ и катающими движеніями ладонной поверхности пальцевъ лѣвой руки проникаютъ вглубь. Такимъ путемъ часто можно прощупать червеобразный отростокъ въ видѣ катающагося подъ пальцами взадъ и впередъ хрящеватаго жгутика толщиной съ карандашъ и длиной съ мизинецъ. При нѣкоторомъ опытѣ не трудно опредѣлить припухлость и болѣзненность при давленіи, увеличеніе или смѣщеніе червеобразнаго отростка. Нельзя смѣшивать его съ послѣднимъ участкомъ подвздошной кишки, поднимающимся изъ малаго таза. Эта *pars. ascendens ilei* по *Hausmann'у* прощупывается очень часто; я самъ въ этомъ убѣдился. При пальпированіи, въ противоположность, червеобразному отростку она издаетъ своеобразный рокочущій шумъ и подъ руками сокращается.

Наконецъ, осматриваютъ грыжевыя кольца, область прямой кишки (фиссуры) и въ подозрительныхъ случаяхъ изслѣдуютъ *gestum*.

Въ заключеніе опредѣляютъ перкуссіей нѣтъ ли тимпанита или частичнаго метеоризма.

Изслѣдованіе рентгеновскими лучами должно имѣть мѣсто во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ. Кишечникъ наполняется непронускающей лучи средой или черезъ клизму, и тогда вслѣдъ за ней немедленно изслѣдуется, или же черезъ 8—12 часовъ послѣ обѣда по *Rieder'у*. Такимъ образомъ опредѣляются опухоли, смѣщенія, суженія, перегибы кишечника.

### 3) Химико-микроскопическое изслѣдованіе испражнений.

Въ этой книгѣ, предназначенной для практическихъ врачей, не мѣсто для подробныхъ описаній методовъ изслѣдованія испражнений; здѣсь будетъ рѣчь только о наиболѣе важныхъ и необходимыхъ въ практическомъ отношеніи патологическихъ признакахъ. Какъ правило, достаточно изслѣдованія стула послѣ обычной ѣды больного (техника описана въ концѣ этой главы), но въ діагностически трудныхъ случаяхъ нужно пользоваться пробнымъ распределеніемъ пищи, установленнымъ *Adolf Schmidt'омъ* (*Halle*) и *Strasburger'омъ*. Оно состоитъ въ слѣдующемъ:

Утромъ.  $\frac{1}{2}$  литра молока, чая или какао съ возможно большимъ количествомъ молока, къ нему булка съ масломъ и яйцо въ смятку.



Завтракъ: 1 тарелка процѣженного овсянаго отвара на молокъ (соль и сахаръ разрѣшены) или мучнаго супа или porridge.

Обѣда:  $\frac{1}{4}$  фунта хорошо разбитаго, тощаго мяса слегка поджареннаго на маслѣ (слегка красноватаго), къ нему не слишкомъ маленькая порція хорошо протертаго картофельнаго пюре.

Послѣ обѣда: какъ утромъ, но безъ яйца.

Вечеромъ:  $\frac{1}{2}$  литра молока или тарелка супа (какъ на завтракъ) съ булкой съ масломъ и 1—2 яйца въ смятку (или сырыхъ).

Распредѣленіе ѣды можетъ быть и другимъ. Такую пищу даютъ три дня. Испражненія третьяго или даже четвертаго дня представляютъ нужный для изслѣдованія объектъ; нужно изслѣдовать ихъ по возможности свѣжими. Всю процедуру можно произвести амбулаторно; клиника не нужна, все дѣло касается обычной практики. Для пробы на броженіе (см. ниже) эта пробная ѣда по Schmidt'у необходима, для другихъ изслѣдованій можно ограничиться обычными испражненіями.

#### а) Макроскопическое изслѣдованіе.

Этотъ методъ такъ же цѣненъ, какъ и микроскопическій. А для практическаго врача онъ является нерѣдко даже единственно осуществимымъ, такъ какъ въ его распоряженіи можетъ не быть ни микроскопа, ни необходимыхъ химическихъ реактивовъ. При нѣкоторомъ навыкѣ можно правильно діагносцировать большинство кишечныхъ страданій изслѣдованіемъ испражненій невооруженнымъ глазомъ. Кромѣ грубаго макроскопическаго изслѣдованія дѣлаютъ всегда болѣе тонкое по Schmidt-Strasburger'у. Для этого въ фарфоровой чашкѣ размѣшиваютъ въ кипяченой, остуженой водѣ порцію хорошо размѣшанныхъ пробныхъ испражненій величиною съ лѣсной орѣхъ; часть полученной жидкой кашицы сливаютъ въ чашечку Петри и рассматриваютъ ее въ мелкомъ слѣб жидкости. Всегда нужно дѣлать оба вида макроскопическаго изслѣдованія и при этомъ обращать вниманіе на нижеслѣдующіе признаки:

1. Форма испражненій. Какъ уже упомянуто, нормальный калъ имѣетъ колбасовидную форму и только у вегетаріанцевъ онъ принимаетъ видъ густой кашицы; всѣ другіе виды испражненій уже патологичны; сюда относятся губчатый, кашцеобразный и совсѣмъ жидкій калъ или наоборотъ, слишкомъ твердый въ видѣ мелкихъ плотныхъ кусочковъ.

2. Цвѣтъ нормальныхъ испражненій варьируетъ отъ желтаго до коричневаго; если калъ имѣетъ черную окраску, то это зависитъ или отъ примѣси крови, или отъ дѣйствія лекарствъ (жельзо, висмутъ). Послѣ краснаго вина, сморо-



дины, брусники и т. д. калъ тоже темный. Чисто жировой стулъ (Steatorrhoe) бываетъ при атрофіи поджелудочной железы. Свѣтло-сѣрый цвѣтъ говоритъ за заболѣваніе печени, зеленый за острый энтеритъ.

3. Консистенція. Нормальная консистенція испражнений—это консистенція масла при комнатной температурѣ; калъ бываетъ очень твердъ при атоническомъ запорѣ, еще тверже при спастическомъ; при легкихъ кишечныхъ катархахъ калъ губчато-тѣстообразный, консистенціи крема; при болѣе сильныхъ—кашицеобразный и даже совсѣмъ жидкій; при азиатской же холерѣ и cholera nostras онъ бываетъ водянистый.

4. Пищевые остатки, различимые невооруженнымъ глазомъ, часто находятся въ калѣ: на примѣръ, непереваренные остатки картофеля, овощей, брусники, брюквы, грибовъ и пр. Большое значеніе имѣютъ непереваренные остатки мяса, соединительной ткани и жира. Лучше всего ихъ искать тщательнымъ макроскопическимъ изслѣдованіемъ. Остатки картофеля, овощей и прочія непереваримыя части растений находятъ во всякомъ нормальномъ калѣ, большія же количества неперевареннаго мяса и соединительной ткани говорятъ за разстроенное желудочное пищевареніе.

5. Патологическія примѣси, различимыя простымъ глазомъ, обыкновенно, кровь, гной и слизь.

Кровь бываетъ или ярко краснаго цвѣта, не смѣшанная съ испражненіями, или, наоборотъ, тѣсно съ ними перемѣшанная (и при этомъ чернаго цвѣта, какъ деготь) изъ высокихъ отдѣловъ кишекъ. Только въ первомъ случаѣ при микроскопіи удастся обнаружить красныя тѣльца, во второмъ—кровь можетъ быть обнаружена только химически.

Ярко красная кровь указываетъ почти всегда на геморроидальныя шишки или полипы прямой кишки. Кровянисто-гноенное содержимое кишекъ, когда оно выдѣляется маленькими порціями, напр. чайными ложками, всегда должно внушать подозрѣніе на злокачественное новообразованіе прямой кишки. Нужно имѣть въ виду, что раки прямой кишки часто цѣлыми недѣлями третируются какъ гемморрой.

Гной встрѣчается обычно вмѣстѣ съ кровью при злокачественныхъ новообразованіяхъ прямой и ободочной кишекъ, а также при туберкулезѣ и дизентеріи толстой кишки. Чтобы найти его, нужно всю массу испражнений возможно болѣе тонкимъ слоемъ разложить на черной тарелкѣ и постараться отыскать съ помощью лупы сѣровато-красный комочекъ.



Затѣмъ этотъ комочекъ подвергаютъ микроскопическому изслѣдованію на присутствіе лейкоцитовъ или туберкулезныхъ бациллъ.

Слизъ находятъ и въ нормально оформленныхъ испражненіяхъ въ видѣ маленькихъ комочковъ, приставшихъ къ поверхности каловыхъ массъ. Если слизъ покрываетъ на подобіе оболочки весь калъ, то это указываетъ на хроническій катарръ. При болѣе тяжеломъ кишечномъ катаррѣ, она свѣтло-коричневаго цвѣта и выдѣляется вмѣстѣ съ жидкими кашицеобразными испражненіями. Слизъ толстыхъ кишекъ всегда перепончата, и чѣмъ больше перепонки, тѣмъ изъ болѣе глубокихъ отдѣловъ она происходитъ. Слизъ изъ восходящей кишки выдѣляется очень часто въ видѣ комочковъ величиной съ горошину; комочекъ слизи сначала производитъ впечатлѣніе аморфной массы и только, если поднять такой комочекъ иглой и распустить его въ водѣ, обнаруживается перепончатый характеръ ея строенія. Лучше всего находить слизъ, переливая испражненія въ сосудъ съ водой.

Слизъ изъ тонкихъ кишекъ макроскопически не различима. При катаррахъ тонкихъ кишекъ испражненія, если они быстро проходятъ черезъ толстыя кишки, выглядятъ, какъ бы лакированными. Ихъ поверхность даже при долгомъ стояніи какъ бы отполирована и блеститъ; при этомъ форма кала часто губчато-пористая (бродильная диспепсія кишечника по Schmidt'y). О прочихъ подробностяхъ и о значеніи слизи будетъ сказано въ главѣ о кишечномъ катаррѣ.

6. Конкременты и инородныя тѣла. Отысканіе конкрементовъ бываетъ необходимо при печеночныхъ коликахъ. Въ подозрительныхъ случаяхъ размѣщенный въ теплой водѣ калъ сливаютъ на густое сито и промываютъ водой; камни такимъ путемъ легко обнаруживаются. Или же собираютъ два, слѣдующихъ за приступомъ, испражненія въ ночную посуду и затѣмъ, тщательно размѣшивая постепенно сливаютъ, пока не останется небольшого слоя, который удобно обслѣдовать на присутствіе конкрементовъ и желчнаго песка. Можно также пользоваться предложеннымъ Воас'омъ спеціальнымъ ситомъ для испражнений.

Слѣдуетъ остерегаться смѣшенія камней съ растительными пищевыми остатками, особенно съ сѣменами (макомъ и пр.). Подозрительное тѣльце переносятъ въ пробирку съ калийнымъ щелокомъ, въ которомъ растительные продукты размягчаются и могутъ быть раздавлены между двумя предметными стеклами изслѣдованы подъ микроскопомъ. Мнѣ нѣсколько разъ



случалось получать подобные маковые конгломераты отъ больныхъ, приносившихъ ихъ какъ желчный песокъ. Остатки грушъ тоже иногда производятъ впечатлѣніе конкрементовъ. Мясо грушъ очень зернисто, содержитъ твердыя зерна целлюлозы и бываетъ причиною такъ называемаго кишечнаго песка, задержка котораго можетъ вызвать колики.

Постороннія тѣла, находимыя въ испражненіяхъ, перечислить невозможно, тутъ встрѣчаются: напр., монеты, пуговицы, зубы, кусочки костей, плодовые зерна и т. п.

7. Паразиты. Макроскопически можно найти лишь членики ленточныхъ глисть, круглыя глисты и т. п., пропустить которыя при достаточномъ вниманіи невозможно.

#### б) Микроскопическое изслѣдованіе.

Техника. Для изслѣдованія испражнений необходимо готовить не меньше трехъ микроскопическихъ препаратовъ, а именно: 1) безъ всякихъ добавленій, 2) съ прибавленіемъ воды (или уксусной кислоты) и 3) съ прибавленіемъ люголевскаго раствора.

1. На предметное стекло берутъ комочекъ испражнений величиною съ полъ-горошины, по возможности сильно придавливаютъ его покровнымъ стеклышкомъ, чтобъ онъ сталъ прозрачнымъ, и рассматриваютъ съ небольшимъ (въ 50 разъ) увеличеніемъ. Конечно, часто приходится дѣлать нѣсколько препаратовъ изъ различныхъ по макроскопическому виду участковъ. При изслѣдованіи обращаютъ вниманіе на степень перевариваемости мяса, жира и соединительной ткани. Почти во всякомъ нормальномъ испражненіи находятъ мышечныя волокна, легко отличимыя по своему желтому цвѣту и равномерной поверхности; само по себѣ присутствіе ихъ не патологично; но если все поле зрѣнія покрыто мышечными волокнами и въ особенности если они лежатъ большими кучками, то это указываетъ на разстройство желудочнаго пищеваренія, такъ какъ оно должно растворять соединительную ткань. Если же въ полѣ зрѣнія находятъ большія количества отдѣльныхъ (не кучками) мышечныхъ волоконъ, то можно сдѣлать заключеніе, что пищевареніе въ тонкихъ кишкахъ не нормально. Интенсивный желто-зеленый цвѣтъ остатковъ мяса говоритъ за катарръ ilei.

Въ томъ же самомъ препаратѣ изслѣдуютъ и степень перевариванія жира. Нормально находятъ въ испражненіяхъ только единичныя жировыя капли, иголки и мыло, но часто все поле зрѣнія бываетъ заполнено игольчатыми кристаллами жирныхъ кислотъ и жирными комочками, даже цѣлыми куч-



ками ихъ. Это наблюдается при катаррѣ тонкихъ и толстыхъ кишекъ или при закупоркѣ желчнаго протока, когда испражненія сѣровато-глинистаго (безъ желчи) цвѣта.

Обращаютъ вниманіе также на присутствіе фибриллей соединительной ткани,—отличить ихъ нетрудно по ихъ блестящему виду и извитой формѣ. Часто они оказываются сильно разбухшими. Наличие большого количества ихъ говоритъ за значительное уменьшеніе или полное отсутствіе HCl въ желудочномъ сокѣ.

Яйца глисть также различимы въ этомъ препаратѣ, именно яйца ленточныхъ глисть, аскаридъ и *Trichosephalus dispar*.

Нижеслѣдующіе рисунки должны пояснить наши разсужденія.



Фиг. 14. Нормальный калъ.  
 М.—мышечныя волокна. В. З.—  
 клѣтки груши. Р. З.—раститель-  
 ныя клѣтки. Н.—растительные во-  
 лоски. Sp.—растительныя спирали.  
 Z.—каменистыя клѣтки. P.—фос-  
 фаты. F.—жировые шары.



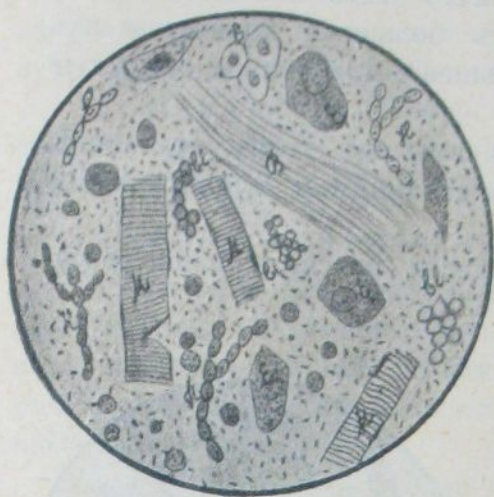
Фиг. 15. Калъ, содержащій  
 жиръ и висмутъ.  
 М.—мышечныя волоюна. N—жи-  
 ровые кристаллы. F.—жировые  
 шары. В. К.—кристаллы висмута.  
 О. К.—шав. к. кальцій. Ка.—из-  
 вестковыя соли.

2. Кусочекъ испражненій величиной съ булавочную головку размѣшиваютъ въ каплѣ физиологическаго раствора поваренной соли и разсматриваютъ при большомъ увеличеніи. Еще разъ обслѣдуютъ степень перевариванія мяса, жира и соединительной ткани, а кромѣ того находятъ амебъ, инфузорій живыхъ или мертвыхъ, Charcot-Leyden'овскіе кристаллы, эпителиальныя клѣтки, бѣлыя и красныя кровяныя тѣльца.

Если калъ жидкій, выбираютъ для этого препарата преимущественно слизистую частицу (ничего не прибавляя).



Присутствие Charcot-Leyden'овскихъ кристалловъ говоритъ за присутствіе глисть. Обиліе эпителия въ слизи указываетъ на хроническій катарръ, большое количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ наряду съ эпителиемъ указываетъ на болѣе рѣзкое воспаленіе; если же попадаютъ исключительно лейкоциты или слизь наряду съ отдѣльными эритроцитами, то имѣется язвенный процессъ, туберкулезъ, дизентерія и т. д.



Фиг. 16. Кишечный катарръ.  
М.—мышечныя волокна. Е.—эпителий. Сl.—клостридіи. Н.—дрожжи.



Фиг. 17. Яйца глисть.  
Г. Е.—яйца ленточныхъ глисть. А. Е.—яйца аскаридъ. Ch.—Charcot-Leyden'овскіе кристаллы. Н.—дролжи. М.—мышечныя волокна. Е.—эпителий. N.—жировыя кристаллы. F.—жировыя шары.

3. Кусочекъ величиною съ булавочную головку размѣшиваютъ въ капль люголевскаго раствора. При сильномъ увеличеніи видно, есть ли свободныя крахмальныя зерна, окрашенныя при этомъ въ синій цвѣтъ, и въ большомъ ли количествѣ клостридіи, тоже окрашенныя іодомъ въ синій цвѣтъ.

Свободныя крахмальныя зерна всегда являются признакомъ катарра тонкихъ кишекъ, такъ какъ въ нормѣ встрѣчается только крахмаль, заключенный въ клѣтчатку. При чрезмѣрной ѣдѣ пирожнаго въ стулѣ даже легко больныхъ находятъ свободныя крахмальныя тѣльца. Clostridiae—всегда признакъ броженія. Чѣмъ больше употребляютъ въ пищу целлюлезосодержащихъ веществъ, тѣмъ пынѣе развиваются клостридіи и придаютъ калу своеобразный кислый запахъ. Слѣдовательно, только большое ихъ количество указываетъ на патологическое состояніе тонкихъ кишекъ.

Въ исключительныхъ случаяхъ дѣлаютъ еще четвертый и даже пятый препаратъ изъ особенно выдѣляющихся участковъ, напр., изъ гнойно-кровянистыхъ.

Во многихъ препаратахъ придется натолкнуться на кри-



сталлы трипельфосфатовъ, щавеле-кислой извести, окиси висмута и пр., на большое количество бактерій, детритъ, разнообразнѣйшія по виду растительныя клѣтки, легко отличимыя благодаря своей толстой, блестящей целлюлозной оболочкѣ. Въ случаяхъ расширенія желудка находятъ въ калѣ сарцинъ, представляющихъ большую діагностическую важность.

Итакъ микроскопическое изслѣдованіе испражнений даетъ указанія на:

1. Перевариваемость мяса, жира, соединительной ткани и крахмала.
2. Наличие крови, слизи и гноя.
3. Присутствіе конкрементовъ, кристалловъ, яицъ глисть и Charcot-Leyden'овскихъ кристалловъ.

Микроскопическое изслѣдованіе можетъ вести къ правильному діагнозу только въ связи съ макроскопическимъ.

#### с) Химическое изслѣдованіе.

1. Проба на кровь доказательна только въ томъ случаѣ, если въ калѣ очень мало мышечныхъ волоконъ.

Если хотять получить точные результаты, то за три дня до производства пробы перестаютъ давать больному содержащую кровь пищу и желѣзо. Для изслѣдованія пользуются или описанной въ первой части пробой съ гваяковой смолой или алоиномъ или болѣе удобной, предложенной О. и К. A'dler'омъ и модифицированной для практическихъ цѣлей Schlesinger'омъ и Holst'омъ пробой съ бензидиномъ.

Скрытая кровь въ испражненіяхъ по Voas'у находится особенно при латентномъ ракѣ и язвѣ желудка, кромѣ того, при высоко-расположенныхъ кишечныхъ кровотеченияхъ.

2. Билирубиновая проба Schmidt'a. Комочки кала величиною съ бобъ кладутъ въ чашечку наполненную 5% растворомъ сулемы и оставляютъ на 24 часа. Содержащія билирубинъ частички окрашиваются въ зеленый содержащія гидробилирубинъ — въ желто-красный цвѣтъ. Положительная реакція указываетъ на катарръ тонкихъ кишекъ.

3. Проба на броженіе по Schmidt'у. Для производства ея нуженъ термостатъ съ постоянной температурой около 37—38° С и бродильныя пробирки по Schmidt'у или Baurmeister'у. Я пользуюсь исключительно послѣдними, такъ какъ пробирки Schmidt'a не стоятъ и ихъ приходится прислонять къ стѣнкѣ термостата.



Частицу хорошо размѣшаннаго пробнаго испражненія величиною съ лѣсной орѣхъ размѣшиваютъ въ чашкѣ съ водою до густой, кашицеобразной консистенціи и наливаютъ въ первую пробирку на  $\frac{1}{2}$  сантиметра до верхняго края ея, во вторую пробирку наливаютъ воду, третью (собственно лишнюю) оставляютъ пустой. Осторожно затыкаютъ пробирки резиновыми пробками такъ, чтобы особенно во второй по возможности не было воздуха. Ставятъ всѣ три на 24 часа въ термостатъ. Проба на броженіе считается положительной, если вторая пробирка больше, чѣмъ на  $\frac{1}{3}$ , наполнится газомъ; это значитъ, что въ испражненіи сохранилось еще очень много способныхъ къ броженію веществъ. Одновременно испытываютъ реакцію испражнений: кислая говоритъ за углеводное броженіе, щелочная за послѣдующее бѣлковое разложеніе. Обѣ реакціи патогномичны и указываютъ на катаральное пораженіе тонкихъ кишекъ.

4. Проба на трипсинъ по Gross'у и Goldschmidt'у. При подозрѣннн на пораженіе панкреатической железы, напр. при быстро развивающейся кахексіи безъ заболѣваній желудка, при steatorrhoe (жировой поносъ) и т. д. нужно изслѣдовать испражненія на трипсинъ.

Качественное опредѣленіе состоитъ въ приготовленіи воднаго экстракта испражнений съ прибавленіемъ нѣкотораго количества содоваго раствора, погруженіи въ него наполненной угольнымъ порошкомъ капсулы Gelodurat <sup>1)</sup> и выдерживаніи всего въ термостатѣ; въ присутствіи трипсина черезъ 3—4 часа капсула открывается и смѣсь окрашивается углемъ въ черный цвѣтъ.

Предложенный Müller'омъ и Schlecht'омъ методъ изслѣдованія на плоскости слишкомъ хлопотливъ и поэтому въ практикѣ наиболѣе удобенъ приемъ Gross'a и Goldschmidt'a. Онъ дѣлается такъ:

1. Приготавливаютъ 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ный растворъ казеина: 1,0 Caseini purissimi (Merk), 1,0 Na<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>, 1000,0 Aq. chloroformisata. Все сливается въ литровую бутылку, оставляется на 24 ч., затѣмъ осторожно взбалтывается нѣсколько разъ и растворъ готовъ.—2. Кладутъ 5 г. испражнений въ ступку, приливаютъ 45 куб. сант. 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> наго раствора Na<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>, основательно размѣшиваютъ и фильтруютъ; первую мутную порцію фильтрата выливаютъ, а вторая, прозрачная, годна къ употребленію.—3. Въ 6 пробирокъ наливаютъ по 10 куб. сант. раствора казеина и приливаютъ въ нихъ по 1,0, 0,5, 0,33, 0,25, 0,2 и 0,1 фильтрата испражнений, что легко сдѣлать пипеткой емкостью въ 1 куб. сант. и раздѣленной на 100 частей, хорошо размѣшиваютъ, надписываютъ каждую пробирку и ставятъ всѣ на 24 часа въ термостатъ. Послѣ этого капаютъ въ каждую пробирку по 3 капли 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> уксусной кислоты. Пробирки, въ которыхъ переваренъ казеинъ, остаются прозрачными, остальные молочнаго цвѣта.

<sup>1)</sup> Фабрикантъ G. Pohl въ Schönbaum'ѣ у Данцига.



## Первичныя органическія болѣзни кишечника.

### Острый катарръ кишекъ.

Общія замѣчанія. Острый катарръ кишекъ, на изложеніи котораго въ виду его общеизвѣстности, я остано-влюсь лишь вкратцѣ, встрѣчается очень часто. Больные только въ тяжелыхъ случаяхъ обращаются за врачебной помощью, въ легкихъ ограничиваются обыкновенно домашними средствами. Опасенъ острый энтеритъ лишь у дѣтей и дряхлыхъ, стариковъ, страдающихъ артеріосклерозомъ; лѣтомъ болѣзнь эта распространяется эпидемически.

Острымъ энтеритомъ поражается или весь кишечный каналъ, или только отдѣльные участки его. Болѣзнь обычно присоединяется къ катарру желудка, но если же вредный агентъ прошелъ черезъ желудокъ, не задѣвъ его, какъ напр. яды, проявляющіе свое дѣйствіе только въ щелочной средѣ, то желудокъ можетъ остаться здоровымъ. Слизистая оболочка можетъ быть иногда такъ сильно воспалена, что образуются язвы (см. ниже) и стулъ окрашивается кровью.

Этіологія. Причины болѣзни въ порядкѣ ихъ частоты слѣдующія: разстройства пищеваренія, инфекціи, интоксикаціи и простуда.

Особенно вредно дѣйствуютъ изъ пищевыхъ продуктовъ: сырые испорченные фрукты, очень холодные напитки, сырые овощи и несвѣжее мясо; все это преимущественно, конечно, лѣтомъ. Зимой вредно дѣйствующими моментами являются главнымъ образомъ переполненія желудка и очень изысканныя жирныя кушанья, какъ напр., паштеты изъ гусиной печенки, рагу и т. д.

Интоксикаціи, если не принимать во вниманіе отравленій съ цѣлю абортовъ и самоубійствъ, причиняются чаще всего глистогонными средствами или профессиональными отравленіями, напр. мѣдью. Простуда ведетъ къ острымъ катаррамъ преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, когда сли-



зистая оболочка была уже ослаблена ранѣе какими-либо вредными моментами.

Симптоматологія. Главный симптомъ—поносъ, появляющійся внезапно и сопровождающійся коликами. Нерѣдко бываетъ до 20 испражнений въ 24 часа. Иногда, впрочемъ, болѣзнь можетъ начаться и запоромъ—это во-первыхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда поражены только тонкія кишки, и во-вторыхъ, когда болѣзнетворное начало, напр. не переваренные пищевые остатки огурцовъ, грушъ, картофельнаго салата и т. д. попали въ *haustum* ободочной кишки и раздраженіемъ ея вызываютъ тетанусъ *colonis*. Такой запоръ также сопровождается коликами.

Эти колики, т.-е.—какъ бы разрывающія сверлящія или стягивающія боли, начинающіяся въ мезогастріи, иррадирующія во всѣ стороны, прекращающіяся только послѣ отхожденія газовъ или испражнений и потомъ снова возвращающіяся, сопровождають почти всякій острый энтероколитъ.—Лихорадка бываетъ преимущественно при инфекціонныхъ катаррахъ и характерна именно для нихъ;  $t^0$  можетъ доходить до  $40^0$  и даже выше. Другія причины или вовсе не вызываютъ никакой лихорадки или только не выше  $38^0,5$ .—Рвота и тошнота бываютъ въ тѣхъ случаяхъ, когда пораженъ и желудокъ.—Общее самочувствіе даже при катаррахъ кишекъ средней степени очень плохое, при тяжелыхъ энтеритахъ вслѣдствіе сильныхъ болей бываетъ большая слабость и общая разбитость.

Селезенка по большей части увеличена (инфекціонные катарры) и чувствительна къ давленію. Животъ особенно *colon transversum* болѣзненъ при давленіи; часто бываетъ желтуха или она присоединяется подъ конецъ.

Стулъ жидко-кашицеобразный или совсѣмъ жидкій, съ примѣсью большихъ лоскутовъ слизи; часто даже кровянистый; въ немъ могутъ быть старые, твердые кусочки кала; запахъ его сначала очень острый, или кислый, позднѣе противный; окраска зеленая, коричневая, желтая, даже сѣро-бѣлая, если подъ конецъ выдѣляется одна слизь; подъ микроскопомъ обнаруживается эпителий, въ острыхъ случаяхъ красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца, остатки пищи и бактеріи.

Діагнозъ ставится на основаніи только что перечисленныхъ симптомовъ: поноса, лихорадки, коликъ, слизи и крови въ испражненіяхъ, остраго начала болѣзни и обнаруженія болѣзнетворной причины, особенно при катаррахъ отъ отравленій.



Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи нужно имѣть въ виду: брюшной тифъ, *crises enteriques* и острую желтую атрофію печени, поносъ отъ испуга (психическая причина) и при менструаціяхъ. Отъ смѣшенія съ тифомъ въ общемъ предохраняетъ розеола и опухоль селезенки, но бываютъ случаи, при которыхъ только дальнѣйше наблюденіе дѣлаетъ діагностику достовѣрной.

Терапія. Вмѣшательство врача ограничивается обычно устраненіемъ вредныхъ моментовъ и борьбою съ симптомами: болью и поносомъ.

Пока держится лихорадка, необходимо постельное содержаніе, при высокой лихорадкѣ (39—40°) согрѣвающие компрессы, при средней лихорадкѣ (38—38,5) теплыя обвертыванія по Priessnitz'у, при безлихорадочномъ теченіи теплыя влажныя припарки изъ настоя ромашки и т. д.

Точно такъ же, какъ при остромъ катаррѣ желудка, въ первые 2—3 дня назначается діета изъ настоя перечной мяты, чая съ коньякомъ, слизистыхъ суповъ, желудевого какао на водѣ и глинтвейна; мало по малу переходятъ къ рисовому или жидкому супу изъ куриного или голубиного мяса или телятины съ манной крупой, бѣлому хлѣбу, вареной курицѣ или голубю. Но еще долгое время запрещается картофель, черный хлѣбъ, овощи, фрукты, сырое мясо, холодныя напитки.

Изъ лекарствъ примѣняется белладонна для успокоенія сильныхъ болей и вяжущія для устраненія поноса:

Rp. Extr. Bellad.  
3—4 раза въ день по 0,02—0,03.

Или Tannalbin 3—4 раза по 1,0  
также Tannigen, Tannoform,  
3—4 раза въ день по 1 порош.

Rp. Extr. Belladon. 0,02  
Tannocol 1,0.

Gastrosan и препараты висмута; рекомендуютъ также 3—5 разъ въ д.  
по 0,5—1,0 Almatein, препаратъ  
синяго сандала.

Въ тяжелыхъ случаяхъ съ профузными діарреями блестяще дѣйствуетъ предложенная Stumpf'омъ, *bolus alba*. Даютъ на пріемъ 125 g., размѣшавъ въ теплой водѣ, а затѣмъ три раза въ день по 1 чайной ложкѣ верхомъ. Большею частью послѣ этого поносы останавливаются. Конечно, это можно дѣлать въ случаяхъ безлихорадочныхъ или съ небольшою лихорадкой. Назначенія такъ называемыхъ дезинфицирующихъ кишечникъ средствъ я рекомендовать не могу.

Опій и его препараты строжайше воспре-



щаются, такъ какъ они парализуютъ кишечникъ и этимъ препятствуютъ выведенію *materiae pessantis*: тогда какъ белладонна только расслабляетъ сильныя сокращенія кишекъ, не ослабляя перистальтики.

Только, если лихорадка держится долѣе трехъ дней и  $t^0$  стоитъ выше  $38,05$ , я даю слабительное; дѣтямъ и взрослымъ съ хорошими зубами каломель, 3 раза въ день по 0,03 до 0,2 съ двухчасовыми промежутками до замѣтнаго дѣйствія, въ прочихъ случаяхъ или 1 столовую ложку кастороваго масла или чайную ложку верхомъ Karlsbadской соли.

Въ безлихорадочныхъ случаяхъ я назначаю слабительное только тогда, когда не прекращаются колики; въ прочихъ случаяхъ даю *Mixt. acid. mur., ut aliquid fieri videatur*. Закрѣпляющія средства я начинаю давать тогда, когда лихорадка или совсѣмъ упала или она незначительна, такъ какъ поносъ можетъ поддерживать воспалительный процессъ.

При задержкѣ стула и газовъ съ сильными коликами (*colitis*) назначаютъ горячіе компрессы, большія дозы экстракта белладонны внутрь или атропинъ (0,001) подъ кожу и вливанія масла.

Въ видахъ профилактики нужно предостерегать предрасположенныхъ къ энтериту людей отъ ѣды сырыхъ фруктовъ и овощей, сладкаго въ большомъ количествѣ, питья холодныхъ напитковъ, а также отъ переполненія желудка.

Прогнозъ болѣзни обычно хорошъ, однако всегда остается нѣкоторая слабость слизистой оболочки кишекъ; часто повторяющіеся острые катарры, въ концѣ концовъ, ведутъ къ хроническому энтероколиту.

### Хроническій катарръ кишекъ.

Общія замѣчанія. Хроническій катарръ кишекъ часто встрѣчается у взрослыхъ, у дѣтей рѣже; мужчины поражаются имъ чаще, такъ какъ они чаще подвергаются дѣйствію вредныхъ моментовъ. Онъ можетъ тянуться много лѣтъ. Полное излѣченіе тяжелыхъ въ анатомическомъ смыслѣ случаевъ невозможно и, даже клиническое требуетъ многолѣтняго тщательнаго леченія. Первые проявленія болѣзни обычно оставляются совершенно безъ вниманія, и болѣзнь понемногу ухудшается, пока больные, наконецъ, не бываютъ



вынуждены обратиться къ врачу изъ-за возрастающихъ разстройствъ: вздутія живота, болей, поносовъ и т. д.

Этіологія. Бываютъ первичные катарры кишекъ вслѣдствіе непосредственнаго поврежденія слизистой оболочки и вторичные, вызванные застоемъ крови въ большомъ или маломъ кругу или переходомъ съ сосѣднихъ органовъ.

Первичные хроническіе катарры происходятъ вслѣдствіе разстройствъ пищеваренія, инфекцій (туберкулезъ, дизентерія), интоксикацій, простуды, употребленія слабительныхъ, присутствія паразитовъ и механическаго раздраженія отъ застоевъ кала при привычномъ запорѣ; вторичные катарры бываютъ при порокахъ сердца, болѣзняхъ почекъ и циррозѣ печени, изъязвленіяхъ и новообразованіяхъ, и стенозахъ кишечнаго канала.

Самая частая причина—часто повторяющееся разстройство пищеваренія. Вслѣдствіе этого хроническіе катарры желудка и кишекъ часто наблюдаются одновременно; обыкновенно, хроническому энтероколиту предшествуетъ хроническій гастритъ. Очень часто причиной кишечнаго катарра является атрофія желудочныхъ железъ, такъ наз. *achylia gastrica*, при которой пища переходитъ въ кишечникъ не химифицированной и съ теченіемъ времени вызываетъ воспаленіе, такъ назыв. гастрогенныя діарреи. Конечно, есть не мало случаевъ, гдѣ обѣ болѣзни (желудка и кишекъ) вызваны одной и той же причиной, напр., злоупотребленіемъ спиртными напитками. Поэтому въ каждомъ случаѣ хроническаго колита нужно изслѣдовать желудочный сокъ.

Симптоматологія. Субъективные симптомы слѣдующіе: отсутствіе аппетита\*), тошнота, ощущеніе полноты и вздутія во всемъ животѣ, (эти симптомы въ противоположность таковымъ же при болѣзняхъ желудка появляются уже рано утромъ и иногда независимо отъ пріемовъ пищи, но въ связи съ ѣдой дающихъ много газовъ кушаній)—далѣе большее количество газовъ, колики, такъ назыв. мезогастралгіи, частые позывы на низъ, общая разбитость и слабость; нерасположеніе къ труду и нервная возбудимость.

Объективные симптомы даютъ пальпація и тщательное изслѣдованіе испражнений.

\*) Прим. Иногда этого не бываетъ. При изолированномъ катаррѣ толстыхъ кишекъ аппетитъ можетъ быть очень хорошъ напротивъ при катаррѣ тонкихъ онъ обычно пониженъ.



Часто весь животъ вздутъ и чувствителенъ къ давлению, особенно вся ободочная кишка, болѣзненность которой при изолированномъ катаррѣ толстой кишки чрезвычайно характерна. Кромѣ того при многолѣтнихъ катаррахъ находятъ увеличеніе селезенки.

Стуль зависитъ отъ интенсивности и локализациі катарра. Въ легкихъ случаяхъ онъ оформленъ, выдѣляется небольшими кусками, покрытъ слизью; въ случаяхъ средней тяжести попеременно бываютъ, то плотныя, то жидкія, то кашицеобразныя испражненія; въ тяжелыхъ случаяхъ въ теченіи долгаго времени испражненія бываютъ кашицеобразны, или жидки и перемѣшаны съ крупными хлопьями слизи. Кашицеобразныя испражненія имѣютъ какъ бы лакированный видъ, поверхность ихъ блеститъ. При катаррахъ съ эрозіями встрѣчается примѣсь крови и гноя. (Подробности микроскопическаго изслѣдованія испражнений см. въ общей части болѣзни кишекъ).

Бываютъ случаи, при которыхъ періоды упорныхъ запоровъ чередуются съ періодами сильныхъ поносовъ.

Во время менструаций хроническій катарръ ухудшается, онъ переходитъ снова въ діаррею, если до этого былъ незамѣтнымъ.

Діагнозъ катарра кишекъ вообще очень легокъ; достаточно заявленія больного, что онъ страдаетъ поносомъ продолжительное время (или очень часто или послѣ определенныхъ кушаній), что въ испражненіяхъ его замѣтна слизь и у него бываютъ колики, чтобы поставить діагностику.

Локализациія катарра кишекъ. Установить мѣсто пораженія кишекъ часто чрезвычайно трудно, а иногда совершенно невозможно. Въ общемъ можно придерживаться слѣдующихъ правилъ:

Изолированный катарръ тонкихъ кишекъ вызываетъ отсутствіе аппетита, урчаніе, неприятное ощущеніе въ серединѣ живота; метеоризмъ и образованіе газовъ; очень рѣдко бываютъ настоящія боли или поносъ, только иногда послѣ грубыхъ погрѣшностей въ пищѣ. Испражненія содержать много жира, иногда свободный крахмалъ и много мышечныхъ волоконъ, слизь же трудно установить даже микроскопически. Ухудшенія бываютъ послѣ дающихъ много газовъ блюдъ, холодныхъ напитковъ, сырыхъ фруктовъ, переполненій желудка и т. д. Проба Schmidt'a на броженіе всегда положительна. Слѣдовательно діагностика катарра тонкихъ кишекъ ставится главнымъ образомъ на основаніи заявленій самого больного. Стуль оформленъ, мягокъ, правилень 1—2 раза въ день.

Особую форму катарра тонкихъ кишекъ представляетъ кишечная диспепсія съ броженіемъ Schmidt'a; испражненія при ней кисло-



ваты, тѣстообразны, въ нихъ много *clostridi*'й, въ нихъ сильное броженіе, улучшение наступаетъ съ устраненіемъ *materia peccans*, т.-е. целлюлозы.

Изолированный катарръ толстыхъ кишекъ безъ язвеннаго процесса протекаетъ въ общемъ съ запоромъ или вялостью кишечнаго опорожненія съ образованіемъ спастическаго стула. Только въ тяжелыхъ случаяхъ стулъ кашицеобразенъ. Если испражненія плотны, то они покрыты слизистой перепонкой, которую можно увидѣть часто лишь тогда, если собирать испражненія въ сосудъ съ теплой водою, въ сухой же посудѣ слизистыя перепонки настолько измѣняются отъ высыханія, что ихъ нельзя узнать. При запорѣ для полученія необходимаго матеріала для изслѣдованія ставятъ мыльный суппозиторій.

Субъективные симптомы мѣстные—скопленіе газовъ и болѣзненное отхожденіе ихъ, стягиваніе и тяжесть въ животѣ, облегченіе съ отхожденіемъ газовъ, общіе ниже описанные вторичные невроты (ипохондрія, неврастенія и т. д.).

Общіе катарры тонкихъ и толстыхъ кишекъ протекаютъ почти всегда съ поносомъ; чѣмъ распространеннѣе и интенсивнѣе процессъ, тѣмъ сильнѣе поносы, отъ 2 до 6 разъ въ сутки. Если число испражненій еще больше, то прежде всего нужно думать объ язвенномъ процессѣ и изслѣдовать въ этомъ направленіи. Въ хроническихъ случаяхъ отправление кишечника бываетъ особенно часто рано по утру, вѣроятно потому, что за ночь въ кишкахъ происходитъ сильное броженіе. Конечно, въ испражненіяхъ находятся болѣе или менѣе большія количества слизи. Если стулъ жидкій, то для изслѣдованія можно достать его простой препаровочной иглой, при кашицеобразномъ же стулѣ нужно разболтать въ водѣ кусочекъ испражненій величиною съ горошину и только тогда уже изслѣдовать. Часто бываютъ колики.

Такъ называемые *ileo-sоеcальные* катарры, или тифлоколиты, которые въ большинствѣ случаевъ задѣваютъ и *colon ascendens*, характеризуются чередованіемъ запоровъ и поносовъ: то упорный запоръ, то профузный поносъ съ сильными болями.

Объективно находятъ *gargouillement* въ области слѣпой кишки, субъективно—чувство движенія, давленія, колотья въ области слѣпой кишки, уменьшающееся послѣ отхожденія газовъ и сильнаго поглаживанія слѣпой кишки сверху. Это—случаи такъ назыв. *pseudoappendicitis*; часто ихъ, по ошибкѣ, оперируютъ, удаляютъ червеобразный отростокъ, а боли остаются попрежнему. Это случаи настоящаго *typhlitis catarrhalis* (см. ниже).

Катарры толстыхъ кишекъ протекаютъ по большей части съ коликами, т. н. *colica mucosa* и *colica flatulenta*.

Въ практикѣ приходится обычно ограничиваться опредѣленіемъ тяжести случая—легкій, средней тяжести или очень тяжелый катарръ кишекъ, такъ какъ точная локалізація возможна только послѣ длительного клиническаго наблюденія и химико-микроскопическаго изслѣдованія испражненій.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи приходится принимать во вниманіе лишь нервные



поносы. Послѣдніе очень рѣдки; ихъ можно діагносцировать только тогда, когда 1) въ испражненіяхъ не содержится со-всѣмъ видимой слизи и 2) когда поносы появляются каждый разъ въ результатъ какого-нибудь нервнаго возбужденія. Такъ какъ большая часть нервныхъ діаррей имѣетъ въ ос-новѣ своей скрытый катарръ, то при леченіи должно всегда имѣть это въ виду; многіе такъ назыв. нервные поносы из-лечиваются только послѣ антикатаррального леченія.

Дѣйствительно нервные хроническіе поносы бываютъ напр. при *Morbus Basedovi* вслѣдствіе раздраженія *p. vagi*, далѣе при нѣкоторыхъ неврозахъ климактерическаго возраста (*vagotonia Eppinger'a* и *Hess'a*), затѣмъ періодически при менструальныхъ діарреяхъ. Мы видѣли въ главѣ объ остромъ кишечномъ катаррѣ, что острия діарреи часто вызываються чисто нервнымъ вліяніемъ.

Отъ язвъ и эрозій слизистой оболочки кишечника катарры кишекъ отличаются отсутствіемъ крови и гноя въ испражненіяхъ.

Въ каждомъ случаѣ хроническаго энтерита должна быть установлена причина катарра, при этомъ особенное внима-ніе должно быть обращено на слѣдующіе три пункта:

1. На качество желудочнаго сока, (ахилія или гиперсе-креція).
2. На состояніе кровообращенія (застойный катарръ),
3. На присутствіе злокачественныхъ опухолей (катарръ. сопровождающій злокачественное заболѣваніе).

Леченіе. Задача терапіи заключается прежде всего въ устраненіи по возможности болѣзнетворной причины, по-этому въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ необходимо обратить должное вниманіе на сердце, печень и желудокъ. Изслѣдо-ваніе желудочнаго сока должно быть сдѣлано, по возможности, въ каждомъ случаѣ хрониче-скаго катарра кишекъ, иначе терапія нерѣдко цѣлые мѣсяцы остается безрезультатной. По этому поводу сравни соотвѣтственную главу болѣзней желудка.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи я раздѣлилъ всѣ случаи на три; 1) легкіе случаи—запоръ или нормальный стулъ, но рѣзкія явленія со сторо-ны тонкихъ кишекъ, 2) случаи средней тяжести—то поносы, то запоры, 3) тяжелые случаи—упор-ные поносы.



Гигієно-дієтетическое леченіе. При всѣхъ формахъ кишечныхъ катарровъ нужно по возможности избѣгать охлажденія живота, ногъ и всего тѣла. Больные должны носить шерстяное бѣлье и шерстяной набрюшникъ днемъ, а на ночь дѣлать теплыя обертыванія по Priessnitz'у.

Рабочіе должны быть, по возможности, защищены отъ вреднаго вліянія употребляемыхъ съ промышленными цѣлями ядовитыхъ веществъ, въ особенности мышьяка, мѣди и ртути, которые могутъ вызывать кишечные катарры. Куреніе разрѣшается лишь въ небольшихъ количествахъ.

Діета должна быть легко усвояемой, и нераздражающей, въ тяжелыхъ случаяхъ, кромѣ того и сильно вяжущей.

При тяжелыхъ формахъ даютъ лишь слѣдующее: чай со сливками (1 столовая ложка), или съ краснымъ виномъ; какао, обыкновенное или Hafer-какао, желудевое какао; черничный сокъ, мучные супы, слизистые супы (рисовый, манный, изъ саго, съ лапшой и макаронами); бѣлое мясо въ бульонѣ, свѣжія яйца въ смятку, поджаренный бѣлый хлѣбъ, кэксы, масло, молоко, но никогда не слѣдуетъ давать его въ чистомъ видѣ, а разбавленнымъ, т.-е. или вмѣстѣ съ чаемъ, какао или въ видѣ мучного супа; вмѣсто сахара даютъ сахаринъ.

При формахъ средней тяжести кромѣ того даютъ легкіе овощи, какъ напр., шпинатъ, стручки, морковь, цвѣтную капусту, спаржу, картофельное пюре, желтое мясо жареное на маслѣ или на вертелѣ, немного муса изъ яблокъ и сливъ.

Въ легкихъ случаяхъ, протекающихъ чаще всего съ запорами, назначаютъ легкую послабляющую діету и разрѣшаютъ хлѣбъ изъ отрубей, пеклеванный хлѣбъ, сладкіе компоты, тушеное мясо, рыбу, ветчину и т. п. Въ этихъ случаяхъ не нужно быть слишкомъ осторожнымъ, но все-таки слѣдуетъ запрещать: холодные напитки, крѣпкое кофе, простоквашу, вообще кислыя блюда, грубые фрукты, старый сыръ, стручковые овощи и различные сорта капусты, копченое мясо и копченую рыбу, свѣжій хлѣбъ, жирное мясо, сладости. При колитахъ безъ коликъ съ частымъ отхожденіемъ газовъ даютъ много мягкихъ фруктовъ, сырыхъ или вареныхъ, напр., вишни, землянику, финики, апельсины, груши, яблоки (безъ кожицы), затѣмъ фруктовыя желе, лимонады, молочный сахаръ и т. д. Діета та же, что при ниже описываемой *obstipatio spastica*.



Спеціальныя дієтетическія рецепты см. въ приложеніи. Механическое леченіе заключается въ теплыхъ или горячихъ промываніяхъ.

Въ тяжелыхъ случаяхъ, если не удастся устранить запоръ лекарственными средствами, я назначаю по утрамъ и вечерамъ клизмы слѣдующаго состава:

1 чайная ложка танина, 1 столовая ложка крахмала, 1 литръ теплой воды ( $32^{\circ}$ — $33^{\circ}$  R). Съ тою же цѣлью рекомендуется *Argentum nitricum* 0,5—1:1000, черничный экстрактъ (1 столовая ложка на  $\frac{1}{4}$  литра воды) и т. д. Такъ какъ многіе не совсѣмъ индифферентно относятся къ этимъ средствамъ, то ихъ примѣненіе ограничивается клинкой, а при амбулаторномъ леченіи можно безбоязненно употреблять танино-крахмальныя клизмы, прибавляя къ нимъ 10—15 капель Т. Оріі.

Въ случаяхъ средней тяжести очень цѣлесообразно назначать больнымъ дѣлать каждое утро вливаніе 1 литра горячей Карлсбадской воды, или 1 чайную ложку искусственной соли на 1 литръ воды. Послѣ нихъ колики и поносы чрезвычайно быстро прекращаются, такъ какъ уменьшается раздраженіе слизистой оболочки.

Въ легкихъ случаяхъ не дѣлають никакихъ клизмъ.

Массажъ въ всѣхъ случаяхъ противопоказанъ; въ крайнемъ случаѣ допустимъ лишь легкій массажъ въ видѣ поглаживанія, если одновременно больной страдаетъ неврастеніей.

Бальнеологическое леченіе зависитъ съ одной стороны отъ состоянія желудка, а съ другой отъ интенсивности катарра.

Если отсутствуетъ HCl въ желудочномъ сокѣ, то даютъ воды поваренной соли, Homburg, Wiesbaden или Kissingen; причемъ, въ легкихъ случаяхъ, т.е. при вяломъ или регулярномъ стулѣ, даютъ воду слегка подогрѣвъ, въ среднихъ случаяхъ—до температуры тѣла и въ тяжелыхъ только маленькими дозами и притомъ, какъ можно, болѣе горячей.

При нормальной же кислотности или при гиперхлорхидріи (*gastritis acida*) даютъ Karlsbad, Neuenahr, Franzensbad, Marienbad, Vichy, Эссентуки или Боржомъ, въ тѣхъ количествахъ и той же температуры, какъ въ предыдущемъ. У хорошо упитанныхъ людей показанъ Karlsbad, у анемичныхъ, исхудалыхъ болѣе нѣжное Vichy и Эссентуки. Въ общемъ даютъ по 2—3 стакана въ день,



2 стакана утромъ натошакъ и одинъ стаканъ передъ ужиномъ. Въ бѣдной практикѣ назначается натуральная соль вмѣсто источниковъ, которую больные сами растворяютъ въ водѣ соотвѣтственной температуры.

При катаррахъ кишечника съ запорами даютъ утромъ чатошакъ  $\frac{3}{4}$  чайной ложки Карлсбадской соли или 1 чайную ложку соли Vichy въ  $\frac{1}{4}$  литра воды, если пациенту не доступно курортное лечение.

Курсъ леченія минеральной водой нужно продолжать 4—6 недѣль и черезъ 2—3 мѣсяца повторять, и такъ нѣсколько лѣтъ подъ рядъ.

Столовой водой при хроническихъ поносахъ можетъ служить известковый Rudolfsquelle (Marienbad), Arminiusquelle (Lippspringe) и Königsquelle (Wildungen).

Лекарственное лечение. Имѣеть цѣлью успокоить боли и урегулировать стулъ.

Вяжущія (adstringentia) я даю только въ случаяхъ длительныхъ діаррей и назначаю препараты таннина или висмута. Tannocol, Tannalbin, Tannoform, Tannigen и т. д. обладаютъ хорошимъ дѣйствіемъ въ дозахъ 3 раза въ день на кончикъ ножа и до  $\frac{1}{2}$  чайной ложки также, какъ и Bismutum subnitricum, Bismutum bitannicum, Bism. bisalicycum (Gastrosan) или Bism. betanaphtholicum (Orphol), Bismutose, Nosophen, Dermatol и т. д.; послѣдній особенно при туберкулезѣ кишечника, при которомъ bolus alba примѣняется тоже съ большимъ симптоматическимъ успѣхомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ помогаютъ также раньше широко примѣняшіеся: корень Rhatanhiaе, кора Cascariillae, Coto, Cimaruba, Catechu, настой Djamboe, radix Colombo, hignum Campechiapum и т. д.

При долго продолжающемся кашицеобразномъ стулѣ съ сильнымъ броженіемъ лучше всего давать соли кальція съ висмутомъ, въ такой напр. комбинаціи:

Rp. Calc. carbon.	Rp. Tannocol 3 раза по 0,5—1,0
Calc. phospor aa 25,0	Tannalbin такъ же.
Bismut. Salicyl. 5,0.	Tannigen такъ же.
3 раза въ день по 1 чайной ложкѣ	Bism. subnitr. такъ же.
послѣ ѣды.	

Болеутоляющими средствами служатъ белладонна, ментолъ, валерьяна и species carminativae. Я назначаю обыкновенно:



Rp. Extr. Bellad. 0,3—0,45	Rp. Spir. Menth. 5,0
Mass. pil. ut f. pil XXX.	Tinct. Bellad. 10,0
D.S. 3 раза въ день по 1 пи- люль послѣ ѣды.	Tinct. Val. simpl. 15,0 3 раза въ день по 30 капель въ коф. чашкѣ укропнаго настоя.

Rp. Extr. Bellad. 0,3  
Mentol. 1,0  
Tinct. Val. simpl. ad 30,0  
D.S. 3 раза въ день по 25 ка-  
пель.

Послѣднее время я употребляю при колитахъ и энтери-  
тахъ съ вялымъ дѣйствіемъ кишечника и сильнымъ газооб-  
разованіемъ 1) Magnesium-perhydrol (25%) Merk'a 3—4 р. въ д.  
по 1 таблеткѣ по 0,5 послѣ ѣды, 2) пилюли Goldhammer'a,  
содержащія много ментола и немного висмута 3 раза въ д.  
по 2—3 штуки.

Въ качествѣ домашняго средства даютъ успокаивающіе  
настои (carminativa) (тминъ, укропъ, валерьяна, мята); по-  
дробности см. ниже.

Лечение хроническаго катарра кишекъ вслѣдствіе чрез-  
вычайно большаго разнообразія въ теченіи болѣзни требуетъ  
много опытности и искусства со стороны врача. Если не вы-  
ходитъ толка отъ одного метода леченія и въ теченіи 2—3  
недѣль не наступаетъ улучшенія, то не падая духомъ надо  
перейти къ другому, такъ напр., если былъ назначенъ курсъ  
минеральной воды, то попробовать вяжущія средства и на-  
оборотъ.

Прогнозъ и теченіе. Лечение должно продолжаться  
нѣсколько лѣтъ, многіе больные должны всю дальнѣйшую  
жизнь строго придерживатьсѣ діеты, если они хотятъ чув-  
ствовать себя хорошо. При малѣйшихъ діететическихъ погрѣш-  
ностяхъ или простудѣ очень часто появляются рецидивы.  
Улучшеніе наступаетъ въ общемъ только мало-по-малу. Всѣ  
больные хроническимъ энтеритомъ нервны и ипохондричны,  
вслѣдствіе чего ухудшается прогнозъ и осложняется теченіе.  
См. въ гл. объ энтеритахъ.

### Приложеніе.

#### I. Enteritis membranacea.

Перепончатый катарръ толстыхъ кишекъ,  
который еще сейчасъ принимается нѣкоторыми авторами за  
„mυxoneurosis intestinalis“, представляетъ собою только хро-  
нической, поверхностной, излѣчимой катарръ толстой кишки,



сопровождающій *obstipatio chronica*, какъ мы увидимъ это ниже при изложеніи послѣдней. Такъ какъ *obstipatio chronica* бываетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ у неврастениковъ, преимущественно у женщинъ, то не удивительно, что *enteritis membranacea* наблюдается обычно у истеричныхъ и неврастеничныхъ субъектовъ. Онъ прекращается, когда прекращается запоръ; лучшимъ доказательствомъ, говорящимъ противъ его неврогеннаго происхожденія, служитъ то, что истерія и неврастенія часто продолжаются и послѣ излеченія запоровъ.

Слизистая колика или *colica mucosa* (Nothnagel) есть обостреніе хроническаго перепончатаго колита. Подробнѣе см. въ главѣ объ *obstipatio chronica*.

## II. Метеоризмъ и развитіе газовъ.

### (*Dyspepsia intestinalis flatulenta*).

Метеоризмомъ называется острое ненормальное вздутіе живота, флатуленностью же — хроническое ненормальное образованіе и выдѣленіе газовъ. Несмотря на то, что часто эти симптомы наблюдаются у нервныхъ людей, особенно у истеричныхъ, они, какъ мы сейчасъ увидимъ, являются слѣдствіемъ не нервной болѣзни, а к а т а р р а к и ш е к ъ, за исключеніемъ случаевъ закупорки кишечника. Очень рѣдко метеоризмъ происходитъ вслѣдствіе того, что больной наглотался воздуха.

Само по себѣ отхожденіе газовъ — явленіе нормальное; о патологической флатуленціи говорятъ только тогда, когда больные тяготятся имъ, когда они ощущаютъ колющія боли, пученіе и полноту при задержкѣ газовъ.

Задержка газовъ вызываетъ очень неприятныя явленія: приливы крови, тяжесть въ головѣ, сердцебиенія, субъективную одышку, чувство тоски, *angina spuria*, бессонницу, пониженіе аппетита, нерасположеніе къ какой бы то ни было дѣятельности, тянущія боли во всемъ животѣ, особенно въ изгибахъ толстой кишки, иррадирующія въ лопатки и симулирующія болѣзни сердца. Развиваются ли эти явленія рефлекторно вслѣдствіе раздраженія *p. splanchnici* или вслѣдствіе такъ наз. ауто-интоксикаціи, какъ думаютъ многіе авторы, я не берусь рѣшать. См. главу объ ауто-интоксикаціи.

Причина ненормальнаго накопленія газовъ въ кишечникѣ заключается въ застоѣ и броженіи жидкихъ каловыхъ массъ, перемѣшанныхъ



съ патологическимъ секретомъ кишечника (слизью).

При простомъ застоѣ (безъ катарра), какъ это бываетъ при атоническомъ запорѣ, нѣтъ никакой флатуленціи такъ же, какъ при тяжелыхъ общихъ катаррахъ съ сильными поносами. Въ обоихъ случаяхъ на лицо лишь одна изъ производящихъ причинъ. Напротивъ флатуленція бываетъ при всѣхъ изолированныхъ катаррахъ jejuni, ilei u colonicis, если только опорожнение кишечника задержано и, какъ часто случается, въ ободочной кишкѣ есть спастическія явленія. Сокращенная colon не пропускаетъ газовъ или пропускаетъ ихъ лишь съ болями (colica flatulenta), что и является препятствіемъ для передвиженія жидкаго бродящаго содержимаго подвздошной кишки въ ободочную или изъ слѣпой и восходящей въ поперечную.

Главныя мѣста образованія газовъ представляютъ собою ileum, coecum и colon ascendens, гдѣ застаиваются патологическія каловыя массы. Если же бродящія массы попадутъ въ поперечную или нисходящую ободочную кишку, то онѣ или быстро извергаются или же вслѣдствіе всасыванія жидкости такъ уплотняются, что броженіе или совсѣмъ прекращается или значительно уменьшается, такъ какъ въ сухомъ калѣ броженіе минимально, напр. при атоническомъ запорѣ.

Извѣстный метеоризмъ истеричныхъ происходитъ вслѣдствіе спазма colonicis и застоя и броженія катаррального жидкаго содержимаго подвздошной кишки. Это обычно встрѣчается у истеричекъ съ энтероптозомъ, которыя годами страдаютъ запорами и вслѣдствіе этого, какъ мы увидимъ въ соотвѣтствующей главѣ, получаютъ вторичный катарръ кишекъ.

Чрезвычайно характерный с и м п т о м ъ — прекращеніе стягиванія или болѣе послѣ отхожденія газовъ. Нужно опредѣленно спрашивать больныхъ объ этомъ явленіи. Большинство паціентовъ считаютъ свои боли за „схватки желудка“ или „тяжесть подъ ложечкой“. Флатуленція особенно сильна послѣ пучащихъ кушаній: капусты, стручковыхъ овощей, сырыхъ плодовъ, грубаго хлѣба и пироговъ, свѣжаго пива, холодныхъ напитковъ; чѣмъ больше целлюлозы въ блюдѣ, тѣмъ болѣе газовъ оно даетъ. Всѣмъ хорошо извѣстно, что даже у здоровыхъ послѣ такихъ блюдъ появляется нѣкоторая флатуленція.

Діагнозъ флатуленціи врядъ ли можетъ кого либо



затруднить, при остромъ же метеоризмѣ нужно быть очень осторожнымъ и имѣть въ виду возможность закупорки или стеноза кишекъ.

Дифференціальное распознаваніе между „тяжестью подъ ложечкой“ и „тяжестью въ животѣ“ очень трудно. Кромѣ расширенія желудка, истеріи и птоза, въ первомъ случаѣ она всегда находится въ зависимости отъ ѣды, во второмъ отъ наполненія поперечной кишки газами и прекращается съ отхожденіемъ ихъ. (См. во введеніи объ этомъ симптомѣ).

Леченіе. Терапія этого симптомо-комплекса, которому не удѣляется часто достаточнаго вниманія въ учебникахъ, настолько же трудна, какъ и важна въ практикѣ. Она должна: 1) устранить или улучшить катарръ, такъ какъ хроническіе катарры почти неизлѣчимы, 2) ограничить введеніе пищи, развивающей много газовъ, 3) способствовать отхожденію газовъ.

Это достигается слѣдующимъ образомъ:

1) Обыкновенно приходится въ такихъ случаяхъ имѣть дѣло съ легкими или средней степени катаррами (см. предыдущую главу), но не тяжелыми, такъ какъ при послѣднихъ не бываетъ никакого застоя патологическаго содержимаго кишекъ; слѣдовательно, это катарръ съ запоромъ (спастическимъ) или запоромъ, смѣняющимся поносомъ.

Назначаютъ ту или иную минеральную воду, маленькими дозами—Kalsbad, Vichy, Homburg (см. предыдущую главу) или противобродильныя средства, которыя одновременно дѣйствуютъ вяжущимъ образомъ на слизистую оболочку кишечника, какъ Tannocol или Tannalbin, Menthol, Resorcin, Carbo vegetabilis (три раза по 1 чайной ложкѣ) и соли кальція. При *achylia gastrica* соляная кислота—панкреонъ.

Rp. Tannalbin 10,0

3 раза въ день по  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  г.

Rp. Calc. carb.

Calc. phosph. aa 26,0 3 раза въ день по 1 чайной ложечкѣ.

При запорѣ дается минеральная вода въ 28—30°R, при склонности къ поносу горячая; кромѣ того теплые набрюшники днемъ, на ночь компрессы Priessnitz'a и т. д., какъ при энтеритѣ.—Курсъ минеральной воды нужно продолжать мѣсяцами и повторять черезъ нѣкоторое время.

2) Строго воспрещаются выше упомянутыя блюда, дающія много газовъ, свойства которыхъ хорошо извѣстны публикѣ. Разрѣшаются: бѣлый хлѣбъ, кэксы, черный, пеклеванный хлѣбъ, мясо (исключая гусей, утокъ, жирной свинины и



баранины), свѣжія яйца, шпинать, цвѣтная капуста, спаржа, морковь, стручки, молодая зеленая фасоль, пюре изъ моркови, каштановъ, рисъ, манная каша, саго, лапша, макароны, масло, сыры сливочные, Gervais, Camembert, Neufchatel, картофельное пюре (1—2 столовыхъ ложки) чай, жидкій кофе, мучные супы, красное вино, лимонадъ, сладкіе напитки, особенно яблочный мусъ, мармеладъ, мелкіе сладкіе фрукты;—молоко и картофель я позволяю лишь въ небольшихъ количествахъ.

3. Даютъ *carminativum*. Чтобъ уничтожить кишечный спазмъ, назначаютъ белладонну и ментолъ въ такомъ видѣ:

Rp. Menthol 3,0

Extr. Bellad. 0,3

Mass. pill. XXX

S. 3 раза въ день по одной пилюль.

Rp. Extr. Bellad. 0,15

Tapocoll 10,0

3 раза въ день 1 малую щепотку на кончикъ ножа при кашицеобразномъ стулѣ.

Rp. Tinct. Bellad. 10,0

Tinct. Valer. simpl. 20,0.

3 раза въ день по 25 капель

въ чашкѣ горячаго настоя мяты.

Въ легкихъ случаяхъ удовлетворяются *species carminativae*: настой валерьяны, перечной мяты, укропа, тмина  $\bar{a}a$  25,0, 2 раза въ день по 1 столовой ложкѣ на чашку кипятку, утромъ и вечеромъ, также хорошо съ 8—10 каплями Tinct. Bellad.

Въ общемъ лечение увеличеннаго газообразованія то же, что хроническаго колита.

### III. Sigmoiditis и Pericolitis.

1. Sigmoiditis. Острое воспаление *flexurae sigmoideae* бываетъ изолированнымъ или же частичнымъ проявленіемъ общаго энтероколита послѣ инфекции интоксикаціи, (ртуть) или охлажденій. Обычно оно переходитъ въ хроническое состояніе, такъ какъ лечится недостаточно заботливо и является тогда очень упорнымъ, трудно преодолимымъ страданіемъ.

Субъективные симптомы—жгучія, тянущія боли по длинѣ *flexurae* и *colonis descendents*, объективные—при хронической формѣ—колбасообразное утолщеніе органа, слизисто-гнойное, даже кровянистое отдѣленіе поверхъ оформленнаго кусочками кала, при острой формѣ—жидкія испражненія. Изслѣдованіе сигмоскопомъ открываетъ набуханіе, покраснѣніе, осаднѣніе слизистой и гнойное отдѣляемое на ней.



Лечение острой формы состоитъ въ строгомъ постельномъ содержаніи, холодныхъ компрессахъ и слизистой діетѣ; при хронической формѣ—горячія припарки и мѣстное лечение антисептическими, вяжущими растворами. Подробности см. въ главѣ „proctitis“. Въ очень тяжелыхъ случаяхъ, какъ при дизентеріи, нужно дѣлать временную colostomi'ю.

2. Colitis gravis и Pericolitis. Последнее время Rosenheim и Sonnenburg обратили вниманіе на эти локализованные въ какомъ-нибудь участкѣ толстой кишки, преимущественно поперечной, воспалительные процессы.

Болезнь бываетъ, какъ и вышеописанный sigmoiditis, острой и хронической и излѣченіе приходитъ вслѣдствіе образованія суженій или спаекъ; серозная оболочка вовлечена въ процессъ.

Больные ощущаютъ въ пораженномъ мѣстѣ рѣзкую боль, жженіе и схватки; бываютъ поносы, лихорадка и тошнота; прощупывается кольцеобразное, очень чувствительное къ давленію затвердѣніе. Иногда извергаются кишечникомъ на ряду съ жидко-кашицеобразными испражнениями кровь и гной.

При локализациі въ colon ascendens легко смѣшать съ appendicit'омъ.

Лечение: въ острыхъ и подострыхъ случаяхъ—постельное содержаніе и холодные компрессы, (пузырь со льдомъ), легкая нераздражающая діета, внутрь по Rosenheim'у (D. M. W. 1908, 7—8) 3 дня подрядъ 0,02 Calomel черезъ 2 часа, затѣмъ 0,5 Bismuth. subnitr. черезъ 2 часа, пока испражненія не стануть твердыми. Обычно такъ излечиваются эти тяжелые случаи инфекціонныхъ колитовъ съ периколитами съ лихорадкой.

#### Казуистика.

Катарръ тонкихъ кишекъ. Georg B., 19 лѣтъ, чиновникъ. 6—7 недѣль назадъ былъ поносъ и желтуха, въ продолженіе 2 недѣль, съ тѣхъ поръ ощущеніе напряженія и вздутія вокругъ пупка, особенно по утрамъ, облегченіе послѣ отхожденія газовъ, которое часто болѣзненно, аппетитъ плохъ, стулъ разъ въ день, мягкій, оформленный. По вечерамъ часто сильныя боли въ животѣ, рѣзкое ухудшеніе всѣхъ ощущеній послѣ капусты, жаренаго картофеля, пива и т. д. Худой, блѣдный пациентъ, печень увеличена, область пупка чувствительна къ давленію. Послѣ карлсбадской соли, легкой діеты, ментола съ Colombo быстрое улучшеніе.

Enterokolitis. Wilhelm., F., 50 лѣтъ, каменьщикъ. Много лѣтъ профузные поносы, тяжесть подъ ложечкой послѣ твердой пищи, щемящія боли въ животѣ.—П. З. совершенно ахиличенъ, О. К. 6., испражненія жид-



ки, содержать много слизи.—Улучшение послѣ постельнаго содержанія, горячих компрессовъ, крѣпящей діеты, белладонны, Тапосоля, горячаго чая, Rakoczy и HCl.—При возобновленіи прежнихъ занятій (работа полуодѣтымъ при постройкѣ), постоянно рецидивы.

Bertha, L., 38 лѣтъ, замужняя. — 4—5 лѣтъ тяжесть подѣ ложечкой послѣ твердой пищи; 2—3 года поносъ 4—5 разъ въ день, особенно послѣ пучащихъ блюдъ и холодныхъ напитковъ — *Catarrhus apicis utriusque*, желудочный сокъ совершенно ахиличенъ, стулъ слизистый. Стойкое улучшение (8 лѣтъ) отъ крѣпящей діеты и таноколя.

Emil R., 41 года, кучерь. 2 мѣсяца тяжесть подѣ ложечкой послѣ твердой пищи, послѣ пучащихъ блюдъ неприятныя ощущенія во всемъ животѣ и поносы.—О. К. П. З. 8. Прекращеніе всѣхъ разстройствъ послѣ крѣпящей діеты, HCl, Rakoczy. (Относительно свѣжій случай).

Carl K., 40 лѣтъ, аптекаръ. — Со времени студенчества, когда шилъ много пива, склонность къ поносамъ и рвотамъ, 1 годъ сильная изжога *vomitus matutinus*, колики и поносы. Стулъ нѣсколько лѣтъ кашицеобразный, послѣдній годъ довольно жидкій, 1—3 раза въ день, смѣшанный со слизью, особенно послѣ молока, никакого похуданія, такъ какъ аппетитъ и столъ хорошіе.—О. К. П. З. 70, физическихъ аномалій не обнаружено.—При крѣпящей діетѣ, маленькихъ дозахъ горячаго Vishu и танноколѣ длительное улучшение.

Siegmund, T., 45 лѣтъ, купецъ.—4—5 лѣтъ очень нервень, каждые 3—4 мѣсяца жженіе въ желудкѣ по нѣсколько недѣль, болѣзненные стягиванія въ области эпигастрія, кашицеобразный или оформленный, но толщиной съ мизинецъ стулъ, въ видѣ короткихъ губкообразныхъ кусочковъ, вызываемый погрѣшностями въ діетѣ и куреніемъ; больной очень раздражителенъ, частые ложные позывы на низъ, облегченіе послѣ отхожденія газовъ. Послѣ курса Karlsbad'a выздоровленіе.

### Изъязвленія слизистой оболочки кишекъ (включая дизентерію).

Изъязвленія встрѣчаются на всемъ протяженіи кишечнаго канала, отъ *duodenum* до *anus*, и бываютъ различной формы и величины отъ эрозій величиной съ булавочную головку до изъязвленія въ серебряный рубль.

Этіологія въ высокой степени разнообразна. Бываютъ пептическія, катарральныя, декубитальныя, токсическія, эмболическія, уремиическія, злокачественныя и инфекціонныя (Тбс, сифились, тифъ, дизентерія) язвы. Пептическія встрѣчаются только въ *duodenum* или послѣ *gastro-enterostomi* и въ *jejunum* (см. въ главѣ объ язвахъ желудка).—Катарральныя—происходятъ вслѣдствіе усиленія воспалительнаго процесса такъ же, какъ эрозии и изъязвленія желудка при кислотѣ гастритѣ (см. выше).—Декубитальныя—происходятъ вслѣдствіе давленія твердыхъ каловыхъ массъ, на слизистую оболочку, чаще всего въ слѣпой кишкѣ и въ правой и лѣвой



пехига; а также отъ сдавленія сосѣдными органами (желчные камни, матка, опухоли, травмы).—Туберкулезныя язвы часто бываютъ распространены по всей подвздошной и ободочной кишкѣ, особенно въ области соесит и образуютъ тамъ узловатые опухоли, напоминающія злокачественныя новообразованія.

Діагнозъ основывается на слѣдующихъ симптомахъ, которые я привожу по Nothnagel'ю; „изъязвленія кишечника часто могутъ протекать безъ симптомовъ; даже при большомъ количествѣ ихъ и сильномъ распространеніи; нерѣдко симптомы совсѣмъ не соотвѣтствуютъ интенсивности анатомическихъ измѣненій. Надежными признаками ..... являются лишь гной и частички тканей въ испражненіяхъ. Очень важный признакъ, но къ которому всегда нужно относиться съ осторожностью, составляетъ присутствіе крови въ испражненіяхъ. Напротивъ жидкій характеръ стула и частота его не имѣютъ никакой цѣны для діагностики“.

Обыкновенно можно подозрѣвать язву кишекъ въ тѣхъ случаяхъ, когда бываетъ больше 6—8 испражнений въ 24 часа, особенно при легочномъ туберкулезѣ.

Кровь обнаруживается путемъ химическаго и микроскопическаго изслѣдованія. Передъ изслѣдованіемъ 2—3 дня не даютъ больному ѣсть никакого мяса, чтобы содержащійся въ мясѣ гемоглобинъ не далъ повода къ ошибкѣ. Лучше всего дѣлать алоиновую и бензидиновую пробы. Если реакція положительна и можно исключить язву желудка, то это съ большой вѣроятностью говоритъ за изъязвленіе кишечника.

Для микроскопическаго изслѣдованія испражненія выливаютъ на черную тарелку и отыскиваютъ при помощи лупы сѣро-красныя частицы (или чистую кровь), въ которыхъ можно найти большія количества лейкоцитовъ и туберкулезныхъ бациллъ.

Боли могутъ совершенно отсутствовать при язвахъ кишечника, слизи—находиться меньше, чѣмъ при *catarrhus simplex*. Если одновременно съ язвами большая часть слизистой оболочки заболѣваетъ катарромъ, то можетъ развиваться тяжелый поносъ до 20 разъ въ сутки.

Прогнозъ зависитъ, конечно, отъ основной болѣзни, но онъ не абсолютно плохъ; даже при туберкулезныхъ яз-



вахъ наблюдалось клиническое выздоровленіе, правда очень часто съ образованіемъ стенозовъ.

Терапія большей частью симптоматическая. Діета та же, что при тяжеломъ катаррѣ кишекъ, т. е. желудевое какао, рисъ, манная каша, черничное вино, черничный экстрактъ, мучные сулы и т. д., при дизентерійныхъ изъязвленіяхъ преимущественно молочная діета, изъ лекарствъ Dermatol (3 раза по 1,0 g.), Tannocol (3 раза по 1—2 g.), Bi subn. (4 раза по 1,0 g.), Bismutose (3 раза по  $\frac{1}{2}$  чайной ложки). Кальціевыя соли (Calc. carb. + Calc phosph. aa, 3 раза въ д. по 1 чайной ложкѣ), Bolus alba 3 раза въ день по полной чайной ложкѣ; механически—ирригаціи  $\frac{1}{2}$ —1 литра слѣдующихъ растворовъ температуры тѣла: Arg. nitric 0,2—0,3:1000, Acid. salicyl. 1:300, Thymol 1:1000 и выше упомянутыя танино-(1 чайная ложка)-крахмальные (1 столовая ложка) клистиры по 1 литру.

Опій для облегченія болей и какъ stypticum, конечно, можно назначить при очень тяжелыхъ случаяхъ, такъ же, какъ и белладонну. Я даю Ext. Opii три раза по 0,06 въ пилюляхъ, Extr. Bellad. 3 раза по 0,02 или въ тинктурѣ. Можно рекомендовать также кофеинъ и героинъ.

Въ тяжелыхъ случаяхъ—постельное содержаніе и теплые компрессы. Если случай дизентеріи становится слишкомъ угрожающимъ, то показана операція; временное наложеніе anus praeternaturalis dexter, чтобы прекратить прохожденіе каловыхъ массъ черезъ ободочную кишку или appendicotomy для леченія больной ободочной кишки промываніями,—леченіе, которое цѣликомъ нужно поручить хирургу.

### Тифлитъ и аппендицитъ.

Общія замѣчанія. Тифлитъ и аппендицитъ являются специфическими формами катаррального и язвеннаго пораженія кишечника, обусловленнаго особыми анатомическими отношеніями, изложеніе которыхъ здѣсь я считаю неумѣстнымъ.

Клинически нужно отличать typhlitis stercoralis отъ appendicitis, а въ послѣднемъ appendicitis simplex (catarrhalis), purulenta и perforativa-gangraenosa.

Эта болѣзнь бываетъ преимущественно въ возрастѣ отъ 10 до 40 лѣтъ, рѣже позже; часто у наслѣдственно предрас-



положенныхъ, чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ. Характерна для нея склонность къ рецидивамъ. У стариковъ червеобразный отростокъ часто облитерируется, почему такъ рѣдко заболѣваютъ въ старости. Богатство органа аденоидной тканью создаетъ благопріятную почву для частой инфекціи *bacterio coli* и другими микроорганизмами.

Причиной заболѣванія большей частью является острый и хроническій катарръ въ области слѣпой кишки; причеиъ *typhlon* и *appendix* переполняются жидкимъ разлагающимся каломъ; послѣдній частью задерживается въ узкомъ каналѣ и ведетъ къ образованію конкрементовъ, а эти съ своей стороны — къ изъязвленіямъ и стенозамъ, послѣдніе же къ дилатациі, эмпіэмѣ, перфорациі и гангренѣ органа.

Въ наше время совершенно отказались отъ прежде очень распространеннаго воззрѣнія, что инородныя тѣла, какъ плодовые зерна, рыбы кости и т. д. остаются по ту сторону *Gerlach*'овскаго клапана и вызываютъ заболѣваніе. Напротивъ, нельзя не придавать нѣкотораго значенія тому мнѣнію, что чрезмѣрное употребленіе мяса, ведущее къ запорамъ и вторичнымъ катаррамъ, способствуетъ широкому распространенію болѣзни.

Симптоматологія настолько общеизвѣстна, что объ ней можно не упоминать въ книжкѣ, спеціально посвященной практическимъ врачамъ. Нужно лишь отмѣтить, что боль часто относится пациентомъ къ области эпигастрія.

Для діагноза и дифференціальнаго распознаванія главное значеніе имѣють четыре симптома: 1) боль, 2) опухоль, 3) лихорадка, 4) задержка стула.

Дифференціальный діагнозъ Заболѣванія сосѣднихъ органовъ легко смѣшать съ аппендицитомъ, а именно *nephrolithiasis*, *invaginatio*, *colitis acuta*, ущемленныя грыжи, *ileus*, даже *cholelithiasis*. На практикѣ сводится къ рѣшенію двухъ вопросовъ: 1) *typhlitis stercoralis* или *appendicitis* и 2) настолько ли тяжела форма аппендицита, что необходима операція?

Часто дифференціальное распознаваніе очень трудно. *Boas* говоритъ объ этомъ такъ: „діагностика *typhlitis stercoralis*, отграниченіе его отъ аппендицита при современномъ состояніи науки возможно лишь съ большою осторожностью“.



Въ общемъ я пользуюсь на практикѣ слѣдующими принципами для дифференціальной діагностики.

### 1. Typhlitis stercoralis acuta.

а) Боль тупая, щемящая, колющая, рѣдко коликообразная, больше кнаружи и кверху къ colon ascendens, уменьшающаяся отъ горячихъ компрессовъ, послѣ отхожденія газовъ и испражнений. Большею частью боль чувствительнѣе при захватываніи кишки рукой, чѣмъ при надавливаніи въ глубину; б) опухоль колбасообразная, соотвѣтствующая colon и coecum; въ случаѣ поноса нѣтъ опухоли, но получается плескъ и урчанье; в) лихорадки или совсѣмъ нѣтъ, или она соотвѣтствуетъ одновременно протекающему катарру кишекъ (напримѣръ, при лѣтнихъ поносахъ—высокая); д) стулъ рѣдко задержанъ, большею частью оформленный, но тонкій, что при аппендицитѣ чрезвычайно рѣдко. Тифлитъ протекаетъ преимущественно съ упорнымъ поносомъ, хотя бываетъ не мало и исключеній.

### 2. Typhlitis stercoralis chronica (такъ наз. Pseudo-appendicitis).

а) Боль держится годами, мѣняясь въ своей интенсивности; по характеру тянущая, жгущая, колющая, давящая, рѣдко очень рѣзкая, больше кзади, нежели въ точкѣ Mc. Burney'я, успокаивающаяся при лежаніи въ постели, отъ горячихъ компрессовъ, послѣ отхожденія газовъ и легкаго поглаживанія по направленію кверху; б) опухоль, если задержанъ стулъ, колбасообразная; в) лихорадки нѣтъ; д) стулъ перемѣнчивъ, то вялъ, то жидокъ, много газовъ, увеличеніе которыхъ усиливаетъ боль.

Это заболѣваніе, называемое также typhlocolitis—частичное проявленіе хроническаго катарра кишекъ. Оно бываетъ какъ первичнымъ послѣ непосредственныхъ вредныхъ вліяній, такъ и вторичнымъ въ теченіи хроническаго запора (см. о немъ). Сюда относятся случаи бесполезно оперированнаго аппендицита.

### 3. Appendicitis catarrhalis simplex.

а) Боль интенсивная, рѣжущая, сверлящая, увеличивающаяся при давленіи на точку Mc. Burney'я, иррадирующая во всѣ стороны, усиливающаяся отъ тепла, уменьшающаяся отъ холода; б) опухоль большею частью величиной съ мизи-



нецъ, упругая, болѣзненная; часто не прощупывается ограниченной опухоли, но лишь диффузная, тѣстообразная припухлость; с) лихорадка большей частью очень высока— $40^{\circ}$ , рѣдко меньше, ознобы; d) стулъ большей частью задержанъ, *defense musculaire* ясно выражено, также симптомъ Blumberg'a: рѣзкая боль при внезапномъ подыманіи пальца послѣ надавливанія.

#### 4. Appendicitis purulenta и gangraenosa.

а) Боль очень сильная, перитонитическая, рвущая, уменьшающаяся отъ холода и увеличивающаяся отъ горячихъ компрессовъ, иррадирующаа; б) опухоль большей частью бываетъ и растеть такъ сказать на глазахъ, достигая величины кулака, очень болѣзненная; с) лихорадка большей частью очень велика,  $40^{\circ}$ , рѣдко ниже, ознобъ; d) стулъ обыкновенно задержанъ.

- Огромное увеличеніе количества лейкоцитовъ въ крови по Curschmann'у—вѣрный признакъ гнойнаго аппендицита.

#### 5. Appendicitis larvata (Ewald).

а) Боль неопредѣленная, часто совсѣмъ отсутствуетъ въ илео-цекальной области; б) опухоли нѣтъ, червеобразный отростокъ часто утолщенъ и болѣзненъ при давленіи, и особенно при обостреніяхъ; с) лихорадки нѣтъ; d) стулъ временами діаррейный.

#### 6. Рецидивирующій аппендицитъ.

а) Боль приступами, мѣсяцами отсутствуетъ, болѣе или менѣе интенсивная, сообразно характеру хроническаго аппендицита; б) опухоль постоянная, внѣ приступа меньше, во время него больше, можетъ и совсѣмъ исчезать; с) лихорадка бываетъ почти при каждомъ приступѣ, d) стулъ большей частью вялый.

Резюме: поносъ, или поносъ въ перемежку съ запоромъ говоритъ въ общемъ за тифлитъ, такъ же, какъ и запоръ безъ лихорадки; запоръ съ высокой лихорадкой—за аппендицитъ, такъ же, какъ и запоръ съ паратифлитическимъ набуханіемъ, съ лихорадкой или безъ нея; экстрацекальные припуханія съ высокой лихорадкой почти всегда говорятъ въ пользу аппендицита. Боль сама по себѣ имѣеть мало значенія.



Лечение консервативное—при typhlitis и appendicitis simplex, оперативное—при appendicitis perforativa и gangrenosa (во время приступа), при appendicitis larvata (когда больнь слишкомъ рѣзко выражена) и при рецидивирующей формѣ (à froid, т. е. по прекращеніи приступа).

а) Консервативное лечение: діета—только жидкости, молоко, чай, какао, сливки, бульонъ, овсяный отваръ, вино съ желткомъ; изъ лекарствъ 3—4 раза въ день по 0,02—0,03 Extr. Bell., при рвотѣ per rectum двойное количество, при очень сильныхъ боляхъ 3—4 раза въ день 0,06—0,1 Extr. Opіi или 15—20 капель Tinct. Opіi, при поносахъ безъ лихорадки stypticum (Tannocol), съ лихорадкой Mixt. acid. mur., при запорѣ масляныя клизмы; наружно при высокой лихорадкѣ — пузырь со льдомъ, при средней (38—39°) компрессы по Priessnitz'у, при отсутствіи лихорадки горячія припарки, термофоръ при typhlitis chronica грязевыя ванны или припарки (Franzensbad, Тамбуканское озеро, лиманы) и указанное при спастическомъ запорѣ лечение. Здѣсь же показано предложенное Sonnenburg'омъ лечение рициновымъ масломъ, но послѣднее совершенно не годится при малѣйшемъ подозрѣніи на настоящій аппендицитъ.

б) Операція дѣлается немедленно у юныхъ субъектовъ, когда приступъ протекаетъ съ  $t^{\circ}$  39° и выше; у болѣе взрослыхъ можно выждать 1—2 дня, такъ какъ у нихъ большей частью уже есть сращенія, мѣшающія дальнѣйшему распространенію гноя; когда же гнойное воспаление привело уже къ перитониту или поддіафрагмальному абсцессу, то операцію можно и не дѣлать, въ виду ея полной безцѣльности.

**Прогнозъ.** Около 90% случаевъ, въ особенности негнойныхъ, выздоравливаетъ безъ хирургическаго вмѣшательства. Цѣлый рядъ гнойныхъ случаевъ имѣетъ прободеніе въ кишечникъ или пузырь и кончается естественнымъ излеченіемъ. Изъ оперированныхъ умираетъ около 2%.

#### **Назуистика** остраго и хроническаго тифлита.

Rosa E., 32 лѣтъ.—2 недѣли назадъ колики послѣ погрѣшности въ ѣдѣ (пиво и груши) и жгучая боль въ области слѣпой кишки, запоръ, лихорадки нѣтъ.—Послѣ термофоровъ, постельнаго содержанія и вливаній масла медленное выздоровленіе; позднѣе послѣ погрѣшности въ діетѣ рецидивъ.

H., 23 лѣтъ, жена парикмахера. Многіе годы вялость стула съ коликами, нѣсколько недѣль тупая, давящая боль въ области слѣпой кишки, 5 дней схваткообразныя боли тамъ же, стулъ вялый.—Каловая опухоль, болѣз-



ненность при давленіи, лихорадки нѣтъ. Послѣ 8-дневнаго постельнаго содержанія съ горячими компрессами выздоровленіе.

Gustav L., 40 лѣтъ, шапочный торговецъ.—Послѣдніе 1—2 года очень частыя боли въ области слѣпой кишки, особенно послѣ долгаго стоянія. Послѣ покоя въ постели преходящее улучшеніе.—Черезъ нѣкоторое время выпала паховая грыжа, при ношеніи соответствующаго бандажа прекращеніе „болей въ слѣпой кишкѣ“.

### Опухоли кишечника.

За исключеніемъ опухолей прямой кишки, о которыхъ рѣчь впереди, новообразованія кишечника встрѣчаются рѣдко. По v. Leube, напримѣръ, 80% раковъ кишечника приходится на прямую кишку, 15% на слѣпую и ободочную и только 5% на тонкія кишки. Бываютъ также кишечныя саркомы, фиброміомы и полипы.

Діагнозъ возможенъ тѣмъ раньше, чѣмъ ниже сидитъ суживающее кишечникъ новообразованіе. Карцинома *colonis ascendentis* вызываетъ значительно позднѣе явленія непроходимости, чѣмъ напримѣръ, карцинома *flexurae sigmoideae*, такъ какъ проходящій черезъ нее калъ жидокъ. Діагнозъ основывается на слѣдующихъ симптомахъ:

1. Кахексія и прочіе общіе симптомы рака, указывающіе на присутствіе злокачественной опухоли.

2. Боль; неопредѣленное ощущеніе боли, когда нѣтъ никакого стеноза; напротивъ, коликообразныя, интенсивныя стягивающія боли, когда уже есть стенозъ кишечника, особенно при опухоляхъ ниже *flexurae lienalis*.

3. Запоръ или псевдодіарреи, т. е. у больныхъ частые (6—10 разъ) позывы, но выходитъ преимущественно или слизь, которал можетъ быть перемѣшана съ кровью и гноемъ, или калъ толщиною съ карандашъ. При распространенномъ изъязвленіи кишечной карциномы бываютъ непреодолимые поносы.

4. Кишечныя кровотеченія у лицъ, имѣвшихъ до того здоровый кишечникъ; когда можно исключить геморрой. Кровь въ испражненіяхъ открывается путемъ химическаго и микроскопическаго изслѣдованія.

5. „Окочененіе“ кишечника, т. е. видимое рѣзкое напряженіе ободочной кишки, большей частью поперечной, выше суженнаго мѣста.

6. Опухоль, большей частью подвижная, которую относительно поздно удается прощупать, когда пациентъ уже кахектиченъ и его брюшныя покровы расслаблены; у энте-



роптотиковъ съ отвислымъ животомъ ее удается прощупать раньше. Опухоль тверда, бугриста.

Во всякомъ сомнительномъ случаѣ нужно производить изслѣдованіе рентгеновскими лучами.

Дифференціальная діагностика иногда очень трудна. Нужно принимать во вниманіе туберкулезныя и стеркоральныя опухоли слѣпой кишки, *skybala* въ *S. gomanum* и поперечной ободочной кишкѣ, желчные камни, опухоли опущеннаго желудка, опухоли желчнаго пузыря и *pancreatis*, ретроперитонеальныя кисты, опухоли почекъ (карциномы и эхинококки), смѣщенные почки и селезенку, инородныя тѣла и т. д.

Терапія возможна только хирургическая и, чѣмъ раньше произвести операцію, тѣмъ лучше. Если больные отказываются отъ операціи, то нужно слѣдить только за тѣмъ, чтобы былъ жидкій стулъ, примѣняя касторовое масло, *Karlsbad*'скую соль, горькія воды и ревенъ каждые 2—3 дня или назначая масляныя клизмы каждые 2—3 дня по  $\frac{1}{2}$  литра.

Діета должна быть такова, чтобы пища давала возможно мало остатковъ въ кишечникѣ; слѣдовательно нужно давать молоко, сливки, масло, мучные супы, яйца, нѣжное мясо и рыбу, бульонъ, фруктовое пюре, фруктовые соки, медъ. Изъ лекарствъ лучше всего экстрактъ белладонны, какъ болеутоляющее средство, 3 раза въ день по 0,02 *per os* или 3 раза по 0,05 *per rectum*. Опій менѣе хорошъ.

Въ частной практикѣ можно также употреблять дорого стоящіе питательные препараты, какъ соматоза, роборать, пуру, эйказинъ, санатогенъ и т. д.

#### Казуистика.

Carl H., 56 лѣтъ, рабочій. Около  $\frac{1}{2}$  года шоколаднаго цвѣта кашицеобразныя испражненія, часто съ коричневыми и сѣроокрасными частицами; постепенное ухудшеніе, неопредѣленныя боли въ животѣ, до 12—15 испражнений въ сутки, увеличивающаяся кахексія.—Объективно ничего, кромѣ крови въ испражненіяхъ; опухоли нѣтъ, кахексія.—Пациентъ медленно погибъ. Аутопсія обнаружила распространенную изъязвившуюся карциному въ *Flexura lienalis*.

#### Смѣщенія кишечника.

(Отвислый животъ и пр.)

А. Врожденныя смѣщенія (Аномаліи). Помимо *situs inversus*, особенное клиническое значеніе имѣетъ смѣщеніе слѣпой кишки съ аппендиксомъ и *S. gomanum*, вслѣд-



ствіе необычной длины ихъ брыжжеекъ, Такими врожденными перемѣщеніями нужно объяснить наблюдаемый иногда лѣвосторонній аппендицитъ и *volvulus flexurae sigmoideae*.— Въ грыжевомъ мѣшкѣ при врожденныхъ мошоночныхъ грыжахъ находили слѣпую кишку. Какъ курьезъ нужно упомянуть о діафрагмальныхъ грыжахъ, при которыхъ желудокъ лежитъ въ грудной полости.

При *habitus enteroptoticus*, о которомъ подробнѣе см. въ отдѣлѣ о желудкѣ, *colon transversum*, соотвѣтственно низкому стоянію большой кривизны лежитъ отъ рожденія очень низко: на уровнѣ пупка или на палецъ ниже, геср. выше него.

Не только почки, но и слѣпая кишка и червеобразный отростокъ могутъ быть подвижными. И тогда по *Hausmann*'у рѣчь идетъ о *соеcum mobile*, которая впрочемъ не имѣетъ никакого значенія въ противность блуждающей почкѣ. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ оперировать блуждающую слѣпую кишку т. е. фиксировать ее, какъ это, къ сожалѣнію, часто дѣлается.

## В. Приобрѣтенныя смѣщенія.

### I. Общія,

- а) конституціональнаго характера,
- б) мѣстнаго характера.

### II. Частичныя (грыжи, опухоли и т. д.)

I. Общій энтероптозъ бываетъ а) при врожденномъ *habitus enteroptoticus*, при разслабленіи брюшныхъ стѣнокъ (роды) и при исчезновеніи жирового слоя вслѣдствіе общаго исхуданія; б) при отвисломъ животѣ безъ *habitus enteroptoticus* (роды, быстрое исхуданіе при чахоткѣ, карциноматозѣ и т. д. субъектовъ, бывшихъ раньше хорошаго питанія).

II. Отдѣльные участки кишечника могутъ вслѣдствіе своей собственной тяжести опускаться внизъ. Таковую тяжесть придаютъ имъ опухоли или каловыя массы. При привычномъ запорѣ и слабости кишечныхъ стѣнокъ ободочная кишка можетъ принять видъ латинскаго М, такъ что середина *colon. trans.* опускается до самаго лобка. Я видалъ нѣсколько такихъ случаевъ.

Къ той же категоріи частичныхъ смѣщеній кишечника относятся наружныя грыжи, о которыхъ не приходится



говорить въ этомъ руководствѣ по внутренней медицинѣ, и внутреннія грыжи.

**Діагнозъ.** Аномаліи положенія кишечника протекають, какъ таковыя, большею частью безъ симптомовъ и обнаруживаются случайно при пальпации по поводу какой-либо другой болѣзни напр., хроническаго запора, диспепсіи, колики и т. п., или во время рентгеноскопіи, или же онѣ ведутъ къ такимъ смѣщеніямъ кишечной трубки, что происходитъ ileus. Точная діагностика этого рода ileus'a большей частью невозможна; она не выходитъ за предѣлы нѣкотораго вѣроятія, такъ какъ кромѣ внутреннихъ грыжъ цѣлый рядъ другихъ факторовъ можетъ вызвать ileus. Только вскрытіе in vivo или post mortem обычно выясняетъ подобные курьезы.

**Лечение.** При общемъ опущеніи можно ждаты пользы только отъ ношенія подходящаго бандажа („Hera“, „Mopoprol“, корсетъ для живота по Teufel'ю). Я рекомендую такой бандажъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ разстройства сильнѣе при стояніи, чѣмъ при горизонтальномъ положеніи, слѣдовательно при отвисломъ животѣ, при неприятномъ оттягиваніи реберныхъ дугъ, тяжести въ животѣ особенно послѣды, запорѣ, и желчнокаменной кошкѣ.

Послѣднее время по предложенію Rose (New-York) дѣлають бандажъ для отвислага живота изъ липкаго пластыря, прикрѣпляя четыре полоски (8—9 сант. шириною) къ грудной клѣткѣ и тазу. I полоска длиною 45 сант. отъ лобка къ грудины. II и III полоски длиною около 50 сантим. отъ лобка вправо и влѣво по ребрамъ до позвоночника, IV полоска поперекъ живота отъ одной подвздошной кости до другой.

Лѣтомъ нужно остерегаться развитія экземы. Бандажъ изъ липкаго пластыря носить 3—4 недѣли, а затѣмъ мѣняютъ. Кромѣ американскаго липкаго пластыря можно употреблять лейкопластъ Beyersdorsfa или „Dugan'a“ (подробности см. въ главѣ о гастроптозѣ).

Назначаютъ кромѣ того гимнастическія упражненія (сгибаніе и разгибаніе позвоночника) и массажъ, такъ какъ это можетъ укрѣпить брюшныя мышцы, а также курсъ откармливанія, чтобы увеличить отложеніе жира въ полости живота.

Лечение частичныхъ грыжъ относится къ области хирургіи.

### Вторичныя органическія болѣзни кишечника.

Суженія и расширенія кишекъ (исключая rectum).

Общія замѣчанія. Подобно тому, какъ стенозъ руроліи и эктазія желудка являются послѣдствіемъ первичнаго органическаго заболѣванія этого органа—язвы, карциномы,



перигастрита и т. д., точно такъ же и первичныя пораженія кишечника, какъ напр. язвы, сдавленія, новообразованія, сращения и т. под. ведутъ къ суженіямъ и расширеніямъ кишечнаго канала. Язва осложняется стягивающимъ рубцомъ, вслѣдъ за этимъ развивается гипертрофія и расширеніе центрального отрѣзка кишечника по общему правилу компенсаторной, концентрической гипертрофіи.

Стенозы кишечника относятся къ хроническимъ болѣзнямъ, но подъ вліяніемъ какого-нибудь случайнаго момента, какъ напр., задержка твердаго пищевого остатка, или воспалительнаго опуханія окружающей ткани они могутъ быть причиной острой закупорки кишекъ.

Стенозы двѣнадцатиперстной кишки уже изложены въ первой части книги вмѣстѣ со стенозомъ pylori; лечение обоихъ одно и то же.

Острыя расширенія безъ стенозовъ—происходятъ вслѣдствіе паралича мускулатуры; о нихъ будетъ рѣчь въ главѣ о закупоркѣ кишекъ.

Этіологія. Слѣдующія причины вызываютъ стенозы:

1. Въ кишечникѣ—новообразованія, зарубцевавшіяся туберкулезныя, сифилитическія, декубитальныя (послѣ ущемленія грыжи) язвы, твердые *skybala* въ складкахъ (*haustera*), частичное скручиваніе кишекъ, умѣренныя инвагинаціи, неполныя грыжи (*Littre*).

2. Въ брюшинѣ:—врожденныя и пріобрѣтенныя спайки, особенно послѣ травмъ, лапаротомій, холецистита, излеченныхъ перитонитовъ, аппендицитовъ и параметритовъ.

3. Въ сосѣднихъ органахъ:—сдавленіе переполненнымъ желчнымъ пузыремъ, лопастью шнуровой печени, кистами, эхинококками, беременной маткой при ретроверсии, новообразованіями органовъ большого и малаго таза, особенно овариальными кистами и пузырьными опухолями.

Симптоматологія. Кишечные стенозы, въ особенности тонкихъ кишекъ и ободочной до *flexura hepatica*, долго могутъ протекать безъ симптомовъ, во-первыхъ потому, что жидкій калъ можетъ проходить черезъ относительно суженное мѣсто, во-вторыхъ, вслѣдствіе развитія гипертрофіи мускулатуры, которая преодолеваетъ, большею частью созданное суженіемъ просвѣта кишки сопротивленіе. Даже стенозы *S. rotundum* долго могутъ такъ компенсироваться, (какъ при *Vitium cordis*), пока чрезмѣрное напряженіе не вы-



зоветь разстройства компенсаціи, послѣ чего болѣзнь уже обнаружится.

Первыми субъективными симптомами являются вялость стула, ощущение напряженія и стягиванія въ животѣ, сильныя колики, появляющіяся приступами и прекращающіяся только послѣ обильнаго опорожненія черезъ 2—3 дня; кромѣ того тошнота и склонность къ рвотѣ, общее безпокойство.

Объективно находятъ 1) калъ въ видѣ мелкихъ, короткихъ кусочковъ, часто много-гранной формы, толщиной съ карандашъ; иногда стулъ диарройный, если вторичный катарръ, находящійся выше стеноза. разжижаетъ застоявшійся калъ, 2) раньше другихъ симптомовъ описанное Nothnagel'емъ „окоченѣніе“ кишки, т.-е. видимая ошутимая тоническая контрактура отрѣзка кишки выше стеноза и 3) метеоризмъ.— Послѣ обильнаго опорожненія эти симптомы исчезаютъ.

Діагнозъ. Въ конкретномъ случаѣ приходится рѣшать: 1) есть ли вообще суженіе? Гдѣ оно? Какого оно происхожденія?

„Иногда“, говоритъ Nothnagel, „діагнозъ энтеро-стеноза ставится съ абсолютною точностью, иногда же онъ совсѣмъ невозможенъ; между этими крайностями лежитъ цѣлый рядъ случаевъ съ діагнозомъ болѣе или менѣе вѣроятнымъ“.

1. Когда у субъекта съ нормальнымъ до того стуломъ появляется вялость испражнений съ коликами и метеоризмомъ, стулъ мелкими кусочками, и видны „окоченѣнія“ кишки, мы можемъ признать развивающійся болѣе или менѣе быстро стенозъ просвѣта кишекъ.

2. При тоническомъ сокращеніи ободочной кишки суженное мѣсто находится большею частью вблизи S. g. tap., если же видна перистальтика тонкихъ кишекъ, что главнымъ образомъ наблюдается только при расхожденіи прямыхъ мышцъ и дряблыхъ брюшныхъ покровахъ, то суженіе лежитъ въ ileo-coecal'ной области.

3. Природу стеноза можетъ выяснитъ только длительное наблюденіе. Кровь и гной въ испражненіяхъ говорятъ за злокачественное заболѣваніе, равно, какъ и прощупываемость опухоли. Чтобъ поставить діагнозъ стеноза отъ сдавленія, необходимо тщательное изслѣдованіе всѣхъ сосѣднихъ органовъ, особенно прямой кишки и женскихъ половыхъ органовъ (см. въ общей части параграфъ о пальпаціи). Рентгеноскопія выясняетъ большею частью мѣстоположеніе суже-



нія, при этомъ можно вводить непросвѣчивающую среду, какъ черезъ ротъ, такъ и *per anum*

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи нужно имѣть въ виду лишь *obstipatio spastica*, при которой точно также съ коликами выдѣляются сдавленные, мелкаго калибра, испражненія. Различіемъ служитъ слѣдующее: долгіе годы предшествуетъ періодъ атоническаго (безболѣзненнаго) запора; испражненія покрыты слизистой перепонкой; при подходящей діетѣ и масляныхъ клизмахъ въ 3—4 недѣли появляется улучшение и образование толстаго, колбасообразнаго кала; „окоченѣніе“ кишекъ отсутствуетъ; вся ободочная кишка прощупывается, какъ твердый, болѣзненный жгутъ величиной съ мизинецъ.

Терапія. Внутреннее леченіе подробно изложено въ главѣ объ изъязвленіяхъ кишечника, оно состоитъ изъ назначенія маслянистой, возможно меньше остатковъ содержащей діеты съ большимъ количествомъ пюре изъ плодовъ, масляныхъ клизмъ, слабительныхъ и антиспастическихъ средствъ (3—4 раза въ день по 0,02—0,03 *Extr. Bellad. per os* или 0,03—0,05 *per. rectum*).—При часто повторяющихся приступахъ необходимо хирургическое вмѣшательство.

Необходимо въ каждомъ сомнительномъ случаѣ приглашать опытнаго въ брюшной патологіи хирурга.

Рекомендуется также при рубцовыхъ кишечныхъ стенозахъ *Thiosinamin*. Въ межлопаточную область инъецируютъ ежедневно по  $\frac{1}{2}$ —1 куб. сант. слѣдующаго раствора:

Rp. *Thiosinamini* 8,0.  
*Glycerini* 12,0.  
*Alcoholi dil.* 20,0.  
 D. S. Въ руки врача.

При подозрѣніи на *lues*, конечно, іодистый натръ внутрь.

### Закупорка кишекъ.

Общія замѣчанія. Ни одно кишечное заболѣваніе не требуетъ для своего распознаванія такъ много личнаго опыта и для успѣшнаго леченія такого вѣрнаго выбора терапевтическаго мѣропріятія, какъ острая закупорка кишекъ (*Ileus*). Умѣніе различить въ конкретномъ случаѣ, нужно ли примѣнить слабительное или *parcoticum*, ледъ или горячія припарки; нужно ли и когда именно оперировать,—является одной изъ труднѣйшихъ задачъ внутренней медицины.



Отвѣтственность здѣсь такъ велика, что необходимо всегда прибѣгать къ консультаціи съ другимъ врачомъ, если возможно, клиницистомъ или опытнымъ хирургомъ и при томъ, какъ можно раньше, чтобы сообща наблюдать за развитіемъ картины болѣзни, раньше, чѣмъ вторичные симптомы затемнятъ ее до неузнаваемости.

Понятно, если допускаютъ матеріальныя условія, нужно немедленно заботиться о соотвѣтствующемъ персоналѣ для ухода.

Этіологія. Тѣ же самыя причины, которыя приводятъ къ суженію кишекъ, вызываютъ вслѣдствіе постепеннаго ухудшенія и закупорку; не лишнее указать ихъ еще разъ. Чаще всего это наружныя и внутреннія грыжи, злокачественныя и доброкачественныя стенозы кишечника, перекручиваніе вокругъ оси, перегибы вслѣдствіе спаекъ сальника, инвагинаціи, спазмы и параличи кишечной мускулатуры и сдавленія патологически измѣненными сосѣдними органами (*retroflexio uteri gravidi!*)

Различаютъ три главные вида *ileus'a*:

1. *Ileus* вслѣдствіе закупорки (*obturatio*),
2. *Ileus* вслѣдствіе сдавленія (*compressio*),
3. *Ileus* вслѣдствіе перекручиванія (*strangulatio*)

Симптоматологія. Болѣе или менѣе остро образуется абсолютная задержка стула и газовъ, все болѣе и болѣе развивается метеоризмъ, тошнота, отрыжка, икота, колики, каловая рвота, холодный потъ, коллапсъ, перитонитъ, лихорадка; словомъ развивается извѣстная картина *Misegege* съ такъ наз. *facies hippocratica*.

Діагнозъ. *Nothnagel* говоритъ о немъ въ разныхъ мѣстахъ:

„Самому опытному хирургу и интернисту должно быть извѣстно, что каждый новый случай можетъ принести совершенно неожиданныя сюрпризы. Самое внимательное изслѣдованіе, самая остроумная діагностика, даже огромная личная опытность часто совершенно не помогаютъ дѣлу, трудности иногда бываютъ совершенно непреодолимыми.“

Раньше чѣмъ приступить къ анализу, нужно въ каждомъ частномъ случаѣ обратить вниманіе на два обстоятельства:

1. Нужно тщательно ощупать грыжевыя ворота, прямую кишку и матку, нѣтъ ли гдѣ-нибудь ущемленія грыжи или скрытно протекавшей до сихъ поръ стриктуры прямой кишки, или *retroflexio uteri gravidi*.



2. Не происходит ли задержка кала вслѣдствіе кишечной судороги или паралича безъ анатомическаго препятствія.

Судороги кишечника происходятъ чаще всего при свинцовыхъ коликахъ, затѣмъ при спастическомъ запорѣ (см. ниже), далѣе при остромъ колитѣ вслѣдствіе раздраженія кишекъ пищей (огурцы, плохо прожеванныя груши и т. д.), которая застряла въ складкахъ (наustra). Большею частью, у больного раньше былъ незамѣченный имъ колитъ, который подъ вліяніемъ грубой погрѣшности въ пищѣ, перешелъ въ colitis acutissima.

Атропинъ подкожно внутрь, высокія вливанія масла per rectum обычно хорошо здѣсь помогаютъ. Подобные пациенты, въ общемъ, хронически страдаютъ запорами. При этой формѣ бываютъ очень сильныя колики.

Параличъ кишекъ происходитъ вслѣдствіе отравленія опиумомъ (преступленія, злоупотребленія), перитонеальнаго шока при ушибахъ грыжъ, лапаротоміяхъ, разрыва беременной трубы, перфораций желудка и кишечника и вслѣдствіе прочихъ причинъ, вызывающихъ перитонитъ; далѣе при хроническомъ атоническомъ запорѣ. При этой формѣ никогда не бываетъ коликъ, есть лишь непріятное ощущеніе, урчаніе въ животѣ; часто не бываетъ совсѣмъ отхожденія газовъ. Примѣненіе атропина въ такомъ случаѣ было бы ошибочнымъ. Подъ кожу даютъ Physostigmin нѣсколько разъ по 0,001 или Peristaltikhormon Zülzer'a, который здѣсь вполне умѣстенъ. Можно попробовать слабительное, рициновое масло или каскару.

За перитонитъ, какъ причину, говоритъ лихорадка, которая однако можетъ и отсутствовать, упорная рвота, диффузная боль въ животѣ, особенно при мочеиспусканіи и распространенная чувствительность къ боли, особенно когда на лицо одинъ изъ вышеупомянутыхъ этиологическихъ моментовъ; пульсъ очень ускоренъ, еле ощутимъ; печеночная тупость исчезаетъ.

Если можно исключить, какъ причину Neus'a, грыжи, заболѣваніе прямой кишки, брюшины, а также схватки или параличъ кишекъ, то нужно предположить анатомическое препятствіе, настоящій характеръ котораго очень часто удается обнаружить лишь при вскрытіи; но положеніе его иногда удается установить, если приходится наблюдать больного съ самаго начала въ теченіи нѣсколькихъ дней.

Излюбленныя мѣста закупорки кишекъ:—1) plica duodeno-jejunalis, 2) мѣсто Мекелевскаго дивертикула, и 3) flexura sigmoidea. Большею частью удается выяснитъ, которое изъ этихъ трехъ мѣстъ поражено (см. таблицу въ концѣ главы).

Для опредѣленія мѣста закупорки надо обращать вниманіе на слѣдующіе симптомы:

1. боль,
2. метеоризмъ,
3. рвоту,



4. задержку клистировъ,

5. температуру.

1. Боль. При закупоркѣ ободочной кишки периодически появляющіяся (потугообразныя) колики продолжаются 1—5 минутъ, начинаясь соотвѣтственно расположенію ileus'a справа или слѣва, иррадируя во всѣ стороны, особенно въ спину; соотвѣтствующая часть ободочной кишки болѣзненна при давленіи.—При закупоркѣ тонкихъ кишекъ болѣе постоянныя боли и урчанія въ серединѣ живота, вокругъ пупка, область котораго болѣзненна при давленіи.—При перитонитѣ постоянная, рѣжущая, сверлящая боль.—При параличѣ кишечника никакой боли или только тупая, давящая и ощущеніе напряженія воздуха, соотвѣтственно метеоризму.

При закупоркѣ двѣнадцатиперстной кишки нѣтъ собственно болей въ кишкахъ, но скорѣе чувство стягиванія въ подложечной области, тошнота и рвота желчью.

2. Метеоризмъ. При медленно развившемся, и внезапно до ileus'a ухудшившемся, кишечномъ стенозѣ бываетъ видимый и ощутимый мѣстный метеоризмъ, выше мѣста закупорки, т. н. „окоченѣніе“ кишки, которое большею частью отсутствуетъ при внезапномъ закрытіи, такъ какъ отсутствуетъ гипертрофія мышцъ.

Если черезъ 24—36 часовъ послѣ начала ileus'a периферія живота (colon) вздута, а середина запала, это говорить за препятствіе въ ободочной кишкѣ, преимущественно въ S. roman или въ colon descendens; если напротивъ, черезъ такое же время периферія не вздута, а середина даетъ низкій тимпаническій звукъ, per rectum отходятъ еще газы и при высокихъ вливаніяхъ получается немного кала, то это говорить за закупорку выше Баугиніевой заслонки, предполагая что этотъ симптомъ находится въ согласіи съ характеромъ боли.

Черезъ 2—3 дня по состоянію метеоризма ничего нельзя заключить, такъ какъ весь кишечникъ бываетъ вздутъ.

3. Рвота. Упорная, не каловая рвота, всякой пищей, особенно съ примѣсью желчи говорить за перитонитъ или очень высоко сидящую закупорку (въ duodenum, въ рlіса duodeno-jejunalis, въ верхней части jejuni); каловая рвота черезъ 2—3 дня говорить за закупорку тонкихъ кишекъ; черезъ 4—5 дней за закупорку толстыхъ. При очень низко сидящемъ препятствіи, напр. между S. romanum и



gestum, она можетъ совершенно отсутствовать или появиться незадолго ante exitum черезъ 6—7 дней послѣ начала болѣзни.

4. Клизтиры. Если послѣ вливанія 500—700 к. с. воды или масла, жидкость сейчасъ же выходитъ обратно, то, вѣроятно, препятствіе расположено очень низко или сфинктеръ очень ослабленъ; если же удастся ввести 1—2 литра, то почти навѣрное ободочная кишка свободна.

5. Температура. Собственно при ileus'ѣ не бываетъ лихорадки, она развивается позже. Если лихорадка имѣется съ самаго начала болѣзни, то это говоритъ за первичный перитонитъ, если же она появилась позднѣе — за осложненіе перитонитомъ.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи нужно имѣть въ виду такъ много разновидностей ileus'a, что въ рамкахъ этой книжки ихъ изложить невозможно.

Таблица локализаціи ileus'a.

Симптомы.	I. Plica duodeno- jejunalis.	II. Diverticulus Mec- kelii.	III. Flexura sigmoi- dea.
Боль.	Стягивающая. Тошнота, боязнь рвоты.	Тянущая. Урчаніе, коликъ нѣтъ.	Схваткообразная. Сильныя колики
Метеоризмъ.	Подложечной области.	Въ серединѣ живота.	По периферіи.
Рвота.	Желчью.	Каловая черезъ 2—3 дня.	Каловая черезъ 5—6 дней или со- всѣмъ нѣтъ.
Клизтиры.	Возможны высокіе.	Возможны высокіе.	Невозможны высокіе.
Температура.	Лихорадки нѣтъ.	Лихорадки нѣтъ или она появляется гораздо позже	Лихорадки нѣтъ или она гораздо позднѣе.



Лечение. Внутренняя терапия при скручивании по оси и перекручиванияхъ естественно безсильна, при закупоркѣ же (obturation) и инвагинации она достигаетъ иногда кое какого успѣха.

Если нѣтъ коликъ и лихорадки, даютъ слабительное, 3—4 ложки *Ol. Ricini* или 1 столовую ложку *Karlsbad*'ской соли въ тепловатой водѣ и дѣлаютъ высокія вливанія 2—3 литровъ теплой воды (30—32°R), такъ какъ возможно, что дѣло заключается въ простой каловой закупоркѣ; кромѣ того нѣсколько разъ въ день подкожно *Hogmonal Zülzer*'а или *Эзеринъ* (0,001), атропина назначать нельзя ни въ коемъ случаѣ.

Если же есть колики съ умѣренной лихорадкой или безъ нея, то даютъ черезъ три часа по 0,001—0,0015 *Atropin. sulf.* (при рвотѣ подкожно) и вливаютъ 1—1½ литра горячаго кунжутнаго масла, если отъ водяныхъ клизмъ не получается испражнений.

Если же съ самаго начала у больного лихорадка, то пузырь со льдомъ и опій (0,1) + экстрактъ белладонны (0,05) въ суппозиторіяхъ 3 раза въ день или *Pantopon* внутрь или подкожно.

Въ пищу только шампанское, сливки, холодное, какъ ледъ молоко, лимонадъ (безъ газа) отваръ мяты, яйцо съ коньякомъ.

Эту терапію можно проводить 5—6 дней, если не появляется угрожающихъ симптомовъ, какъ каловая рвота, коллапсъ, нитевидный пульсъ, икота, лихорадка и сильная болѣзненность при надавливании живота.

При появлении же угрожающихъ симптомовъ нужно рекомендовать хирургическое вмѣшательство, если только причиной *ileus*'а не предполагается иноперабельный ракъ; въ послѣднемъ случаѣ, даютъ внутрь (если нѣтъ рвоты) или подкожно (при рвотѣ) опій и морфій, съ цѣлью успокоить боль; также поступаютъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда пациентъ и его окружающіе категорически отказываются отъ операции; можно сдѣлать также *anus praeternaturalis*.

Я считаю безцѣльнымъ приводить казуистическій матеріалъ вслѣдствіе безконечнаго разнообразія картинъ *ileus*'а; чрезвычайно рѣдко два случая протекаютъ одинаково.

### **Peritonitis acuta et chronica.**

Брюшина такъ часто заболѣваетъ въ концѣ концовъ при органическихъ желудочныхъ и кишечныхъ болѣзняхъ остраго и хроническаго характера, что изъ всѣхъ ея пораже-



ній здѣсь должно быть упомянуто, по крайней мѣрѣ, объ ея воспаленіяхъ тѣмъ болѣе, что перитонитъ, какъ было выяснено въ предыдущей главѣ, имѣеть значеніе для дифференціального распознаванія ileus'a.

Этіологія. За исключеніемъ рѣдкихъ, такъ называемыхъ идіопатическихъ формъ, перитонитъ является всегда, какъ осложненіе заболѣваній брюшныхъ органовъ, одѣтыхъ серозной оболочкой.

Сначала образуется мѣстный острый перитонитъ, т.-е. захватывающій относительно небольшое пространство; въ видѣ напр., вышеупомянутаго перигастрита при глубоко-проникающихъ язвахъ и злокачественныхъ новообразованіяхъ кишечника, или периколита, перитифлита, перидуоденита, перихолецистита, перисигмоидита при заболѣваніяхъ соотвѣтствующихъ органовъ; кромѣ того послѣ травмъ, воспаленій матки и ея придатковъ. Склеиваніе листковъ серозныхъ покрововъ препятствуетъ дальнѣйшему распространенію воспаленія послѣ перфорации.

Диффузный, общій перитонитъ послѣ перфораций происходитъ въ томъ случаѣ, если къ моменту прободенія не успѣли развиться или развились недостаточно прочныя спайки.

Хроническій мѣстный перитонитъ сопровождается хроническія изъязвленія; хроническій общій—большей частью туберкулезнаго характера.

Перитониты (ограниченные и общіе), такъ же, какъ и плевриты, бываютъ сухіе, слипчивые и экссудативные, серозные или гнойные, сообразно вызвавшей ихъ причинѣ; напр. поддіафрагмальный абсцессъ—ограниченная гнойная форма перитонита.

Діагнозъ. Часто симптомы бываютъ такъ не характерны для отдѣльныхъ формъ перитонита, что точный діагнозъ невозможенъ.

1. Мѣстный, слипчивый перитонитъ: постепенное начало; боли сначала только послѣ рѣзкихъ движеній, поднятія тяжестей, кашля, натуживанія при испраженіяхъ, позднѣе самостоятельныя боли, особенно при лежаніи на противоположномъ боку, когда происходитъ натягиваніе спаекъ, усиленіе боли при надавливаніи на больное мѣсто, также при сильной перистальтикѣ и значительномъ образованіи газовъ, лихорадки нѣтъ, очень рѣдко тошнота и рвота: опорожненіе кишечника въ зависимости отъ болей; иногда



утолщение, настолько значительное, что можно прощупать заболѣвшій органъ (при расслабленныхъ брюшныхъ стѣнкахъ).

Часто подобныхъ больныхъ считаютъ ипохондриками или истеричными, но нужно твердо помнить, что настоящія сильныя боли въ животѣ бываютъ исключительно при органическихъ болѣзняхъ.

Эта форма встрѣчается особенно часто въ видѣ перигастритовъ, периколитовъ, послѣ ущемленія грыжъ и лапаротомій.

Уменьшеніе болей достигается покоемъ, горячими припарками и уменьшеніемъ метеоризма и перистальтики.

2. Мѣстный, экссудативный перитонитъ (острый и подострый): онъ можетъ быть серознымъ или гнойнымъ (каловые абсцессы); можетъ прорваться или кнаружи, или внутрь органовъ (кишечникъ, мочевого пузыря); внезапное начало сильными болями въ опредѣленномъ мѣстѣ, такъ что больные немедленно должны лечь въ постель; ограниченная боль при давленіи, отчетливая ограниченная шарообразная резистентность; умѣренная, иногда высокая лихорадка; увеличеніе боли при опредѣленномъ положеніи и отъ горячихъ припарокъ, уменьшеніе отъ пузыря со льдомъ; рвоты мало, тошнота.

Эта форма бываетъ при хроническихъ изъязвленіяхъ, которыя перфорируются въ инкапсулированныя вслѣдствіе слипчиваго воспаленія полости; наблюдаются также послѣ травмъ (разрывы), если при благопріятныхъ условіяхъ скоро развиваются спайки.

3. Диффузный, острый экссудативный (серозный или гнойный) перитонитъ: Боль очень острая, постоянная, сверлящая, какъ ножами рѣжущая, очень рѣдко коликообразная, во всемъ животѣ, наиболѣе интенсивная въ мѣстѣ происхожденія (напр. appendix; желчный пузырь), отдающая во всѣ стороны, увеличивающаяся при малѣйшемъ движеніи и легчайшемъ прикосновеніи; очень частая рвота и икота, *facies hippocratica*, нитевидный пульсъ, почти незамѣтное облегченіе отъ пузыря со льдомъ или умѣренныхъ количествъ наркотическихъ, частые позывы на мочеиспусканіе, метеоризмъ, постепенно достигающій громадныхъ размѣровъ, часто полный параличъ кишекъ, такъ что совершенно задерживаются калъ и газы; не очень высокая лихорадка, которая при коллапсѣ можетъ спуститься до нормы; почти всегда *exitus letalis*.

Эта форма появляется всегда при перфорацияхъ желудочно-кишечнаго канала, желчнаго пузыря, трубъ и т. д., если спайка не успѣла образоваться.



4. Диффузный, хроническій перитонитъ,— преимущественно туберкулезнаго происхожденія или, какъ осложненіе рака брюшныхъ органовъ. Щемящія, рѣзущія боли появляющіяся то тутъ, то тамъ въ животѣ, вызываемыя перистальтикой и усиливающіяся при рѣзкихъ движеніяхъ и надавливаніи, уменьшающіяся отъ пузыря со льдомъ и белладонны (уменьшеніе перистальтики); умѣренный эксудатъ, часто инкапсулированный, умѣренная лихорадка или ея совсѣмъ нѣтъ; стулъ большею частью самостоятельный или небольшой запоръ; иногда тошнота и рвота; другіе признаки туберкулеза; теченіе отъ одного мѣсяца до года; исходъ—выздоровленіе или смерть отъ истощенія.

Терапія. 1. При ограниченномъ слипчивомъ перитонитѣ абсолютное постельное содержаніе, горячіе компрессы (нагрѣтый овесъ, термоформныя подушки, грязевыя припарки), внутрь 3 раза въ день по 0,02 extr. Belladon. въ зависимости отъ расположенія пораженія per os или per testum, 1—2 пѣявки на больное мѣсто; въ цѣляхъ профилактики поясъ для живота, грыжевой бандажъ, запрещеніе всякаго чрезмѣрнаго напряженія мышцъ живота (спортъ, тяжелая работа).

2. При каловомъ абсцессѣ постельное содержаніе, пузырь со льдомъ, также белладонна, 1—2 пѣявки или насѣчки.

3. При диффузномъ гнойномъ перитонитѣ остается лишь прибѣгать къ болеутоляющимъ средствамъ, лучше всего морфій (3 раза по 0,02—0,03) или атропинъ подъ кожу (3 раза по 0,001), ледяные компрессы (не мѣшки), смазываніе живота Ol. Terebenthinae. Вопросъ о хирургическомъ вмѣшателствѣ рѣшается ex consilio съ хирургомъ.

4. При хроническомъ перитонитѣ ледяные компрессы (полотенце охлажденное на льду), белладонна (3 раза по 0,02) или атропинъ (3 раза по 0,0005), иногда пѣявки, втираніе въ въ кожу живота зеленаго мыла, при ограниченномъ эксудатѣ—инцизии.

Діета при первыхъ двухъ формахъ состоитъ изъ легко всасываемой, укрѣпляющей, жидкой пищи (бульонъ, чай, кофе со сливками, beeftea, фруктовое мороженое, лимонады, коньякъ съ желткомъ, шампанское); при третьей—вино; при четвертой пища должна даваться легкая, но укрѣпляющая, ( $\frac{1}{2}$  литра сливокъ съ чаемъ или кофе, 3—4 желтка, 100—150 г. масла, пуддинги съ фруктовыми соками, курица, голубь, бѣлый хлѣбъ, икра, рисъ, лапша, легкіе овощи въ видѣ пюре, вино).



## Функціональныя болѣзни кишечника.

### Хроническій запоръ.

Общія замѣчанія. Мы говоримъ о хроническомъ привычномъ запорѣ (*obstipatio, constipatio*), когда самостоятельныя опорожненія кишечника совсѣмъ или почти совсѣмъ прекратились. Такимъ образомъ, бываетъ полный или неполный хроническій запоръ въ зависимости отъ того, всегда ли, постоянно, или часто, или лишь изрѣдка больные прибѣгаютъ къ слабительному или клизмѣ. *Obstipatio incompleta* съ образованіемъ такъ наз. „остаточнаго“ кала обычно предшествуетъ абсолютнаго запора.

Бываютъ люди, которые въ теченіе десятилѣтій чуть ли не съ 20-лѣтняго возраста, а иногда даже съ дѣтства, прибѣгаютъ къ слабительнымъ, совсѣмъ не чувствуя себя больными, и съ успѣхомъ употребляютъ то одно, то другое средство по совѣту врача или добраго пріятеля.

Однако у большинства больныхъ рано или поздно наступаетъ время, когда всѣ средства отказываются дѣйствовать и даже клизмы не вызываютъ послабленія. Только тогда они начинаютъ замѣчать свое страданіе, которое раньше принималось ими за *quantité négligeable* и обращаются къ врачу. Рѣдко мнѣ доводилось видѣть, чтобы больной прибѣгалъ къ моей помощи, если еще хоть какое-нибудь слабительное оказывало на него свое дѣйствіе.

Леченіе, понятно, тѣмъ легче, чѣмъ раньше больной начинаетъ рациональную терапію. Застарѣлыя, десятки лѣтъ продолжавшіеся запоры часто излечиваются только послѣ многомѣсячнаго леченія въ санаторіи.

Успѣхъ леченія зависитъ отъ того, насколько вѣрно опредѣленъ стадій и этиологія даннаго случая. Если это удастся, то рациональная терапія намѣчается сама собою и въ большинствѣ случаевъ увѣнчивается успѣхомъ.

Въ этой главѣ не говорится о запорѣ, какъ симптомѣ хроническаго колита, суженій кишечника и т. д., но только о привычномъ, самостоятельномъ запорѣ.

Запоръ сначала появляется, какъ сопутствующее явленіе другого заболѣванія и только постепенно развивается въ самостоятельную болѣзнь.

Этиологія. Причины хроническаго запора безъ особой натяжки можно раздѣлить на такія группы:



1. Дурныя привычки, небрежность, ложная стыдливость, недостатокъ времени, извѣстное сибаритство.

Къ этой группѣ больныхъ относятся многія дѣвушки и женщины, школьницы, пансіонерки, изъ стыдливости не удовлетворяющія своевременно позыву; также чиновники и дѣловые люди, занятые именно въ то время, когда появляется потребность. Мало-по-малу у этихъ людей вслѣдствіе противоположеннаго подавленія позыва теряется нормальное ощущеніе; ради удобства они обращаются къ слабительнымъ, привыкають къ нимъ, переходятъ отъ слабыхъ къ болѣе сильнымъ до тѣхъ поръ, пока уже совсѣмъ не будутъ въ состояніи обходиться безъ нихъ.

2. Недостатокъ движенія, сидячій образъ жизни, ожирѣніе.

Сюда относятся чиновники, бухгалтеры, кучера, ученые и т. д., которые большую часть дня сидятъ. Ожирѣлые субъекты также двигаются слишкомъ мало, и кромѣ того они мало пользуются брюшнымъ прессомъ, такъ какъ это для нихъ слишкомъ трудно.

3. Ослабленіе изгоняющихъ силъ кишечной мускулатуры и брюшного пресса, причины конституціональнаго характера.

Къ этой группѣ относятся люди съ врожденнымъ или приобрѣтеннымъ энтероптозомъ, главнымъ образомъ рожавшія женщины, у которыхъ образовался *post partum* отвислый животъ (расхожденіе прямыхъ мышцъ) и ослабленіе промежности вслѣдствіе надрывовъ.

Съ увѣренностью нельзя установить, анатомически ли ослаблена въ этихъ случаяхъ мускулатура толстыхъ кишекъ или же она только плохо иннервируется. Очень вѣроятно, что состояніе мускулатуры соотвѣтствуетъ состоянію всего тѣла такихъ больныхъ, обыкновенно плохо упитанныхъ и анемичныхъ, но, какъ показываетъ опытъ, слабость мускулатуры можетъ относительно быстро излечиваться; такъ что можно съ одинаковымъ основаніемъ считать ее и за чисто функціональное разстройство.

Къ этой группѣ относится бóльшая часть больныхъ. Очень часто можно отнести первые зачатки болѣзни къ первой беременности или къ первому дѣторожденію. Но эта форма хроническаго запора также часто бываетъ и у мужчинъ и нерожавшихъ женщинъ, если у нихъ имѣется *habitatus enteroptoticus* и общій упадокъ питанія. Слѣдовательно она соотвѣтствуетъ диспепсіи при атоніи желудка. Врядъ ли нужно повторять, что желудокъ и кишечникъ часто одно-



временно или одинъ вслѣдъ за другимъ поражаются этимъ функціональнымъ разстройствомъ.

4. Недостаточное и нецѣлесообразное питание.

Къ этой группѣ относятся больные съ плохимъ или извращеннымъ аппетитомъ; на примѣръ, чахоточные, неврастеники, а также тѣ, кто по незнанію питаются преимущественно бѣлковой пищей, и не употребляютъ зелени и овощей, предполагая, что этотъ родъ пищи недостаточенъ для укрѣпленія силъ. Особенно часто вслѣдствіе такого неправильнаго кормленія страдаютъ запоромъ дѣти.

5. Болѣзни желудка, при которыхъ количество пищи ограничено или она слишкомъ легка.

Сюда относятся органическія заболѣванія желудка, какъ на примѣръ хроническій гастритъ, язва и расширение, при которыхъ отчасти вслѣдствіе потери аппетита, отчасти изъ боязни появляющихся болей или же по совѣту врача больные избѣгаютъ пищи, образующей много остатковъ, а также и тѣ болѣзни, при которыхъ двигательная способность органа нарушена органическимъ препятствіемъ. Точно также количество пищи недостаточно при функціональныхъ заболѣваніяхъ желудка, такъ какъ больные избѣгаютъ ѣсть вслѣдствіе сопровождающихъ эти болѣзни тяжелыхъ ощущеній, тяжести и полноты въ эпигастріи, которые они принимаютъ за симптомы хроническаго катарра желудка.

6. Болѣзни кишекъ, катарры, воспаленія въ ileo-соесальной области, злоупотребленіе закрѣпляющими средствами.

Сюда прежде всего относится тифлитъ и аппендицитъ, которые часто лечатся такими большими дозами опія, что надолго остается вялость кишечника, съ трудомъ въ послѣдствіи устранимая. Тѣ же послѣдствія даютъ лапаратоміи, отчасти вслѣдствіе парализующаго дѣйствія наркотика, отчасти вслѣдствіе нарушенія дѣйствія брюшнаго пресса.—Хроническіе катарры кишечнаго канала также могутъ привести къ хронической вялости стула вслѣдствіе спастическаго состоянія мускулатуры толстой кишки, какъ мы это видѣли уже въ главѣ о кишечномъ катаррѣ; въ этомъ случаѣ запоръ—только симптомъ катарра кишекъ.



7. Нервные вліянія, истерія, табесъ, свинцовое отравленіе, *vagotonia*.

При истеріи дѣло доходитъ до хроническаго запора вслѣдствіе неправильной иннерваціи. Мускулатура можетъ или слишкомъ слабо или слишкомъ сильно сокращаться. Обычно здѣсь атоническая стадія предшествуетъ спастической, которая появляется тогда, когда въ кишкѣ уже есть катарральныя измѣненія.—Въ общемъ у истеричныхъ людей спастическія явленія появляются раньше, чѣмъ у лицъ съ здоровой нервной системой.

Разстройство иннерваціи при *tabes dorsalis* также ведетъ къ хроническому запору уже потому, что больные теряютъ правильный позывъ на низъ.

Хроническое свинцовое отравленіе ведетъ тоже къ спастическому запору. Какъ теперь признаютъ, здѣсь происходитъ параличъ *pervi splanchnici*, являющагося задерживающимъ нервомъ для автоматически дѣйствующихъ кишечныхъ ганглій. Въ далеко зашедшихъ случаяхъ отравленія происходятъ общеизвѣстныя свинцовыя колики, представляющія собою обостренія болѣзни.

Повышенная возбудимость системы блуждающаго нерва по *Eppinger's* и *Hess's* ведетъ къ нервному хроническому (спастическому) запору по аналогіи съ хроническими поносами при *Morbus Basedovi*.

8. Мѣстныя препятствія, стенозы и растяженія кишекъ, опухоли.

Въ такихъ случаяхъ хроническій запоръ представляетъ собою только симптомъ основной болѣзни. Рѣчь идетъ здѣсь объ опухоляхъ, суживающихъ отверстіе кишечника или сдавливающихъ кишку снаружи, объ увеличенной простатѣ, смѣщенной маткѣ, перитонитическихъ спайкахъ съ сосѣдними органами, какъ печень, передняя стѣнка живота и женскіе половые органы. Лапаротоміи и травмы часто даютъ поводы къ подобнымъ сращеніямъ. Часть кишки, находящаяся выше стеноза, слѣдуя общему закону, гипертрофируется, расширяется, какъ и желудокъ при стенозѣ *pylori*.

Причины запора удобнѣе всего распредѣлить на четыре группы:

1. Заболѣванія желудка, при которыхъ больные мало ѣдятъ, 2. скверныя привычки (неряшливость, сидячій образъ жизни, избытокъ мясной пищи), 3. консти-



туціональнныя причины (habitus enteroptoticus), 4. мѣстныя причины (отвислый животъ, retrovesio uteri; гипертрофія предстательной железы.

Здѣсь нужно упомянуть объ атоническомъ расширеніи flexurae sigmoideae, которое наблюдается главнымъ образомъ въ дѣтствѣ и можетъ повести къ громадному мѣшковидному расширенію этого отрѣзка кишечника; это происходитъ вслѣдствіе ненормально длинной брыжейки кишки и обусловленнаго этимъ перегиба. Это заболѣваніе, по имени впервые описавшаго его автора, носить названіе болѣзни Hirschsprung'a.

Діагнозъ очень труденъ, но возможенъ съ помощью рентгеновскихъ лучей. Лечение возможно лишь хирургическое.

Стадіи развитія хроническаго запора. Наряду со знаніемъ причинъ запора большое практическое значеніе для терапіи имѣетъ точное установленіе стадія развитія, въ которомъ находится данный случай. Если предлагаемое мною ниже подраздѣленіе страдаетъ нѣкоторой схематичностью и ходъ развитія болѣзни не всегда совпадаетъ съ указываемымъ мной, я все же безъ колебаній предлагаю его, такъ какъ на практикѣ оно оказывало мнѣ услугу.

1. Stadium atonicum. За исключеніемъ субъектовъ съ тяжелымъ невропатическимъ предрасположеніемъ обычно начинается съ этого стадія.

Мускулатура кишки слаба; тонусъ ея иннерваціи пониженъ.

2. Катарральнй стадій. Онъ слѣдуетъ за атоническимъ стадіемъ черезъ много лѣтъ или десятилѣтій (въ среднемъ черезъ 8—10 лѣтъ) вслѣдствіе раздраженія кишекъ твердыми каловыми сгустками и злоупотребленія слабительными. Этотъ стадій характеризуется присутствіемъ въ испраженіяхъ каловыхъ кусковъ, покрытыхъ слизистой перепонкой. Такимъ образомъ функциональное страданіе переходитъ въ заболѣваніе органическое—Colitis mucosa simplex.

3. Спастическій стадій. Онъ появляется тогда, когда вторичный катарръ и злоупотребленіе слабительными уже настолько сильно раздражили ободочную кишку, что происходитъ длительная гипертонія ея мускулатуры. У невропатическихъ людей, особенно у истеричныхъ этотъ стадій появляется значительно раньше.

Въ анатомическомъ отношеніи этотъ стадій представляетъ собою colitis membranacea и соотвѣтствуетъ ascendens typ Stierlin'a, мучо neurosis другихъ авторовъ и является еще болѣе сильной степенью хроническаго катарра кишекъ. Чѣмъ сильнѣе застой каловыхъ комковъ въ кишкѣ, тѣмъ сильнѣе выдѣленіе Либеркюновскихъ железъ. Такъ какъ ка-



ловыя массы часто по нѣскольکو дней задерживаются въ сокращенной кишкѣ, то изъ слизистыхъ массъ резорбируется жидкость и вслѣдствіе вяжущаго дѣйствія кислаго кала онѣ превращаются въ перепончатая образованія; послѣднія выдѣляются порой среди рѣзкихъ схватокъ то отдѣльно, то обволакивая каловыя массы.

Эти слизистыя колики представляютъ обостреніе перепончатаго колита. Когда сокращеніе кишки слишкомъ велико и закупорка ея просвѣта слизью слишкомъ значительна, природа облегчаетъ себя могучимъ выбрасываніемъ препятствія, протекающимъ съ большими болями. Больные извергаютъ при этомъ иной разъ цѣлый стаканъ слизи, которая, будучи погруженной въ воду, распадается на перепонки. Послѣ изверженія комка слизи больные надолго освобождаются отъ болѣзненныхъ явленій и представляютъ лишь картину спастическаго запора, пока съ новымъ приступомъ не будутъ снова извержены массы слизи.

4. Стадій стеркоральныхъ діаррей. Въ далеко зашедшихъ случаяхъ вторичнаго катарра кишекъ хроническій запоръ можетъ перейти въ хроническій поносъ, если превалируетъ катарръ. Подобные больные жалуются на чередованіе у нихъ поносовъ съ запорами. Послѣ періода недѣльнаго поноса на долгое время устанавливается абсолютный запоръ. Такіе случаи рѣдки и бываютъ преимущественно въ зрѣломъ возрастѣ (30—40 лѣтъ) у долго болѣвшихъ. Вторичный катарръ настолько выдвигается на первый планъ, что его происхожденіе изъ хроническаго запора удается выяснитъ лишь путемъ тщательнаго изслѣдованія.

Дифференціальная діагностика отдѣльныхъ стадій.

Атоническій стадій. Больные не жалуются ни на что, кромѣ вялости стула, тяжести въ головѣ, нерасположенія къ работѣ и т. под. Слабительныя дѣйствуютъ, но ихъ часто приходится мѣнять, нѣтъ ни болей, ни флатуленціи, ни метеоризма. Клизмы тоже всегда оказываются дѣйствительными. Объективно находятъ стулъ нормальной формы и консистенціи, т.-е. онъ большого калибра, и покрытъ только нормальнымъ количествомъ слизи. *S. romanum* и большею частью *colon transversum* наполнены каловыми массами, что легко обнаружить пальпаціей, *rectum* тоже часто бываетъ переполнена каломъ.



Катарральный стадій объективно устанавливають на основаніи примѣси къ стулу слизи, субъективно—появленіемъ флатуленціи послѣ соотвѣтствующей пищи, какъ напр., овощей дающихъ много газовъ, пироговъ, жирнаго мяса, холодныхъ напитковъ и т. д.

Спастическій стадій обнаруживается почти всегда одновременно съ *enteritis membranacea*; отличить его отъ атонического можно по слѣдующимъ признакамъ:

а) У больныхъ очень часто бываютъ колики: въ легкихъ случаяхъ *colica flatulenta*, въ тяжелыхъ—только что упомянутая *colica mucosa*. Каждый случай хронического запора, протекающій съ приступами болей, относится къ *stadium spasticum*, и въ это время уже обнаруживаются признаки катарра кишекъ.

б) Слабительныя или совсѣмъ не дѣйствуютъ, или дѣйствуютъ лишь въ чрезмѣрныхъ дозахъ и съ большими болями. Точно также клизмы остаются большею частью безъ результата.

в) Объективно находятъ твердыя, какъ дерево, величиной съ мизинецъ контрактуры *colon transversum* и *S. gitatum*. Кромѣ того *colon* чувствительна къ давленію.

г) При пальпаціи прямую кишку находятъ или совершенно пустой и сокращенной или же наполненной каломъ толщиной съ мизинецъ, тогда какъ при атоническомъ запорѣ прямая кишка вся наполнена каловыми массами. Иногда при пальпаціи пальцы ясно ощущаютъ, какъ сокращается кишка.

е) Испражненія мелкаго калибра, съ мизинецъ толщиной, часто еще тоньше, кантообразной формы, поперечникъ ихъ почти квадратный. Было бы большою ошибкой изъ этого дѣлать заключеніе объ органическомъ стенозѣ въ нижнемъ отрѣзкѣ ободочной кишки. Эта конфигурація испражнений можетъ произойти исключительно вслѣдствіе спастического состоянія кишечной мускулатуры. Во многихъ случаяхъ испражненія состоятъ изъ отдѣльныхъ короткихъ кусочковъ, тогда какъ при атоническомъ запорѣ они большого калибра или большими комками и даже бываютъ толщиной съ руку ребенка.

ф) Очень часто кромѣ этого наблюдается *enteritis membranacea*. Въ сомнительныхъ случаяхъ, чтобъ убѣдиться, развился ли онъ уже, даютъ мыльный суппозиторій и изслѣдуютъ выдѣленія въ теплой водѣ, въ которой легко



замѣтитъ плавающія массы слизи. Можно также по Voas'у промывать кишку порціями въ 1—2 литра воды и изслѣдовать промывныя воды на присутствіе слизи; съ тою же цѣлью можно успѣшно пользоваться промывнымъ аппаратомъ *Zweig's*. (*Therapie der Gegenwart*, April 1906).

На основаніи этихъ субъективныхъ и объективныхъ симптомовъ въ большинствѣ случаевъ можно установить стадію хроническаго запора.

Слизистую колику очень легко узнать, такъ какъ обычно пациенты приносятъ съ собою характерныя испражненія, въ полной увѣренности, что у нихъ ленточная глиста.

Стадій слизистой діарреи, такъ-назыв. стеркоральную діаррею, тоже не трудно узнать. Нужно лишь удостовѣриться, предшествовалъ ли ему многолѣтній періодъ запоровъ, или же заболѣваніе началось поносами, тогда дѣло идетъ о первичномъ колитѣ.

Леченіе. Для рациональнаго леченія хроническаго запора необходимо въ каждомъ конкретномъ случаѣ установить съ помощью анамнеза и объективнаго изслѣдованія (пальпація и изслѣдованіе кала), каковы причины запора и въ какомъ стадіи онъ находится.

Атоническая форма. Терапія, стремящаяся добиться полнаго выздоровленія т.-е. самостоятельныхъ опорожненій кишечника, должна производиться слѣдующимъ образомъ.

Гигіена. Тщательными предписаніями нужно такъ урегулировать образъ жизни пациента, чтобъ всѣ предрасполагающіе къ запору моменты были устранены, т.-е. совѣтовать дѣлать побольше движеній, при сидячемъ образѣ жизни рекомендовать всякаго рода гимнастику, велосипедную ѣзду, плаваніе, верховую ѣзду и т. д., такіе больные по крайней мѣрѣ должны ходить пѣшкомъ на службу и обратно, въ школу и т. д.

Въ качествѣ гимнастическаго упражненія, особенно для женщинъ съ разслабленными брюшными стѣнками, рекомендуютъ утромъ и вечеромъ слѣдующія упражненія: подыманіе 6—10 разъ туловища, при закинутыхъ за голову рукахъ, сгибаніе туловища впередъ и назадъ, вращеніе туловища вокругъ продольной оси, сгибаніе и разгибаніе ногъ.

Само собою понятно, что всѣмъ пациентамъ, получившимъ запоръ вслѣдствіе небрежности, должно напомнить о необходимости позаботиться о стулѣ ежедневно послѣ утрен-



няго завтрака, даже если нѣтъ позыва. Сидѣнье должно быть низкимъ, чтобъ больнымъ удобно было натуживаться. Натуживаніе можно производить съ перерывами.

Механическое леченіе. Пациентамъ съ энтероптозомъ, отвислымъ животомъ и расхожденіемъ прямыхъ мышцъ даютъ подходящій бандажъ и массируютъ ихъ сначала ежедневно, позднѣе 2—3 раза въ недѣлю. Обыкновенно назначаютъ 25—30 сеансовъ.

По Metzger'у массажъ дѣлаютъ въ пять приѣмовъ слѣдующимъ образомъ:

1. Руку смазываютъ слегка вазелиномъ, кладутъ выпрямленную ладонь на область слѣпой кишки и поглаживаютъ всю ободочную кишку до flexura, которую сильно надавливаютъ, возвращаются къ coecum. затѣмъ кругъ начинаютъ снова. Массируютъ 5—8 минутъ.
2. Указательнымъ и среднимъ пальцемъ правой руки массируютъ всю кишку по направленію къ заднему проходу спиралеобразными движеніями.
3. Разминаніе. Производятъ разминаніе всей кишки отдѣльными участками между двумя руками.
4. Сотрясеніе. Плотнo накладываютъ на животъ руку, растопыривъ пальцы и встряхиваютъ его такимъ образомъ.
5. Поколачиваніе локтевыми поверхностями правой и лѣвой руки попеременно по ходу кишечника.

Массажу можно научиться практически.

Послѣднее время успѣшно примѣняется вибраціонный массажъ, для котораго нуженъ электрической токъ.

Иногда помогаетъ пальпаторный массажъ, который начинаютъ съ с-образной кишки и продолжаютъ назадъ до слѣпой.

Первые 1—2 недѣли курса часто приходится прибѣгать къ помощи клистира (по  $\frac{1}{4}$  литра комнатной воды черезъ день послѣ завтрака). Часто можно ограничиться мыльно-глицериновыми суппозиториями.

Нужно прибавить, что слабительныя строго воспрещаются и больнымъ должно быть рекомендовано каждое утро послѣ завтрака стараться вызвать послабленіе.

Гидротерапія. Слѣдуетъ назначать только холодныя процедуры при атонической формѣ, а именно холодныя обтиранія, души, полуванны и купанія.

Электризація. Въ упорныхъ случаяхъ назначаютъ фарадизцію сильными токами, сеансъ по 5 минутъ, (плоскій электродъ на животъ, ректальный—въ rectum). Предварительно вливаютъ въ прямую кишку 100—150 куб. сант. тепловатой воды, при посредствѣ стеклянной воронки и кишечной трубки Naunyn'a, чтобы образовать контактъ между слизистой оболочкой и электродомъ. Главнымъ образомъ въ



случаяхъ табеса я получалъ такимъ способомъ длительные результаты.

Діѣта должна давать много остатковъ, т. е. должна содержать много целлюлезы, а также раздражать кишку. Въ меню входятъ холодные напитки, по утрамъ стаканъ простой холодной воды, содовой воды, *Arrolinaris* и т. д. съ фруктовымъ сиропомъ или безъ него (напримѣръ малиновымъ, лимоннымъ и пр.); солодовый кофе, чай и молочные продукты: пахтанье, простокваша, молочный сахаръ, двухдневный кефиръ, масло; прежде всего всякія овощи, фрукты, сырые и вареные, даже кислая капуста и стручковые овощи; пумперникель, медовые пряники; мясо во всѣхъ видахъ, но въ ограниченномъ количествѣ; изъ винъ только бѣлыя (*Mosel, Rhein*) бѣлое *Bordeaux* (*Hautes Sauternes*). Запрещаются закрѣпляющія блюда, напримѣръ, красное вино, какао, мучные супы, рисъ, манная крупа, саго и т. д. Спеціальныя меню смотри въ приложеніи.

Лекарства. Если хроническій запоръ не является основной болѣзью, а только сопутствующимъ явленіемъ другой органической болѣзни кишечника, желудка или другихъ органовъ, то нельзя примѣнять вышеупомянутой тяжелой діѣты и приходится обратиться къ слабительнымъ. Таковы случаи артеріосклероза, пороковъ сердца, болѣзней почекъ, тяжелое ожиреніе, діабетъ и особенно *habitus apoplecticus*, далѣе женскія болѣзни и, конечно, хроническій аппендицитъ и стенозы кишечника. Для однократнаго дѣйствія лучше всего касторовое масло 2—3 столовыхъ ложки или 8—10 капсуль, также стаканъ горькой воды или чайную ложку карлсбадской соли натошакъ въ стаканѣ тепловатой воды. Изъ домашнихъ средствъ цѣлесообразны: настой стручковъ 8—12 штукъ) сенны, льняное и маковое масло (2—4 столовыхъ ложки), *fructus rhamni katharticae* ( $\frac{1}{2}$ —1 столовую ложку на чашку кипятку въ видѣ декокта), стручки манны, пилюли изъ алоэ, ялапы, мыла въ общеизвѣстныхъ прописяхъ.

Для длительнаго употребленія примѣняютъ:

1. Тамаринду, въ 9 часовъ вечера по  $\frac{1}{2}$ —1 штукѣ.
2. *Vinum Sagradae*, вечеромъ 1—2 чайныхъ ложки.
3. *Pulv. Liquir. comp.* вечеромъ  $\frac{1}{2}$ —1 чайную ложку.
4. Таблетки ревеня вечеромъ по 0,5.

5. Настой *St.-Germain*, 1 столовую ложку на чашку на ночь.



6. Cortex Frangulae также.
7. Таблетки Sagrada Barber.
8. Marienbad'sкія, швейцарскія, Kissingen'sкія пилюли.
9. Pulv. rad. Rhei 10,0, Natr. sulf. и bicarb. aa 20,0 вечеромъ по  $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ.
10. Для перемѣны Purgen, слабительныя конфекты Ecodin, Regulin, пилюли Cascarin, таблетки Rheopurgin, Pelistaltin и т. д.

Въ острыхъ случаяхъ можно рекомендовать еще подофилинъ (0,05).

**Катарральная форма.** Въ принципѣ лечение то же, что при атоническомъ запорѣ, разница лишь въ степени; массажъ долженъ быть болѣе легкимъ, изъ діеты должны быть выброшены пучащія блюда, какъ капуста, простокваша, стручковые плоды. Если катарральная форма, представляющая собою переходную форму отъ атонической къ спастической, все болѣе приближается къ послѣдней, то и лечение должно съ этимъ сообразоваться.

**Спастическая форма.** Лечение совершенно иное. Enteritis membranacea и слизистая колика лечатся и устраняются одновременно съ запоромъ, только при слизистой діарреѣ требуется антикатарральное лечение. При лечении не должно упускать изъ виду, что здѣсь кишечникъ раздраженъ, слизистая оболочка въ легкомъ катарральномъ состояніи и мышцы гипертонизированы.

Изъ гигиеническихъ мѣръ рекомендуется возможный покой, особенно послѣ ѣды; въ тяжелыхъ случаяхъ у невропатическихъ субъектовъ безусловно необходимо двухъ-трехнедѣльное постельное содержаніе, напр. въ санаторіи, если больные не могутъ дома обезпечить себѣ нужный покой. Конечно, всякіе психическія раздраженія должны быть устранены отъ такихъ больныхъ, иначе лечение не дастъ успѣха.

**Механическое.** Массажъ противопоказанъ; такъ какъ онъ еще болѣе увеличиваетъ тонусъ кишечника. Въ крайнемъ случаѣ разрѣшается легкое поглаживаніе (effleurage). Животъ нужно держать въ теплѣ, при помощи шерстяного на брюшника, бандажи показаны лишь при отвисломъ животѣ.

Блестящіе результаты получаютъ въ такихъ случаяхъ отъ леченія масломъ по Fleiner'у. Обыкновенно, я назначаю вливаніе по вечерамъ, передъ сномъ 3—400 куб. сант. ol. Rapae или Sesami или Olivarum температуры тѣла, въ



положеніи на лѣвомъ боку или въ колѣнно-локтевомъ положеніи и при посредствѣ стеклянной воронки съ соединительной трубкой и трубки для прямой кишки *Naunyn'a*. Послѣ вливанія больные должны полежать съ четверть часа на животѣ; завязать его компрессомъ и положить между ногъ кусокъ ваты. Не слѣдуетъ забывать предупреждать больныхъ о необходимости подстилки на постель, а то они будутъ избѣгать леченія масломъ вслѣдствіе его неопрятности. Масло должно быть задержано по крайней мѣрѣ до слѣдующаго утра. Въ началѣ достаточно дѣлать вливаніе черезъ 2 дня, позднѣе черезъ 3 дня. Я рекомендую больнымъ, какъ только появится въ теченіе дня самостоятельное испражненіе, дѣлать слѣдующее вливаніе масла вечеромъ того дня, когда опорожненія не было.

Масло растворяетъ твердые каловые сгустки (*Skybala*), которые часто по цѣлымъ днямъ сидятъ въ складкахъ и поддерживаютъ спазмъ, кромѣ того оно разлагается на жирныя кислоты, возбуждающія перистальтику и дѣйствуетъ такимъ образомъ механически и химически.

Вмѣсто масла послѣднее время по предложенію Липовскаго примѣняютъ смѣсь парафина, жидкую при температурѣ тѣла. Сначала каждый вечеръ, начиная со второй недѣли черезъ вечеръ вливаютъ по 200 куб. с., позже по 100 куб. с. и т. д. — Парафинъ пачкаетъ меньше, но въ немъ то неудобство, что онъ быстро застываетъ при вливаніяхъ, и этого не устраняютъ даже спеціально для парафина изготовляемыя спринцовки. Дѣйствіе такое же хорошее, какъ масла, въ чемъ мнѣ довелось убѣдиться.

Гидротерапія. Холодныя процедуры противопоказаны. Противъ общей неврастеніи въ такихъ случаяхъ я назначаю продолжительныя ( $\frac{1}{2}$ -часа) ванны 29—30° R, а также ванны съ сосновымъ экстрактомъ,  $\frac{1}{4}$  литра экстракта на ванну; кромѣ того больные должны дѣлать на ночь согревающіе компрессы (мокрое полотенце, восковая бумага, шерстяной платокъ).

Электризація. Фарадизація противопоказана. Лечать больного постоянными токами: плоскій электродъ ставятъ на животъ, другой въ прямую кишку; берутъ 5—6 милліамперъ 5—10 минутъ, положительный полюсъ въ плоскомъ электродѣ.

Діететика. Въ противоположность тяжелой противузапорной діетѣ при атонической формѣ, назначаютъ умеренную противузапорную діету; тяжелая, содержа-



щая много целлюлезы, грубая пища еще болѣе увеличиваетъ спазмъ и очень легко можетъ ухудшить вторичный катарръ (*enteritis membranacea*), такъ что такіе больные могутъ заболѣть очень упорными или часто повторяющимися поносами.

Умѣренная противузапорная діета состоитъ изъ чая, солодового кофе, среднихъ бѣлыхъ и фруктовыхъ винъ (никогда не давать холодными), бѣлаго Bordeaux (*Haute Sauterne*), молока, сливокъ (можно попробовать 2 дневный кефиръ, пахта, простоквашу, творогъ и сыръ *Yoghurt*), молочнаго сахара (3 раза въ день по 1 столовой ложкѣ въ какомъ-нибудь напитокѣ), легкихъ овощей (стручки и морковь, спаржа, цвѣтная капуста, молодые зеленые бобы, шпинатъ, брюссельская и зеленая капуста, пюре изъ каштановъ и картофеля, салата съ прованскимъ масломъ и лимономъ или со сливками, очень сладкихъ компотовъ, меда, малиноваго мармелада, апельсиновъ, персиковъ, сливъ, винограда, хорошихъ яблокъ, финиковъ, мягкихъ грушъ, но ни въ коемъ случаѣ не изъ смородины, крыжовника, брусники или твердыхъ фруктовъ.

Пища при *obstipatio spastica* должна возбуждать перистальтику химически, при *obstipatio atonica* механически.

Изъ меню должны быть исключены: тяжелый хлѣбъ, кислое, кислые фрукты, овощи, вызывающія вспучиваніе, напр., капуста и стручковые овощи; красныя вина, гусь, утка, угорь, лососина, осетрина, бѣлуга, сардины въ маслѣ.

Предложенное Bircher-Benner'омъ (*Zürich*) діететическое расписаніе очень удобно при спастическомъ запорѣ:

1. Завтракъ. Кашица изъ 1 протертаго яблока, 1 столовой ложки лимоннаго сока, 1 стол. ложки сгущеннаго молока, 2 стол. ложекъ овсянки размоченной въ холодной водѣ; кашицу посыпаютъ толченными орѣхами или сладкими миндалями, къ ней даютъ хлѣбъ съ отрубями (*Graham'a*) масло, простоквашу или молоко или чай изъ шиповника, кромѣ того много мягкихъ сырыхъ фруктовъ.

2. Обѣдъ. Мягкія овощи двухъ сортовъ, много салата, картофельное пюре, два раза въ недѣлю немного мяса, кушанья изъ фруктовъ, много овощей, сладкій морсъ.

3. Ужинъ, какъ завтракъ.

Эта діета переносится страдающими запорами очень хорошо, она дѣлаетъ испражненія мягкими, ослабляетъ спазмъ кишекъ, такъ что газы больше не задерживаются ими. Она очень хороша для ожирѣлыхъ, такъ какъ одновременно способствуетъ похуданію.

Бальнеологія. Бальнеологическое леченіе необходимо лишь въ тяжелыхъ случаяхъ. Предварительно необходимо изслѣдовать желудочный сокъ пробнымъ завтракомъ, чтобъ установить нормально, увеличено или уменьшено содержаніе HCl. Если количество HCl увеличено или нормально, то посылаютъ больныхъ съ *obstipatio spastica* и вторичнымъ



кишечнымъ катарромъ (*enteritis membranacea*) и *colica flatulenta* (resp. со слизистыми коликами) въ Karlsbad, — Franzensbad, Neuenahr, Vichy, Эссентуки или Боржомъ, гдѣ они пьютъ воду термовъ и должны дѣлать горячія грязевыя припарки — когда HCl уменьшена или отсутствуетъ, посылаютъ больного въ Kissingen, Homburg или Wiesbaden. Подробности леченія устанавливаются курортнымъ врачомъ. Амбулаторнымъ больнымъ даютъ соотвѣтствующія минеральныя соли 1—2 р. въ день по  $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ за  $\frac{3}{4}$  часа до завтрака или ужина въ чашкѣ теплой воды.

Изъ лекарствъ противопоказаны слабительныя, такъ какъ они лишь увеличиваютъ катарръ и даже могутъ вызывать его. Они могли бы дѣйствовать къ тому же въ очень большихъ дозахъ.

Нужно, какъ при свинцовыхъ коликахъ, давать успокаивающія кишечникъ средства, напр.:

Rp. Extr. Bellad. 0,3—0,5.

Mass. pill. ut. f. pill. XXX.

3 раза въ день по 1 пилюль послѣ ѣды при простой obstipat. spast. съ небольшою colica flat. et mucosa.

Rp. Tinct. Bellad. 5,0—10,0.

Spir. Ment. 5,0.

Tinct. Val. Simpl. 15,0—20,0.

3 раза въ день по 30 капель въ 1 чашкѣ горяч. Spec. carm.

Rp. Ext. Bellad. 0,3—0,5.

Extr. Opii 0,4—0,8.

Mf. pill. XXX.

3 раза въ день по 1 пил. послѣ ѣды у очень нервныхъ.

Rp. Extr. Bellad. 0,3.

Menthol 1,0.

Tinct. Val. 30,0.

M. D. S. 3 раза въ день по 25 капель.

Полезно также нѣсколько мѣсяцевъ подрядъ пить утромъ и вечеромъ по 1 чашкѣ *Species carminativae*, какъ можно горячѣе (настой тмина, укропа, перечной мяты, валеріаны aa, 1 столовую ложку смѣси на чашку въ 200 куб. сант.). Въ бѣдной практикѣ вмѣсто этого можно давать по стакану горячей воды утромъ и вечеромъ для расслабленія спазма.

Больнымъ, страдающимъ коликами и вынужденнымъ много бывать въ пути, я даю *Atropini sulf.* по 0,0005 in tabl. comgr. 2 раза въ день послѣ ѣды или *Eumydrin* 0,015:15,0, 3 раза въ день по 15 капель; не слишкомъ частое употребленіе ихъ вреда не приноситъ. Морфій лучше всего совсѣмъ не употреблять, въ крайнемъ случаѣ даютъ *Pantopon* маленькими дозами. — См. въ главѣ о метеоризмѣ подходящія и здѣсь назначенія.

Стадій *Sterkoral-diarrhoea*. Эту послѣднюю стадію, при которой вторичный катарръ толстыхъ кишекъ такъ



интенсивно развился, что проявляется въ перемежку то запоромъ, то поносомъ, нужно лечить по принципамъ, изложеннымъ въ главѣ о хроническомъ колитѣ (пифлоколитѣ).

Неудачи меня постигали только у ожирѣлыхъ, очень нервныхъ женщинъ въ климактерическомъ періодѣ, а также у пожилыхъ субъектовъ, страдающихъ съ дѣтства или, въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ есть неисправимое осложненіе, какъ напр. *vitium cordis*, *retroflexio uterі* и т. д. Быстрый, положительный результатъ получается отъ діеты и массажа при атонической формѣ у энтероцитическихъ, исхудалыхъ больныхъ. Уже на первой недѣлѣ появляются самостоятельныя опорожненія кишечника.

Труднѣе поддаются леченію спастическія формы, такъ какъ къ нимъ присоединяются катарры и усиленная рефлекторная возбудимость. При покоѣ, компрессахъ, белладоннѣ, масляныхъ вливаніяхъ и подходящей, умѣренно послабляющей діетѣ я получалъ наилучшіе, длительные результаты, послѣ того, какъ упорнѣйшіе запоры, держались по 15 и болѣе лѣтъ.

При леченіи необходима строгая индивидуализація. Пока не увеличится собственная опытность нужно придерживаться приведенныхъ выше дифференціально-діагностическихъ признаковъ; запоръ безъ боли=*obst. atonica*, запоръ съ *colica flat.* и слизистыми коликами=*obstipatio spastica*. Этимъ преимущественно руководствуются при терапіи.

Лечить атоническія формы масляными клизмами безцѣльно. Лечить спастическіе случаи грубой діетой ошибочно, такъ какъ послѣдствіемъ этого часто бываетъ ухудшеніе сопровождающаго запоръ катарра.

Профилактика. Только домашній врачъ, хорошо знающій патогенезъ, симптоматологию и теченіе хроническаго запора, можетъ своевременно предпринятыми мѣрами предупредить появленіе болѣзни. Онъ долженъ озаботиться чтобы при *habitus enteroptoticus* его пациенты ѣли соответствующую пищу и имѣли достаточно движенія и свѣжаго воздуха и ежегодно дѣлали путешествіе ради отдыха; можетъ своевременно устранять вредныя привычки, время отъ времени лечить массажемъ и т. д.

Оперативное леченіе. Lane въ упорныхъ случаяхъ выключаетъ всю толстую кишку. Онъ отдѣляетъ подвздошную кишку отъ слѣпой и пришиваетъ ее къ *flexura sigmoidea*; онъ отказался послѣ нѣсколькихъ несчастныхъ случаевъ отъ вы-



рѣзыванія всей ободочной кишки. Результаты у него очень хороши. Въ совершенно безнадежныхъ случаяхъ, когда вся внутренняя терапія оказалась безрезультатной и больные изъ-за своихъ страданій думаютъ о самоубійствѣ, можно посоветовать операцію Lane, конечно, если можно ощупываніемъ или рентгеноскопіей обнаружить анатомическія измѣненія кишки: спайки, перегибы, суженія и т. д.

Заключительное замѣчаніе. Хроническій запоръ есть одна изъ тѣхъ болѣзней, которыя являются слѣдствіемъ утонченной культуры, недостатка движенія, недостаточнаго питанія или употребленія пищи, мало раздражающей кишечникъ при разстройствѣ аппетита и желудочнаго пищеваренія. Было бы интересно прослѣдить, насколько эта болѣзнь распространена среди свободно живущихъ и питающихся грубой пищею дикарей.

#### Казуистика.

Атоническая форма. 1. Minna F. 45 лѣтъ, замужняя—15—20 лѣтъ задержка опорожненій кишечника; употребляла всевозможныя слабительныя, подъ конецъ стали дѣйствовать только большія дозы; никакихъ болей, только вялость и отсутствіе аппетита.—Объективно ничего ненормальнаго.—Массажъ. тяжелая противузапорная діета, фарадизація.—Черезъ 2 недѣли самостоятельный стулъ, продолжавшійся въ теченіе послѣдующаго 5 лѣтняго наблюденія. Пациентка прибавилась въ вѣсѣ около 20 фунтовъ.

2. Clara B., 30 лѣтъ, жена рабочаго.—10 лѣтъ испражненія только послѣ слабительныхъ или клизмъ, послѣдній годъ тяжесть подъ ложечкой послѣ ѣды, изъ-за чего пациентка и обратилась къ врачу. Никакихъ болей въ животѣ.—Энтероптозъ, исхуданіе, анемія, другихъ аномалій нѣтъ.—Тяжелая укрѣпляющая и противузапорная діета, горечи, массажъ. Черезъ 8 дней самостоятельный стулъ; пациентка прибавила около 15 фунтовъ въ вѣсѣ и долго оставалась здоровой.

3. Hedwig W., 38 лѣтъ, жена чиновника. 10—12 лѣтъ нѣтъ самостоятельныхъ испражненій, сильно отвислый животъ. Послѣ 2—3 недѣль леченія стойкое выздоровленіе со значительной прибавкой вѣса.

Спастическая форма. 1 Otilie S., 40 лѣтъ. Жена рабочаго 15—20 лѣтъ запоръ, сначала безъ болей; послѣдніе годы часто колики со рвотой и отхожденіемъ слизи и газовъ, нѣсколько разъ у нея была даже по ея словамъ каловая рвота, по поводу чего, подозрѣвая ileus, ее направляли въ „Charité“ для операціи. Слабительныя дѣйствуютъ только въ большихъ дозахъ при сильныхъ коликахъ, клизмы почти не дѣйствуютъ.—Очень анемичная, исхудалая пациентка, сильный энтероптозъ, colon въ видѣ жгута—толщиной съ мизинецъ, болѣзненна, faeces или чистая перепончатая слизь или толщиною съ карандашъ, покрытый слизью калъ.—Масляныя клизмы сначала черезъ день, потомъ рѣже въ теченіи 3—4 мѣсяцевъ, 3 раза въ день по 0,015 Exi. Belladon., легкая противузапорная діета и стойкое выздоровленіе (6—7 лѣтъ наблюденія).



2. Emilie P., 55 лѣтъ, жена домовладѣльца. 12 лѣтъ назадъ лапаротомія, съ тѣхъ поръ длится запоръ, послѣдніе пять лѣтъ частыя слизистыя и вѣтрогонныя колики, enteritis membranacea.—Выздоровленіе стойкое, какъ въ предыдущемъ случаѣ.

4. — 50 лѣтъ, извозчикъ. Много лѣтъ задержка стула, часто нужны слабительныя, послѣ погрѣшностей въ ѣдѣ (огурцы, сыръ) сильныя колики.—Послѣ 2-недѣльнаго покоя въ постели, горячихъ припарокъ, масляныхъ клизмъ, белладонны, легкой противузапорной діеты—выздоровленіе.

*Colica mucosa.* Clara D., 30 лѣтъ, замужняя. Нѣсколько лѣтъ запоръ, послѣдніе 1—2 года слизистыя колики и періоды слизистыхъ поносовъ, длящихся по 8 дней, за которыми слѣдуетъ 1 недѣля полного запора.—Истеричная женщина, испражненія содержатъ большое количество слизи съ эпителиемъ; faeces толщиной съ карандашъ.—Послѣ атропина облегченіе. Излеченія не достигнуто. При жизни въ деревнѣ проходящее улучшение.

## Приложеніе.

### О взаимоотношеніи между запоромъ и поносомъ.

Несмотря на то, что запоръ и поносъ кажутся діаметрально противоположными симптомами, тѣмъ не менѣе часто они наблюдаются одновременно одинъ вслѣдъ за другимъ. Внимательному читателю предыдущихъ главъ такое соотношеніе не должно казаться парадоксальнымъ, однако для полного пониманія необходимо сдѣлать еще нѣкоторыя дополнительныя замѣчанія.

Факторомъ, вызывающимъ, какъ запоръ, такъ и поносъ,—служить хроническій катарръ толстыхъ кишекъ.

Легкіе колиты протекають съ запоромъ, такъ какъ слизистая раздражена и этимъ вызывается гипертонусъ мускулатуры кишекъ. Если же подъ вліяніемъ какого-нибудь вреднаго агента, напр., разстройства желудочнаго пищеваренія, простуды или раздраженія застойнымъ каломъ и т. д. катарральныи процессъ усилится, то появляется поносъ.

У меня былъ пациентъ, 40 лѣтъ, купецъ, съ кислымъ гастритомъ и легкимъ катарромъ кишечника; при легкой діетѣ онъ имѣлъ стулъ 1—2 раза въ день, частью колбасообразный, частью кашицеобразный; послѣ небольшихъ погрѣшностей въ ѣдѣ (переѣданіе, кислое, жареный картофель) появлялся запоръ на 1—2 дня съ метеоризмомъ; послѣ сильныхъ погрѣшностей (холодное пиво) немедленно появлялись тянущія и щемящія боли въ животѣ и жидкій кашицеобразный стулъ.—Другой, 54 лѣтъ, фабрикантъ съ ахиліей и катарромъ кишекъ, обычно страдалъ запоромъ, но послѣ нескoblенаго мяса получалъ немедленно профузныи поносъ.



При катаррѣ ileo-caecal'ной области смѣна поносовъ и запоровъ наблюдается, какъ правило; при *obstipatio spastica* съ *enteritis membranacea* послѣ 4—6 недѣльнаго запора часто появляется періодъ поноса. Въ случаяхъ хроническихъ катарровъ съ поносами даже при дизентеріи при улучшеніяхъ часто бываетъ періодъ полнаго запора. Извѣстны также стеркоральныя діарреи при привычномъ запорѣ.

Вслѣдствіе чисто нервнаго воздѣйствія, врядь ли можетъ произойти такая смѣна. Исключеніе, пожалуй, составляютъ кишечные симптомы при *morbus Basedovi* отъ переутомленія и у неврастениковъ большихъ городовъ съ явленіями *vagotoni*'и (Erpinger и Hess), при которой появляется регулярный стулъ, какъ только больной найдетъ себѣ отдыхъ.

Во всякомъ случаѣ всѣ подобные парадоксальные случаи должны подвергаться антикатарральному леченію, имѣя въ виду, что при этомъ существуетъ одновременно неустойчивость симпатической нервной системы.

### Неврозы кишечника.

Чисто нервныя болѣзни кишечника встрѣчаются сравнительно рѣже, нежели неврозы желудка, если не принимать во вниманіе подробно изложенныхъ въ предыдущей главѣ случаевъ привычныхъ запоровъ, которые иногда появляются въ атонической или спастической формѣ исключительно и единственно вслѣдствіе слабости и повышенной возбудимости кишечныхъ нервовъ.

Правда, у неврастениковъ и особенно истеричныхъ субъектовъ бывають сильныя разнообразныя ощущенія въ *meso-* и *hypogastrium*, но въ большинствѣ случаевъ тщательное изслѣдованіе испражнений устанавливаетъ анатомическое страданіе, чаще всего катарръ, и соответствующей діетой достигается улучшеніе, тогда какъ чисто антиневрастеническое леченіе не даетъ никакого успѣха. Артеріосклерозъ и *Luces* играютъ также нѣкоторую роль въ происхожденіи такихъ неопредѣленныхъ страданій, но мы еще не знаемъ вслѣдствіе какихъ именно анатомическихъ измѣненій.

Поэтому съ діагнозомъ невроза кишечника нужно быть очень осторожнымъ и только тогда признавать страданіе чисто нервнымъ, когда во-первыхъ, нѣтъ никакихъ признаковъ органической болѣзни и, во-вторыхъ, не удается



получить улучшеній діететическими мѣропріятіями, тогда какъ психическія вліянія, перемѣна климата, отдыхъ отъ занятій и т. д., совершенно опредѣленно вызываютъ улучшеніе или ухудшеніе.

Конечно, невропатическіе субъекты съ повышенной рефлекторной возбудимостью (раздражительная слабость) гораздо сильнѣе реагируютъ на незначительныя патологическія раздраженія, чѣмъ субъекты съ такою же анатомическою болѣзною, но устойчивой нервной системой.

Что *habitus enteroptoticus*, о которомъ было уже такъ много говорено, и здѣсь играетъ значительную роль, едва ли требуетъ упоминанія.

Дѣйствительно неврастеники съ *h. e.* сильно страдаютъ отъ кишечнаго катарра съ его неприятными симптомами: флатуленціей, метеоризмомъ, коликами и т. д. Что въ подобныхъ случаяхъ на ряду съ нервозностью существуетъ еще и катарръ, можно доказать находженіемъ слизи въ испраженіяхъ. Можно сдѣлать еще шагъ впередъ и утверждать, что большая часть нервныхъ симптомовъ зависитъ отъ анатомическихъ процессовъ, и съ ихъ устраненіемъ они тоже исчезаютъ или уменьшаются.

Въ подобныхъ случаяхъ очень часто ставятъ неправильный діагнозъ „нервная діаррея“, но эта послѣдняя наблюдается крайне рѣдко. Обычно дѣло идетъ о комбинаціи неврастеніи и кишечнаго катарра.

Неврозы кишечника удобно подраздѣлять на а) двигательные, в) чувствительные, с) секреторные. Въ практическомъ отношеніи имѣютъ значеніе слѣдующіе:

Слабость кишечника. Съ хронической слабостью мы познакомились въ отдѣлѣ о привычномъ запорѣ, съ острой—въ отдѣлѣ о закупоркѣ кишечника. Послѣдняя появляется первично только при высокихъ степеняхъ врожденнаго или пріобрѣтеннаго энтероптоза (отвислый животъ) вторично—послѣ травмъ, лапаротомій, перитонитовъ и шока, какъ явленіе паралича.

Діагнозъ острой кишечной слабости, такъ назыв. паралитической *ileus*, ставятъ при отсутствіи бурныхъ симптомовъ непроходимости: болей, „окоченія“ кишечника, лихорадки и т. д. Хроническая кишечная слабость тождественна съ *obstipatio atonica*, ея діагнозъ и лечение уже изложены.



Терапія при острой формѣ заключается въ слабительныхъ и высокихъ вливаніяхъ. Лучше всего дѣйствуетъ слѣдующее сочетаніе:

2 столов. ложки *Ol. Ricini*  
1 столов. ложка рыбьяго жира.  
 $\frac{1}{2}$  чайной ложки *Natrii bicarb.*  
1—2 литра теплой воды.

Хорошо взболтать и влить въ колѣно-локтевомъ положеніи. (Кишечная трубка *Naupn'a*).

Въ качествѣ слабительныхъ лучше всего примѣнять, касторовое масло, горькую воду, ревенъ и ялапу, или подожно цѣлую ампулку. *Hormonal'a* (*Zülzer'a*).

Спазмы кишечника. Какъ чистый неврозъ спазмъ кишечника наблюдается чрезвычайно рѣдко, напр., какъ викарирующая мигрень; гораздо чаще одновременно находятъ признаки катарра: слизь въ испражненіяхъ и діарреи послѣ погрѣшностей діеты и простуды и т. д. Я долженъ еще разъ упомянуть, что катарръ кишекъ у нервныхъ людей гораздо раньше ведетъ къ спазму кишечника, чѣмъ у не нервныхъ, какъ уже было указано въ главѣ о спастическомъ запорѣ. При отравленіи свинцомъ и никотиномъ тоже появляются спазмы.

Симптомы. Больные жалуются на ощущеніе опоясыванія живота, какъ при *tabes'ѣ*, что обусловливается спазмомъ поперечной ободочной кишки, кромѣ того на частыя колики, т. е. щемящія, рѣжущія, порою схваткообразныя боли вокругъ пупка, обычно идущія справа налѣво, длящіяся нѣсколько минутъ и прекращающіяся съ отхожденіемъ газовъ. Ободочная кишка, особенно *S. romanum* и поперечная ощущаются въ видѣ твердаго, болѣзненнаго при давленіи тяжа, толщиною съ мизинецъ.

При очень сильномъ спазмѣ дѣло доходитъ до закупорки кишекъ, до такъ наз. „спастическаго *ilcus'a*“ (см. выше).

Терапія. Такъ какъ кишечный спазмъ почти всегда является симптомомъ кишечнаго катарра и проявляется чаще и сильнѣе всего при истеріи и неврастеніи, то всегда нужно лечить катарръ и на ряду съ этимъ давать *pergiva* какъ бромъ и белладонну:

1. *Kal. bromat* 30,0.  
*D. S.* Утромъ и вечеромъ на кончикѣ ножа въ чашкѣ *Species pergivaе*.

2. *Extr. Bellad.*  
3 раза по 0,01—0,02 въ пилюляхъ или порошкахъ.

3. *Extr. opii*. 3 раза по 0,02 — 0,03 въ пилюляхъ. Только при запорѣ.

Съ недавняго времени  
*Eumydrin* 3 × 10 капель.



Дієтетическое, бальнеологическое и гидротерапевтическое лечение тѣ же, что и въ легкихъ случаяхъ кишечнаго катарра, протекающаго съ запоромъ, т. е. на ночь компрессы по Priessnitz'у, грязевыя припарки, легкая противузапорная діета, Vichy, Wiesbaden, Эссентуки. Karlsbad вслѣдствіе значительнаго содержанія глауберовой соли даютъ нервнымъ съ большою осторожностью и маленькими дозами.

Свинцовая колика, представляетъ собою кишечный спазмъ *rag excellence* и встрѣчается у маляровъ, глазурищиковъ, картонажныхъ рабочихъ и т. д. Если только помнить о возможности свинцоваго отравленія при запорѣ съ коликами, то діагнозъ легокъ. У пациентовъ большею частью существуетъ долгое время твердый, выдѣляющійся съ трудомъ мелкаго калибра стулъ и вдругъ наступаетъ полный запоръ, появляются рѣзкія мезогастралгіи и отъ слабительныхъ боли усиливаются.

Кишечникъ въ сокращенномъ состояніи, свинцовая кайма часто видна или по крайней мѣрѣ есть указаніе на работу со свинцомъ.

Для леченія примѣняютъ горячія припарки, масляные клистиры и 3—4 раза въ день по 0,03 Extr. Bell. или 0,06 Extr. Opii, позднѣе іодистый кали и сѣрныя ванны.

Нервная діаррея начинается остро, вслѣдствіе сильно увеличившейся перистальтики послѣ рѣзкихъ возбужденій, особенно послѣ испуга. У больныхъ сначала оформленныя испражненія, потомъ водянистыя, при чемъ почти все содержимое кишечника извергается въ короткое время (30—60 мин.) не будучи, однако патологическимъ.

Длительные или часто появляющіеся поносы почти никогда не бываютъ нервнаго происхожденія, но преимущественно катаррального, за исключеніемъ *morbus Basedovi*.

Острая нервная діаррея не требуетъ никакого леченія, а хроническая—антикатарральной діеты и леченія; при базедовой болѣзни нужно лечить эту послѣднюю.

Усиленная перистальтика отдѣльными авторами также считается неврозомъ кишечника, но я долженъ заявить, что никогда не видѣлъ безусловно нервнаго случая. Та перистальтика тонкихъ кишекъ, которую можно видѣть у женщинъ съ отвислымъ животомъ и значительнымъ расхожденіемъ прямыхъ мышцъ, нормальна, а такъ назыв. „окоченѣніе“ кишекъ (*Darmsteifung*) является симптомомъ стеноза или закупорки кишечника. Ощущеніе движенія и урчанія въ животѣ—признакъ ненормальнаго броженія при катаррѣ тонкихъ и толстыхъ кишекъ.

• Въ практическомъ отношеніи этотъ неврозъ не имѣетъ значенія.



Флатуленція и метеоризмъ описаны мною выше, какъ симптомы катарра кишечника. То, что они особенно часто бываютъ у истеричныхъ, ничуть не говоритъ противъ ихъ катаррального происхожденія. Обычно эта болѣзнь встрѣчается у нервныхъ энтероптоическихъ женщинъ, которыя многіе годы страдали первичнымъ запоромъ и вслѣдствіе этого получили вторичный (перепончатый) катарръ кишекъ и склонны къ спазмамъ ободочной кишки. Ясно, что вслѣдствіе быстро появляющагося спазма происходитъ застой жидкаго кала и вмѣстѣ съ нимъ метеоризмъ.

*Enteritis membranacea*, который еще относится нѣкоторыми авторами къ неврозамъ, слѣдуетъ считать просто вторичнымъ катарромъ послѣ привычнаго запора, а *colisa mucosa*—обостреніемъ хроническаго катарра толстыхъ кишекъ. Между ними такое взаимоотношеніе, какъ между катарромъ желчнаго пузыря и желчнокаменными коликами. Объ этой болѣзни см. въ главѣ о хроническомъ запорѣ.

Кишечная неврастенія, названная мною кратко *Enterie*, или вѣрнѣе неврастенія у кишечныхъ больныхъ требуетъ особаго изложенія.

Прежде всего слѣдуетъ упомянуть объ ипохондріи и меланхоліи, которыя часто сопровождаютъ хроническіе запоры. Больные постоянно думаютъ о дѣятельности своего кишечника, очень внимательно и со страхомъ слѣдятъ за каждымъ ощущеніемъ въ животѣ, отчаяваются, когда отсутствуетъ стулъ послѣ выбраннаго ими слабительнаго и т. д. Такимъ образомъ могутъ развиваться тяжелые психозы, бывали даже случаи самоубійствъ.

Если запоръ длился уже нѣсколько лѣтъ и привелъ къ катарру кишекъ, или послѣдній былъ съ самаго начала, то броженіе можетъ причинять больному много непріятностей. Больные жалуются на безпричинныя волненія, ощущение жара въ рукахъ, головѣ и затылкѣ, сердцебиеніе, тяжесть во всѣхъ членахъ, напряженіе въ животѣ, нерасположеніе къ работѣ, бессонницу, отсутствіе аппетита, тошноту, исхуданіе, чувство страха, тоски. Эти вторичные нервные симптомы встрѣчаются главнымъ образомъ при катаррахъ, протекающихъ со спастическимъ запоромъ, рѣже при другихъ формахъ, такъ какъ при діарреѣ испражненія быстро извергаются.



Этот симптомокомплекс носить название *dyspersia intestinalis flatulenta* и объясняется, как рефлексъ, при неустойчивости *p. splanchnici*.

Аутоинтоксикація. Я хочу упомянуть, что многие авторы принимают за причину аутоинтоксикацію. Это может быть и правильно, но пока все же лишь гипотезы.

Два лагеря стоят враждебно другъ противъ друга: сторонники теории аутоинтоксикации и теории рефлекса. Первые утверждают, что всасывание ядовитыхъ продуктовъ обмена, особенно  $\text{SH}_2$ , индола и скатола (последние обнаружены въ слюнь) вызываетъ вышеописанные „кишечные“ симптомы, вторые объясняютъ ее рефлексомъ съ *p. vagus* и *sympathicus*.—Кто изъ нихъ правъ, мы не знаемъ; точнаго доказательства кишечной интоксикации не найдено, большинство симптомовъ можно объяснить рефлексомъ. Въ нормѣ печень обезвреживаетъ образовавшіяся отъ застоя кала токсины; если же эта преграда вслѣдствіе алкогольнаго цирроза напр. пострадаетъ, то дѣло легко можетъ дойти до прогрессивной анеміи.

Терапія этой кишечной неврастеніи естественно состоитъ въ устраненіи запора resp. флатуленціи. Если это удастся, то исчезаетъ ипохондрія и вазомоторныя разстройства значительно улучшаются, часто даже совершенно исчезаютъ; все же остается нѣкоторая склонность къ рецидивамъ.

Наибольшія неудачи постигнуть того, кто начнетъ лечить только неврастенію, не обращая вниманія на характеръ болѣзни кишечника, напр. гидротерапіей, электризаціей или массажемъ или наоборотъ одной дезинфекціей кишечника.

### Пораженія кишечника при заболѣваніяхъ другихъ органовъ.

При заболѣваніи другихъ органовъ болѣзненные симптомы со стороны кишечника встрѣчаются рѣже, чѣмъ со стороны желудка, если только въ кишкахъ нѣтъ самостоятельныхъ анатомическихъ измѣненій.

Нужно упомянуть про поносы при *morbus Basedovi* и *tabes dorsalis*. Если при туберкулезѣ, артеріосклерозѣ, порокахъ сердца, нефритахъ, циррозахъ печени, панкреатитахъ, диабетѣ появляются поносы и кишечныя кровотечения, то они суть слѣдствіе вторичнаго катарра и изъязвленій кишечника и, какъ таковыя, уже были описаны. Склерозомъ брюшныхъ артерій вызывается иногда *Angina abdominalis*.



## Паразиты кишечника.

Въ задачи этой книги не входитъ систематическое описаніе паразитовъ кишечника. Это можно найти въ большихъ руководствахъ Mosler'a и Reiper'a, Braun'a, v. Jacksch'a и т. д. Здѣсь мы сдѣлаемъ лишь нѣкоторыя діагностическія и терапевтическія указанія.

**Діагнозъ.** У дѣтей субъективныя симптомы выражаются тошнотой и рвотой, отсутствіемъ аппетита, зудомъ въ носу и заднемъ проходѣ, при ленточныхъ глистахъ и большомъ количествѣ маленькихъ глисть могутъ появляться колики, но въ общемъ онѣ бывають рѣдко. Взрослые при ленточныхъ глистахъ страдаютъ непріятными ощущеніями послѣ селедки, кислыхъ огурцовъ, кофе, свѣтлаго пива и т. д.

Всѣ упомянутыя симптомы однако очень неопредѣленны и встрѣчаются при многихъ другихъ болѣзняхъ, а поэтому никогда не слѣдуетъ предпринимать леченія безъ объективнаго доказательства присутствія глисть.

**Объективныя симптомы:** макроскопическое обнаруженіе самихъ глисть или ихъ члениковъ, микроскопически—находка яицъ или Charcot Leyden'овскихъ кристалловъ въ испражненіяхъ (см. фиг. 17).

Пациенты большею частью сами (или ихъ матери) приносятъ съ собой членики глисты. Членикъ кладутъ между 2 предметными стеклами и раздавливаютъ. Матка у *Taenia solium* имѣетъ немного развѣтвленій, напротивъ у *Taenia saginata*—30—40 съ каждой стороны. Носители свиной глисты (*Taenia solium*) могутъ представлять опасность для окружающихъ: у нихъ и ихъ близкихъ могутъ развиваться финны. Поэтому различеніе этихъ глисть имѣетъ большое практическое значеніе \*).

При подозрѣніи на глисты у дѣтей соскабливаютъ со слизистой оболочки задняго прохода шпателемъ или ручкой чайной ложечки: такимъ образомъ часто находятъ оксiуръ или ихъ яйца.

Если въ испражненіяхъ ничего не находятъ макроскопически, то изслѣдуютъ ихъ по изложеннымъ въ общей части методамъ на присутствіе яицъ глисть, и Charcot-Leyden'овскихъ кристалловъ.

\*) Для микроскопическаго изслѣдованія лучше погрузить предварительно на нѣсколько часовъ въ креозотъ.



Микроскопическое изслѣдованіе имѣетъ особенную цѣнность въ томъ случаѣ, если послѣ глистогоннаго леченія не найдена головка паразита, дабы своевременно предотвратить рецидивъ.

Должно упомянуть, что иногда не удается найти яицъ въ испраженіяхъ, несмотря на наличность ленточныхъ глисть; почему это происходитъ, мы не знаемъ.

Если нѣтъ подъ руками микроскопа, а хотять удостовѣриться, есть ли глисты или нѣтъ, то даютъ касторовое масло или какое-либо глистогонное средство, прежде чѣмъ назначить настоящій курсъ леченія.

Терапія. 1. Мелкія глисты (аскариды, оксіуры и т. д.).

Лучше всего дѣйствуетъ сантонинъ, который даютъ или въ особыхъ таблеткахъ или пополамъ съ каломелемъ слѣдующимъ образомъ:

Rp. Santonini  
Calomelani aa 0,03—0,1.  
Sacch. alb.  
Mf. pulv. Dos. VI.  
D. S. Утромъ и вечеромъ по 1  
порошку.

Или Rp. Ol. Chenopodii anthelm.  
Gummi arab. subtt. pulv.  
aa 5,0.

Aq. dest.  
Sir cort. aur. aa 5,0.  
M. f. Emulsio.  
D. S. 3 раза въ день по  $\frac{1}{2}$   
чайной ложкѣ.

Или Rp. Ol. Chenopodii anthelm.  
gtt 6.  
Menthol 0,2.  
M. D. tal. d. № VI. ad caps.  
gelat. (взрослымъ).

Rp. Ol. Chenop anthelm. 3 раза  
по 8—15 капель, вслѣдъ  
за этимъ слабательное.

По Gockel'ю масло цитварного сѣмени болѣе дѣйствительно при аскаридахъ, чѣмъ сантонинъ. Онъ даетъ его въ желатинныхъ капсуляхъ съ ментоломъ по 0,05—0,2 pro dosi, дѣтямъ же, которыя не могутъ проглотить капсулы, заправляетъ его малиновымъ вареньемъ или сахарной водой и вливаетъ, защемивъ носъ между пальцами. Больные до 14 лѣтъ получаютъ два дня подрядъ по 2 приема, старше 14 лѣтъ по 3 приема, по вечерамъ черезъ 2 часа послѣ послѣдняго приема даютъ  $\frac{1}{2}$ —2 столовыхъ ложки кастороваго масла.

Этотъ курсъ нужно повторять у дѣтей каждые 3—6 мѣсяцевъ, пока не исчезнутъ всѣ симптомы. Къ этому присоединяютъ еще клизмы, которыя дѣлаютъ каждый вечеръ, пока употребляется средство; ими вымываются изъ кишки оглушен-



ные паразиты, раньше, чѣмъ они придутъ въ себя. Для вливанія берутъ настой 3—4 листовъ чесноку на чашку воды.

При оксіурахъ каждый вечеръ намазываютъ задній проходъ сѣрой ртутной мазью, чтобы убить выползающія ночью, глисты. Хорошо дѣйствуетъ также полынная тинктура (3 раза въ день по  $\frac{1}{2}$ —1 чайной ложкѣ).

2. Ленточныя глисты. Изгнаніе этихъ глисть часто представляетъ большія затрудненія, особенно у паціентовъ, которые большую часть назначенныхъ имъ лекарствъ извергаютъ со рвотой. Я продѣлываю курсъ леченія такъ:

Паціентъ получаетъ: 8 часовъ утра накануне: кофе, 1 сухой хлѣбецъ, 12 часовъ: 1 тарелку супа, немного овощей, никакого мяса. 4 часа: кофе безъ хлѣба. 7 часовъ: селедка или салатъ изъ селедки или итальянскій салатъ. 10 часовъ вечера: 2 столовыхъ ложки кастороваго масла, послѣ чего обычно ночью бываетъ послабленіе. 6 часовъ утра: 4—5 капсюль по 1,0 *Extr. filicis maris aether.* (возможно свѣжѣе).  $6\frac{1}{2}$  часовъ снова 4—5 капсюль.  $8\frac{1}{2}$  часовъ 2 столовыхъ ложки кастороваго масла \*) или 1 стаканъ горькой воды (*Boas*) или *Jnf Sennae* черезъ  $\frac{1}{2}$  часа по 1 столовой ложкѣ.

Испражненія нужно собирать въ горшокъ и изслѣдовать на присутствіе головки глисты. Для большого успѣха слѣдуетъ рекомендовать больнымъ испражняться въ горшокъ, въ который наливается теплая вода. Если не хотятъ изслѣдовать сами, то объясняютъ больнымъ, что головка сидитъ на тонкомъ концѣ, колбообразно расширена и имѣетъ 4 темныхъ точки.

Если послѣ дачи касторки выходятъ лишь членики или изъ задняго прохода свѣшивается конецъ глисты, то дѣлаютъ большія вливанія, изъ 2—3 литровъ тепловатой воды, которыми часто удается извлечь оглушенную головку глисты, лежащую въ толстой кишкѣ.—Во время леченія паціентъ долженъ оставаться въ постели.

Если больные продѣлали уже неоднократно леченіе безъ всякаго успѣха, то нужно предпринимать новое только подъ наблюденіемъ врача, чтобы онъ былъ въ состояніи своевременно продѣлать описанное вливаніе.

У дѣтей изгнаніе ленточныхъ глисть особенно трудно.—Нельзя давать имъ экстрактъ папоротника одновременно съ масломъ, такъ какъ послѣднее растворяетъ ядовитыя составныя части, которыя всасываются и вызываютъ гепатитъ.

\*) Въ виду возможности отравленія лучше избѣгать *ol. Ricini* и давать другое слабительное.



Кромѣ папоротника, стоящаго на первомъ мѣстѣ, можно рекомендовать для леченія слѣдующія средства:

Rp. Extr. filic. mar. aeth. 3,0—4,0,	Rp. Cort rad. Granat. 30,0 — 50,0.
Chloroform gtt. VI.	Maseca per horas XII cum. 200—
Ol. Ricini.	300 Aq. dest. Deinde coque
Gummi arab. aa 30,0.	ad remanentiam 150,0.
Aq. dest. ad 200,0.	D. S. Выпить утромъ или
Mf. Emulsio.	(лучше) влить черезъ желу-
D. S. Утромъ влить черезъ желу-	дочный зондъ.
дочный зондъ.	

#### Дѣтямъ:

Rp. Extr. fil. maris aeth. recens 3,0—4,0.	Rp. Extr. fil. mar. aeth. 1,5—3,0.
Ol. menthae gtt. IV.	Extr. pur. gran. 3,0—5,0.
Sir. Rhamni cathartici 30,0.	Elekt. lenit. 30,0—50,0.
M. D. S. Утромъ выпить въ два	M. D. S. Утромъ черезъ $\frac{1}{4}$ часа
приема.	по 1 столовой ложкѣ.

Предварительное леченіе то же, какъ у взрослыхъ. Кромѣ того рекомендуютъ: очистить 60—120 тыквенныхъ зеренъ, смѣшать съ сахаромъ, чтобы получить нѣчто въ родѣ пасты; утромъ даютъ чай съ пряникомъ, затѣмъ пасту съ чашкой какао, черезъ 1 часъ Pulv. Jalap. comp. или позже промываніе кишечника.

Послѣднее время даютъ также масло Filmaron (Filmaron 1,0, ol. Ricini 9,0): утромъ натощакъ принять  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  этого количества въ смѣси съ бѣлымъ пивомъ, черезъ 2 часа 2 стол. ложки кастороваго масла, выписаннаго въ капсуляхъ Gelodurat, чтобы предотвратить противную отрыжку; противъ Taenia, Anchylostoma, Ascarides даютъ также капсулы Taeniol'a (состоитъ изъ основного вещества корки Mussenna abyssinica въ соединеніи съ dithymolsalicylat, ol. Ricini и ol. Terebinth.) по 12—15 штукъ въ 2—3 приема; запивать краснымъ виномъ.

Противопоказаніями для глистогоннаго леченія являются кишечные катарры, общая слабость, такъ какъ каждый курсъ ослабляетъ больного и не только ухудшаетъ наличный катарръ, но и является часто причиной гастроэнтерита, который можетъ стать хроническимъ.

Такъ какъ ленточная глиста живетъ не вѣчно и черезъ 6—7 лѣтъ умираетъ, то въ подобныхъ случаяхъ лучше дожидаться смерти ея, чѣмъ обезсилить ея носителя глистогоннымъ леченіемъ. Я наблюдалъ неоднократно исчезновеніе глисть у лицъ, продѣлавшихъ 1—3 безрезультатныхъ курса и всегда имѣвшихъ рецидивы.



Во всякомъ случаѣ между двумя курсами должно пройти 3—4 мѣсяца, чтобъ слизистая кишекъ имѣла время для регенерации. Въдѣ ленточная глиста наименьшее изъ двухъ золь.

Осложненіями леченія бываютъ отравленія. — При леченіи папортникомъ бывали смертельные случаи, правда только при чрезмѣрныхъ дозахъ въ 15—20 g. и болѣе. Признаками отравленія являются: сильные, болѣзненные, даже кровавые поносы, припуханіе печени, желтуха, лихорадка, кома, альбуминурія, наконецъ, коллапсъ, амаврозъ. — Лечение подобнаго отравленія заключается въ примѣненіи возбуждающихъ. Когда непосредственная опасность устранена, то лечатъ, какъ всякій прочій токсическій гастроэнтеритъ и гепатитъ.

Сантонинъ также вызываетъ интоксикаціи, выражающіяся тѣмъ, что больной видитъ все въ желтомъ цвѣтѣ, а также головокруженіемъ, судорогами и т. д.

Примѣчаніе. Объ остальныхъ паразитахъ кишечника здѣсь не приходится говорить. Инфузоріи не имѣютъ практическаго значенія, такъ какъ у носителей ихъ всегда бываютъ кишечные катарры и изъязвленія, которыя и лечатся, какъ таковыя.

Анхилостомы лечатся папортникомъ, *Trichocephalus*, яйца котораго находятъ часто, лечатъ сантониномъ. Прочіе паразиты въ Германіи большая рѣдкость.



## ЗАБОЛѢВАНІЯ ПРЯМОЙ КИШКИ.

Общія замѣчанія. Несмотря на то, что въ прямой кишкѣ бываютъ тѣ же самыя заболѣванія, что и въ другихъ участкахъ кишечнаго тракта, я изъ практическихъ соображеній выдѣляю заболѣванія этого органа въ особую главу.

Мы встрѣчаемся здѣсь опять съ первичными органическими болѣзнями: катаррами и воспаленіями, изъязвленіями и опухолями, затѣмъ съ вторичными органическими страданіями, стенозами и дилатациями, фистулами, абсцессами и выпаденіемъ и наконецъ, съ функционально-нервными заболѣваніями: расслабленіями и спазмами, кризами и т. д. Отдѣльныя пораженія я изложилъ лишь постольку, поскольку они представляютъ интересъ для внутренней медицины. Много въ этой области приходится передавать въ вѣдѣніе хирурговъ.

Прежде всего не слѣдуетъ избѣгать изслѣдованія прямой кишки пальцемъ. Довольно часто находишь карциному, когда по анамнезу и общему виду больного можно было думать о гемморойѣ.

Кромѣ того для тщательнаго изслѣдованія необходимъ ректоскопъ, лучше всего Strauss'a. Источникъ свѣта у него впереди, и это меньше всего мѣшаетъ при лечебныхъ процедурахъ. Его вводятъ съ мандриномъ сантиметровъ на 10 въ колѣнно-локтевомъ положеніи больного, вынувъ мандринъ и вставивъ оконце съ источникомъ свѣта, медленными движеніями подъ контролемъ глаза осторожно вдвигаютъ его <sup>1)</sup>.

### 1. Катарръ и воспаленіе.

Катарры прямой кишки бываютъ самой различной интенсивности отъ простой гиперсекреціи слизи до образованія эрозій. Легкіе случаи протекаютъ скрытно, тяжелые вызы-

<sup>1)</sup> Я уклоняюсь отъ подробнаго описанія; такъ какъ ректоскопію можно изучить только практически. Подробности см. въ спеціальныхъ работахъ Н. Strauss'a j., Schreiber'a, Gant'a и другихъ.



вають рѣзкіе субъективныя и объективныя симптомы и могутъ привести къ образованію язвъ прямой кишки.

На ряду съ интенсивностью распространеніе проктитовъ очень различно. Бываютъ очень распространенные, захватывающіе всю *ampulla rectalis* и болѣе ограниченные, при которыхъ затронуты лишь отдѣльные участки. *Proctitis catarrhalis simplex* не имѣетъ большого клиническаго значенія.

Этіологія. Острые катарры происходятъ большею частью вслѣдствіе гонноройной инфекции, загрязненія клизмами или являются частичнымъ проявленіемъ сильнаго общаго гастроэнтерита или ртутнаго отравленія, напр., послѣ курса фрикцій. Причиной хроническаго катарра, *proctitis simplex*, является каловый застой при привычномъ запорѣ, именно, при наличности гемморроя, далѣе частые клистиры раздражающими жидкостями и скопленіе паразитовъ (оксіуры). Интенсивные катарры, т.-е. вызывающіе частые позывы на испражненіе (тенезмы) и выдѣленіе слизисто-гнойной жидкости съ примѣсью крови или безъ нея являются частичнымъ проявленіемъ общаго кишечнаго катарра. Симптоматически они сопрождаютъ тяжелыя пораженія прямой кишки, какъ язвы, карциномы и стенозы.

Симптоматологія. При остромъ катаррѣ у больного наряду съ поносами бываютъ тенезмы съ отхожденіемъ кровянисто-гнойной слизи, слизистая оболочка сильно краснѣетъ и распухаетъ.

При хроническомъ катаррѣ легкихъ степеней находятъ каловые сгустки, покрытые опалесцирующими или желтокоричневыми слизистыми комками, въ которыхъ много эпителія, но мало лейкоцитовъ.

При тяжелыхъ хроническихъ катаррахъ больные часто испражняются, 6—10 разъ въ сутки; но обычно выходитъ не калъ, а 1—2 столовыхъ ложки мутной жидкости, въ которой находятся кучи бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, наряду съ отдѣльными красными кровяными тѣльцами,—Слизистая прямой кишки, нормально совершенно гладкая и розовая, представляется въ ректоскопической картинѣ набухшей, собранной въ толстыя складки и ціанотичной, часто покрытой мелкими эрозіями, которые легко кровоточатъ отъ прикосновенія къ нимъ.

Часто наблюдаются при проктитѣ хроническія экземы задняго прохода, какъ слѣдствіе *fluor posterior*.

Діагнозъ ставится на основаніи тенезмовъ, частью



выдѣленія слизисто-гнойнаго секрета и осмотра прямой кишки трубчатимъ ректоскопомъ Strauss'a или Herzstein'a.

Дифференціальная діагностика. При хроническомъ или подостромъ проктитѣ всегда нужно думать о медленно развивающемся новообразованіи. Для ихъ распознаванія, а также для діагностики язвъ необходимо изслѣдованіе recti пальцемъ и ректоскопомъ.

Терапія. Острый проктитъ относительно быстро излечивается при строгомъ постельномъ содержаніи, совершенно нераздражающей пищѣ, теплыхъ продолжительныхъ сидячихъ ваннахъ, горячихъ компрессахъ и противосудорожныхъ средствахъ. Дѣлаютъ ежедневно по 3 сидячихъ ванны въ 30° R по 1/2-часа каждая. Если тенезмы очень сильны, то показаны суппозитории изъ Extr. Opii 0,1, Extr. Bellad. 0,05; But. Cacao 2,0 3 раза въ день по 1 штукѣ. Пявки ad anum приносятъ больнымъ часто значительное облегченіе. Rosenheim рекомендуетъ орошенія слизистыми растворами изъ отвара салепа или льняного сѣмени съ прибавленіемъ 10 капель tinct. Opii, а при гонорреѣ прямой кишки—Zinci sulf. 0,2—0,5 : 200,0; Arg. nitr. 0,1—0,3 : 200,0 и 1/2—2% раствора таннина. Для орошенія пользуются Nelaton'овскимъ катетеромъ; не должно вспрыскивать больше 200 куб. сант. за разъ. Обычные наконечники для прямой кишки по Naunyn'у не пригодны при острыхъ проктитахъ; введеніе ихъ вызываетъ непреодолимый позывъ на низъ.

Rosenberg рекомендуетъ, если вышеуказанныя средства не принесли облегченія, припудривать черезъ ректоскопъ больную слизистую оболочку порошками. Онъ употребляетъ Ac. tann. 15,0 и Magn. ust. 100,0 или Bism. subn. или Xerogform. При эрозіяхъ или изъязвленіяхъ recti или S. romani онъ дѣлаетъ прижиганія 1/2—1% Arg. nitric. (съ послѣдующимъ обмываніемъ растворомъ поваренной соли), предварительно обмывъ больныя мѣста растворомъ перекиси водорода. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ помогаетъ орошенія слегка розоватымъ растворомъ Kalii hypermanganici (2 раза въ день).

Легкія хроническія формы не требуютъ никакого спеціального леченія. Онѣ проходятъ, когда устранена основная болѣзнь, т.-е. привычный запоръ или раздражающіе слизистую паразиты.

Тяжелыя хроническія формы требуютъ мѣстнаго леченія. Сначала пробуютъ промыванія настоемъ ромашки и фізіологическимъ растворомъ поваренной соли (0,6%), утромъ



и вечеромъ по одному вливанію; при безрезультатности этого леченія—ирригаціи танниномъ 5:1000; Arg. nitric. 1:1000, эмульсіей висмута 8:250, не больше 200—250 куб. сант. на каждую ирригацію; при очень упорныхъ случаяхъ обмыванія подъ контролемъ глаза Arg. nitr. 1,0—5,0:100,0.

Для ирригацій употребляютъ болѣе твердые, хорошо смазанные масломъ Nelaton'овскіе катетеры и обычную спринцовку. Промывную жидкость нужно задержать нѣсколько минутъ въ кишкѣ. Очень удобны стеклянныя спринцовки Zweig'a съ оттокомъ для воды.

Ирригаціи нужно дѣлать нѣсколько недѣль по 1—2 раза въ день. Одновременно необходимо дать больному возможный покой (лежать въ постели) и назначить легкую противузапорную діету; если же она безрезультатна, то легкія слабительныя.

Діета при этомъ легкая, время отъ времени нужны слабительныя (Rheum, Pulv. Liq. compr. и т. д.).

При очень хроническихъ случаяхъ рекомендуется леченіе мазями по Rosenheim'у. Съ помощью шприца для мазей Allingham'a вводится цинковая или висмутовая мазь; больной можетъ самъ дѣлать смазыванія.

Изъ курортовъ показаны Franzensbad, Elster, Желѣзноводскъ и другія желѣзисто-грязевыя купанья.

Прогнозъ. Настоящій проктитъ очень продолжительная, трудно поддающаяся леченію болѣзнь. Она тянется мѣсяцами, годами. Рецидивы очень часты, большая часть случаевъ неизлечима безъ многомѣсячнаго постельнаго режима.

Приложеніе: Proctitis sphincterica. Впервые Strauss обратилъ вниманіе на то, что бываютъ такіе ограниченныя проктиты.—Больные жалуются на постоянное жженіе и ощущеніе инороднаго тѣла въ заднемъ проходѣ, слизистогнойное, порою кровянистое отдѣленіе, особенно послѣ испражнений. Ректоскопомъ не трудно поставить діагностику: слизистая сильно покраснѣла и набухла, часто осаднена и слегка кровоточить.

Такой проктитъ лучше всего лечить мазями, которыя вводятъ съ помощью шприца Allingham'a. Можно употребить 3% борную мазь и т. д. Мнѣ пригодилась предложенная Tuttle (New-York) смѣсь, а именно:

Rp. Jchthyol. 1,0.

Argyrol.

Anaesthesin aa 2,0.

Vasel. amer. 15,0.

M. f. ung. D. S. Наружное (оставляетъ на бѣльѣ пятна).



## Язвы прямой кишки.

Язвы прямой кишки бываютъ очень различной интенсивности и величины, отъ плоскихъ съ горошину величиной эрозій до глубокихъ съ пятиалтынный изъязвленій.

Этіологія. Сильные катарры могутъ повести къ образованію эрозій, изъязвленій, какъ мы уже видѣли въ предыдущей главѣ. Самой частой причиной является инфекция: гоноррея, сифились, туберкулезъ, дизентерія, тифъ, піэмія и т. д.

Гоноррейная инфекция у женщинъ производится большею частью клизмами, причемъ гонорройный секретъ попадаетъ непосредственно на слизистую оболочку прямой кишки. Путь распространенія сифилиса и туберкулеза на rectum менѣе ясенъ. — При туберкулезѣ язва происходитъ большею частью изъ вскрышагося перипроктического абсцесса. — Язвы прямой кишки вслѣдствіе интоксикацій образуются рѣдко.

Симптоматологія. Субъективно сильныя боли въ прямой кишкѣ, отдающія въ крестецъ, тенезмы, объективно кроваво-гноино-слизистый fluor posterior, язвы и кровотеченія.

Діагнозъ. Сидящія у отверстія задняго прохода изъязвленія (эрозіи и фиссуры) видны простымъ глазомъ, выше сидящія въ ректоскопѣ. Безъ непосредственнаго осмотра точный діагнозъ и отграниченіе отъ сильнаго катарра невозможны.

Т е р а п і я. Лечение катарральныхъ изъязвленій, большею частью плоскихъ эрозій см. въ предыдущей главѣ.

Гоноррейныя экскоріаціи лечатъ теплыми сидячими ваннами, вливаніями вяжущихъ растворовъ (квасцы, таннинъ, Arg. nitr.) и прижиганіями хлористымъ цинкомъ 20.100, которыя дѣлають черезъ ректоскопъ ватными тампонами.

Способъ Gant'a испробованъ мною, и я могу его рекомендовать: два раза въ недѣлю вливають въ прямую кишку съ помощью воронки и резиновой трубки для прямой кишки 75 куб. сант. слѣдующей смѣси, предварительно нагрѣвъ ее (паціентъ ложится на столъ и опускаетъ верхнюю часть туловища на землю такъ, что задній проходъ оказывается выше всего):

Rp. Jodoform. 4,0.

Bism. subnit. 60,0.

Ol. petri crud. 600,0.

M. D. S. Въ руки врача.



Вмѣсто вонючаго іодоформа можно, конечно, употреб-  
лять Noviform, Vioform и т. д.

Въ другихъ случаяхъ помогаютъ присыпки слизистой  
оболочки ксеразой, Bism.subnitr., порошкомъ Lenicet и дру-  
гими легкими дезинфецирующими и вяжущими послѣ пред-  
варительнаго промыванія по Rosenberg'у (Neuenahr) 3%  
растворомъ  $H_2O_2$ .—Хорошо помогаетъ вливаніе слѣдующей  
микстуры: Bi subnitr., Amyli aa 5,0 на 200,0 воды.

Опредѣленной терапіи для каждаго отдѣльнаго случая  
нѣтъ. Нужно пробовать. Наилучшее предохранительное сред-  
ство—многомѣсячное содержаніе въ постели.

Прогнозъ хроническаго язвеннаго проктита очень  
мраченъ. Онъ излечивается очень медленно и часто ведетъ  
къ рецидивамъ, иногда къ тяжелымъ стенозамъ. Во многихъ  
случаяхъ остается лишь наложеніе anus praeternaturalis.

### Фиссуры и эрозіи ані.

Онѣ сидятъ въ окружности анальнаго отверстія; фис-  
суры представляютъ собою трещины съ гнойнымъ дномъ  
и припухшими краями; эрозіи достигаютъ иногда величины  
боба.

Этіологія. Онѣ происходятъ чаще всего вслѣдствіе  
воспаленій геморроидальныхъ узловъ и надрывовъ слизистой  
оболочки при проталкиваніи твердыхъ, большого калибра  
каловыхъ массъ, далѣе при вышеупомянутыхъ гоноррей-  
ныхъ проктитахъ.

Симптоматологія. Эрозіи вызываютъ зудъ и жже-  
ніе, а анальныя фиссуры,—несмотря на свою малую вели-  
чину,—очень сильныя боли въ заднемъ проходѣ и окружности,  
иррадирующія вглубь таза. Большею частью послѣ испраж-  
ненія появляется спазмъ сфинктера, длящійся часами, такъ  
что пациенты изъ боязни болей возможно дольше удержи-  
ваются отъ дефекаціи.—Часто больные теряютъ небольшія  
количества крови и гноя.

Діагнозъ. Жалобы такъ характерны, особенно указа-  
нія на рѣзкія спазмы послѣ испражненій, что онѣ прежде  
всего побуждаютъ сдѣлать осмотръ задняго прохода. Фис-  
суру часто трудно разсмотрѣть, такъ какъ больные неохотно  
натуживаютъ. Осторожнымъ растягиваніемъ складокъ ані  
(въ колѣнно-локтевомъ положеніи) удастся увидѣть фиссуру.



Часто она лежитъ глубоко между складками и обычно на сторонѣ копчика.

Терапія. Соотвѣтствующей діетой, слабительными, даже вливаніями масла заботятся о мягкости кала, передъ испражненіемъ (пальцами или маленькимъ тампономъ) обильно смазываютъ масломъ прямую кишку.

Изъ лекарствъ пробуютъ два средства, *Arg. nitric.* и *Jchthyol. purum.* Послѣ кокаинизаціи, *gesp.* наркоза, основательно смазываютъ фиссуру ляписомъ, заставляють больного пролежать 2—3 дня въ постели, удерживая стулъ при помощи опія.—Ихтіоломъ смазываютъ фиссуру 2 раза въ день. Для намазыванія берутъ спичку съ наверхутою на нее ваткой.—Много такихъ случаевъ излечивается въ нѣсколько недѣль ихтіоломъ.

Въ упорныхъ случаяхъ *Voas* поступаетъ такъ: послѣ основательнаго опорожненія кишечника касторовымъ масломъ, больные ложатся на 8 дней въ постель, получаютъ по 10—15 капель *Tinct. Opii* 3 раза въ день и скудную, дающую возможно менѣе остатковъ пищу. Черезъ 8 дней снова большой приѣмъ кастороваго масла.

*Rosenbach* рекомендуетъ методическое бужированіе прямой кишки самимъ пациентомъ хорошо намасленнымъ пальцемъ (сидя на корточкахъ), утромъ и вечеромъ по  $\frac{1}{4}$  часа. Хроническіе больные, ни за что не соглашающіеся на операцію, при помощи такого бужирования получаютъ значительное уменьшеніе спазмовъ сфинктера\*).

Какъ *ultima ratio* служатъ безкровное растяженіе и кровавое разсѣченіе сфинктера. Первое дѣлають подъ наркозомъ, вводя оба большихъ пальца въ прямую кишку.

Послѣ растяженія или разрѣза фиссуры хорошо заживаютъ въ 1—2 недѣли.

Эрозіи и экзему задняго прохода лечатъ присыпкой (*Orthoform*, *Xeroform aa*) или мазью; *Orthoform*, *Xeroform aa* 1,0, *Ung. Zinci, Vaselini aa* 10,0 или *Thigenol* 3,0, *Lanolin* 15,0. Вечеромъ послѣ предварительнаго обмыванія втирають кусочекъ мази величиною съ бобъ.

\*) Прекрасный результатъ не разъ мнѣ удавалось [получать отъ токовъ д'Арсонваля. Стекланный электродъ вводится непосредственно въ *rectum*.



## Доброкачественныя новообразования.

Изъ доброкачественныхъ опухолей особенное клиническое значеніе имѣютъ полипы, такъ какъ они могутъ вызвать профузное кровотеченіе. *Polyposis recti* встрѣчается преимущественно у женщинъ послѣ гоноррейной инфекции. Кровотеченія часто считаются долгое время геморроидальными, пока изслѣдованіе пальцемъ не обнаружитъ дѣйствительнаго положенія вещей.

Терапія исключительно хирургическая. Остальныя доброкачественныя опухоли, кисты, фибромы, встрѣчаются рѣдко, только ангиомы т. е.

Геморроидальныя шишки требуютъ особаго описанія.

Этіологія. Онѣ происходятъ вслѣдствіе расширенія и новообразованія сосудовъ при сидячемъ образѣ жизни, вслѣдствіе разстройства кровообращенія, вслѣдствіе застоевъ въ воротной венѣ при хроническихъ запорахъ, на почвѣ наследственнаго предрасположенія (см. этіологію запора).

Симптомы. Много случаевъ легкихъ степеней протекаютъ безболѣзненно съ легкимъ зудомъ, больные замѣчаютъ лишь, что бумага послѣ обтиранія задняго прохода покрыта кровью. Болѣзненность появляется только тогда, когда геморроидальныя шишки воспаляются. Обычно больные не обращаются раньше этого къ врачу.

Боли жгучія, сверлящія, колющія, часто схваткообразныя, особенно послѣ дефекаціи. Сидѣніе увеличиваетъ ихъ. Слизистая прямой кишки набухаетъ, становится багроваго цвѣта; при натуживаніи показываются вокругъ задняго прохода упругіе узлы величиною отъ боба до лѣснаго орѣха, кромѣ того, пальцемъ можно прощупать глубоко сидящіе узлы. Часто бываютъ профузныя кровотеченія. Если образуются трещины, то бываютъ также спазмы сфинктера.

Діагнозъ. Нужно убѣдиться, во-первыхъ, что кровотеченія въ самомъ дѣлѣ геморроидальныя, а не исходятъ изъ полиповъ, карциномъ или язвъ; во-вторыхъ, образовались ли только изолированныя узлы или вся слизистая цѣликомъ снаружи и внутри поражена процессомъ; въ-третьихъ, находятся ли шишки въ катаррально-воспаленномъ состояніи и въ-четвертыхъ, у наружнаго или внутренняго анальнаго кольца расположены узлы или наконецъ у обоихъ.

Сомнѣваться въ діагностикѣ при тщательномъ осмотрѣ и пальцевомъ изслѣдованіи врядъ ли возможно.



Терапія. Раціональне лічення должно удовлетворять слѣдующимъ требованіямъ: 1) устранить воспаленіе геморроидальныхъ узловъ, 2) вызвать ихъ сморщиваніе и 3) предупредить рецидивы.

Обычно я пользуюсь слѣдующимъ методомъ, который во многихъ случаяхъ давалъ мнѣ хорошіе результаты.

1. Больной самъ дѣлаетъ себѣ въ теченіи 3—6 дней холодные компрессы на шишки (въ положеніи на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ, согнутыми и растопыренными ногами), въ тяжелыхъ случаяхъ въ теченіе цѣлаго дня, въ легкихъ 3 раза въ день по  $\frac{1}{2}$  часа утромъ и вечеромъ въ постели, а послѣ обѣда, лежа на chaise-longue. Для компрессовъ берутъ свинцовую примочку или растворъ квасцовъ.— Во время компресса больные по возможности выдавливаютъ шишки наружу.—Черезъ 3—4 дня шишки спадаются и становятся безболѣзненны. Въ это время для послабленія ставятся масляныя клизмы.

Далѣе для остановки кровотеченій рекомендуется 1%—2% растворъ таннина, 1—3% растворъ квасцовъ наружно или при внутреннихъ шишкахъ, внутрь при помощи спринцовки для прямой кишки. Выпавшія шишки смазываются Люголевскимъ растворомъ (Kal. jod. 2,0, Iod. pur. 0,2. Glycer. 40,0), а эрозіи цинковой пастой.

2. Для сморщиванія лучше всего употреблять Extr. Hamamelis. Обычно я назначаю 12 суппозиторіевъ: Extr. Hamamelis virg. 0,3. Orthoform 0,3 (въ случаѣ болей), Butyrum Cacao 2,0—вводитъ утромъ и вечеромъ по 1 свѣчкѣ. Черезъ недѣлю я назначаю еще на 3—4 недѣли 3 раза въ день по  $\frac{1}{2}$  чайной ложкѣ Extr. fluid. Hamamelis послѣ ѣды. Можно назначать и въ такомъ видѣ:

Rp. Extr. Ham. virg. 5,0

Orthoform 1,5

Lanol. anhydr. 15,0

M. f. ung. D. S. 2 раза въ день втирать  
кусочекъ величиною съ бобъ.

При высоко сидящихъ узлахъ удобно втирать мазь приборомъ Allingham'a.

При долго длящихся, рецидивирующихъ кровотеченіяхъ изъ внутреннихъ шишекъ назначаютъ холодныя ирригаціи при помощи охладителя Artzberger'a, который примѣняется при болѣзняхъ простаты.



Дієта съ самаго начала должна быть та же, что и при *obstipatio atonica resp. spastica*, т. е. тяжелая или легкая противузапорная пища; при спазмахъ черезъ день по вечерамъ дѣлають масляные клистиры.

3. Съ цѣлью профилактики ежедневно холодная сидячая ванна на 10 минутъ, ношеніе пессарія съ отверстіемъ посерединѣ для выхода газовъ, повтореніе каждые три мѣсяца курса суппозиторій изъ *Namamelis*, дієта—сообразно характеру запора; при а т о н и ч е с к о й формѣ: *Pulv. Liq. comp.*, таблетки изъ ревеня (0,5—1,0); горькая и глауберова соль; при спастическомъ масляные клистиры, курсъ въ *Kissingen'ѣ*, *Marienbad'ѣ*, *Karlsbad'ѣ*, *Franzensbad'ѣ*, *Elster'ѣ*, *Tarasps'ѣ*, *Homburg'ѣ* и т. д., также виноградное леченіе. Для послабленій употребляютъ *Rheum, Pulv. Liq. comp.*, *Magn. citr. efferv.*, *Cascara*, и т. д. (см. выше).

Подходящими слабительными являются:

Rp. *Sapo medic.* 15,0

*Mucil. gummi mim. q. s.*

ut f. pill. C.

*Consp. pulv. cort. Cinn.*

D. S. 3 раза въ день по 3 пилюли

послѣ ѣды.

Rp. *Tart. depur.*

*Flor. sulf. aa* 10,0

*Pulv. rad. Rhei* 5,0

*Pulv. pector.* 15,0

*Elaeos. Citri* 5,0

M. D. S. Утромъ и вечеромъ на кончикѣ ножа въ лафитномъ стаканчикѣ воды.

Долженъ предостеречь противъ инъекціи карболовой кислоты въ шишки, такъ какъ послѣ этого наблюдались эмболии. При желаніи произвести инъекцію лучше всего пользоваться наиболѣе простымъ и безопаснымъ способомъ *Gant'a*,—а именно:

Шишку наполняютъ съ помощью праватцовскаго шприца стерилизованной водой, захватываютъ хирургическимъ пинцетомъ, основаніе ея Куперовскими ножницами отдѣляется круговымъ надрѣзомъ, приводящій сосудъ перевязывается и шишка совершенно отдѣляется кнаружи отъ мѣста перевязки. Пациенту ставятъ суппозиторій съ белладонной, кладутъ немного марли на рану и съ этимъ отпускаютъ. Рана заживаетъ грануляціями. При такомъ открытомъ состояніи раны инъфекціи не происходитъ.—Внутреннія шишки *Gant* вытаскиваетъ наружу, удаляетъ такимъ же способомъ, но тщательно ихъ перевязываетъ <sup>1)</sup>.

*Boas* придумалъ новый способъ безкровнаго радикальнаго леченія геморроя.

Шишки выдавливаются большимъ наружу и кромѣ того нѣсколько

<sup>1)</sup> Въ Америкѣ почти каждый практикующій врачъ дѣлаетъ эту операцію амбулаторно.



разъ въ день къ нимъ приставляется небольшая Вieg'овская банка, и затѣмъ смазываются анестезирующей мазью (10—20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> анестезинъ). Больные лежатъ 3—4 дня, затѣмъ набухшія въ началѣ шишки спадаютъ и дѣло доходить до облитерации и выздоровленія. Стулъ вызываютъ легкими слабительными. Само собою такіе больные подлежатъ клиническому наблюденію и должны быть навѣщаемы 1—2 раза въ день.—Пріемъ очень удобенъ для обычной практики.

Boas рекомендуетъ какъ противогеморроидальное средство, CaCl<sub>2</sub>. Онъ впрыскиваетъ по 10 куб. сант. 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> раствора 1—2 раза въ день.

При зудящихъ, болѣзненныхъ, кровоточащихъ шишкахъ рекомендуется также: Haemorrhoidenserum Merz'a (въ тубахъ), Cyklorenal въ мази или шарикахъ или суппозитории Noridal, Anusol.

Въ очень многихъ застарѣлыхъ случаяхъ такимъ способомъ удастся прекратить всякія страданія. Все-таки встрѣчаются случаи, при которыхъ необходимо хирургическое вмѣшательство, сюда принадлежатъ главнымъ образомъ внутреннія шишки. Кромѣ того:

Rr. Chrysarobin 0,08  
Jodoform 0,02  
Extr. Bellad. 0,01  
But. Cacao 2,0

M. f. Supp. 2—3 штуки въ день.

Rp. Chrysarobini 0,1  
Ac. tann. 0,1  
Jodoform 0,2  
Extr. Bell. 0,02.  
But. Cacao 2,0

M. f. Supp. Dos. XII 2—3 pro die.

Rp. Chrysarobini 0,8  
Jodoformi 0,3  
Extr. Bellad. 0,6  
Vaselin 15,0

M. f. ung. D. S. Смазывать нѣсколько разъ въ день.

Rp. Cyclorenal 30,0

D. S. Наружное, или при внутреннихъ шишкахъ вводитъ приложеннымъ шприцемъ.

Прогнозъ. Прогнозъ при геморроѣ можно назвать хорошимъ. Больныхъ ослабляютъ лишь потери крови и боли, въ остальномъ общее состояніе не страдаетъ. У нѣкоторыхъ кровотеченія бываютъ такъ сильны, что они получаютъ кахектическій видъ.

Осложненіями являются катарры, фиссуры и эрозии прямой кишки, фиссуры задняго прохода и абсцессы, очень рѣдко тромбы узловъ и эмболіи, выпаденія слизистой оболочки прямой кишки вмѣстѣ съ узлами. Иногда геморрой является причиной запора, большею же частью бываетъ его слѣдствіемъ. При многолѣтнемъ теченіи болѣзни больные становятся ипохондриками и неврастениками.



## К а з у и с т и к а .

Frau Sch., 36 лѣтъ, вдова.—10 лѣтъ запоръ, часто вѣтругонныя и слизистыя колики. Слабительныя дѣйствуютъ лишь въ большихъ дозахъ, клизмы почти не дѣйствуютъ. Послѣдніе  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  года сильныя боли въ заднемъ проходѣ и кровоточенія, послѣднія 4—5 недѣль теряетъ по 3—4 стол. л. крови.— Наружныя и внутреннія геморроидальныя шишки, Fluor albus posterior. Диагнозъ: Obstipatio spastica, catarrhus recti, геморрой. Терапія: недѣля въ постели, компрессъ изъ свинцовой примочки, черезъ день вливанія масла черезъ Nelaton'овскій катетеръ, третью и четвертую недѣлю Extr. fluid. Natam. 3 раза по 1 чайной ложкѣ; легкая противузапорная діета, масляные клистиры въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ. Полное выздоровленіе.

## Злокачественныя новообразованія прямой кишки.

На практикѣ встрѣчаются почти исключительно карциномы, прочія злокачественныя новообразованія наблюдаются очень рѣдко. Раки прямой кишки обычно встрѣчаются у людей среднихъ лѣтъ (40—60), которые передъ тѣмъ имѣли безупречное пищевареніе. Болѣзнь начинается исподволь, незамѣтно. Часто пациенты обращаются впервые къ врачу тогда, когда уже время для операціи пропущено. Общее состояніе больныхъ иногда почти не страдаетъ и аппетитъ хорошъ.

Симптоматологія. Субъективно: отпавленія на низъ учащенныя; тянущія, жгучія боли въ прямой кишкѣ и въ лѣвой части живота; болѣзненное пученіе живота. вмѣсто испражненій при натуживаніи выходитъ лишь слизь и часто кровь. Больные думаютъ, что у нихъ геморрой.

Объективно большей частью удается найти пальцемъ и ректоскопомъ опухоль. Обычно она кратерообразна, въ далеко зашедшихъ случаяхъ кольцеобразна, можетъ сидѣть на любомъ мѣстѣ слизистой. Новообразование обычно больше, чѣмъ кажется на ощупь. Если опухоль расположена высоко, между прямой кишкой и S. romanum, то діагнозъ очень труденъ.

При всякомъ сколько-нибудь подозрительномъ случаѣ необходимо производить изслѣдованіе прямой кишки пальцемъ въ колѣнно-локтевомъ положеніи, также при помощи ректоскопа (съ участіемъ спеціалиста).

Далѣе находятъ кроваво-гноино-слизистое fluor posterior грязно-красно-коричневаго цвѣта и консинтенціи густыхъ сливокъ.

Общее состояніе долгое время не разстраивается, аппетитъ очень хорошъ.



Кахексія бываетъ лишь въ конечной стадіи.—Иногда бываетъ „окоченіе“ *S. gonapum*, какъ вообще при кишечныхъ стенозахъ.

Діагнозъ можетъ быть поставленъ лишь непосредственнымъ ощупываніемъ и осмотромъ опухоли, такъ какъ остальные симптомы встрѣчаются и при другихъ болѣзняхъ прямой кишки.

Прогнозъ *quoad vitam* абсолютно неблагоприятенъ, но *quoad longitudinem vitae* не такъ плохъ, какъ обычно думаютъ, даже если больные не подвергаются операци. Я видалъ цѣлый рядъ больныхъ, которые еще 1—1½ года послѣ постановки діагноза могли продолжать свои обычныя занятія, при довольно хорошемъ самочувствіи и хорошемъ аппетитѣ, только они должны были часто принимать слабительное.

Терапія. Карциномы передней стѣнки кишки, т. е. сидяція у простаты и пузыря, если онѣ фиксированы и уже достигли размѣровъ болѣе серебрянаго рубля, лучше не оперировать. Предпочтительнѣе потомъ наложить *anus praeternaturalis sinister*. Для жизни и самочувствія больного это лучше, чѣмъ ранняя радикальная операція, исходъ которой сомнителенъ.

Маленькія карциномы всей прямой кишки и большія, если онѣ подвижны и экстравезикальны, необходимо немедленно оперировать.

Внутреннее леченіе то же, что кишечнаго стеноза (см. выше). Обычно я назначаю діету изъ овощей съ большимъ количествомъ масла, дающую возможно меньше остатковъ (овощи въ видѣ нѣжныхъ пюре, много фруктовъ, масло, сливки, нѣжное мясо, яйца, лимонадъ, бѣлое вино); черезъ день по вечерамъ слабительное: касторовое масло или горькую соль съ ревенемъ, кромѣ того каждую недѣлю по двѣ масляныхъ клизмы по 400 к. с., при боляхъ и тенезмахъ суппозиторіи изъ белладонны по 0,04—0,06: 1—3 раза въ день.

Осложненіям и карциномы являются пузырьныя фистулы или вагинальныя, леченіе которыхъ исключительно хирургическое.

#### Доброкачественные стенозы прямой кишки.

Приобрѣтенныя суженія прямой кишки рѣдко происходятъ вслѣдствіе давленія извнѣ (*retroflexio uteri gravidi*, эксудаты, тазовыя опухоли), болшею частью они возникаютъ



вслѣдствіе образованія внутреннихъ рубцовъ послѣ изъязвленій, особенно венерическаго характера.

Сифилитическія стриктуры, бывающія чаще всего у женщинъ, представляютъ тяжелое страданіе; онѣ развиваются постепенно и подъ конецъ могутъ привести къ полной непроходимости прямой кишки, вслѣдствіе образованія диафрагмо-подобнаго лучистаго рубца, плотно лежащаго непосредственно надъ заднепроходнымъ отверстіемъ.

Симптоматологія. Симптомы тѣ же, что при всякомъ стенозѣ: ощущеніе давленія, напряженія, болѣзненнаго движенія, слизистые поносы, кровотеченія; объективно находятъ рубцовое суженіе въ прямой кишкѣ, которое большею частью прощупывается пальцемъ. Рубцы кольцеобразной или воронкообразной формы, на кончикѣ воронки обычно круглое отверстіе, просвѣтъ котораго толщиной начиная отъ вязальной спицы до пальца. Выше мѣста стриктуры слизистая воспалена. Стулъ, конечно, задержанъ, въ тяжелыхъ степеняхъ дѣло доходитъ до ileus'a.

Діагнозъ легокъ и ставится на основаніи пальцеваго изслѣдованія.

Терапія. Свѣжія, еще проходимыя для мизинца суженія лечатъ извѣстными англійскими коническими бужами для прямой кишки. Бужированіе дѣлается ежедневно въ теченіи нѣсколькихъ недѣль. Рецидивы часто наблюдаются. Кромѣ того, даютъ іодистый калий 6:200, 3 раза въ день по 1 столовой ложкѣ, если рубцы еще не слишкомъ тверды. При безрезультатности прочей терапіи можно попробовать также инъекціи 10% раствора Thiosinamin'a лучше всего въ формѣ готовыхъ ампулъ фибролизина (см. выше). Для уменьшенія болей суппозиторіи изъ кокаина и белладонны; въ качествѣ слабительнаго касторовое масло или горькая соль, кромѣ того каждую недѣлю 2—3 масляныхъ клизмы.

Легкіе случаи удовлетворительно поддаются такому леченію, въ тяжелыхъ же не остается другого выхода, какъ экстирпація или *anus praeternaturalis*.

### Прочія органическія болѣзни прямой кишки.

Кромѣ вышеописанныхъ заболѣваній бываютъ еще абсцессы и фистулы прямой кишки, а также выпаденія и врожденныя неправильности развитія, наружныя гоноррейныя и сифилитическія пораненія. Лечение ихъ



преимущественно хирургическое, также какъ хроническихъ экземъ области ani.

### Нервныя страданія прямой кишки.

Здѣсь будетъ рѣчь только о пораженіи прямой кишки при *tabes dorsalis*. При этой болѣзни наблюдаются: *incontinentia alvi* и, такъ-наз., кризы прямой кишки, периодически появляющіеся тенезмы безъ анатомическаго измѣненія *recti*. Далѣе *proktalgiae*, какъ частичное проявленіе конституціонной мигрени, бывающія порою у молодыхъ дѣвушекъ и прекращающіяся послѣ приема *Antipygin'a*.

Какъ частичныя проявленія заболѣванія всей кишечной трубки наблюдаются расслабленіе и спазмы прямой кишки, ведущія къ функціональнымъ расширеніямъ и суженіямъ. Рефлекторная возбудимость слизистой прямой кишки у истеричныхъ бываетъ такъ велика, что кишка крѣпко охватываетъ палецъ изслѣдующаго. Такіе случаи лечатъ вливаніями теплаго масла или настоя ромашки и суппозиторіями изъ белладонны; расслабленія-же холодными, задерживаемыми внутри клизмами (100—150 куб. сант.), холодными сидячими ваннами и углекислыми ваннами, а также душами *ad anum*.

Часто встрѣчается неврозъ — *hypertonia sphyncteris*. Онъ ведетъ къ непріятнымъ ощущеніямъ и задержкѣ стула съ ея послѣдствіями. Лучше всего помогаетъ эндогальванизация, легкая вибрація, горячія сидячія ванны и мази или суппозиторіи съ белладонной.

*Incontinentia alvi* бываетъ, какъ неврозъ или, какъ слѣдствіе операціи или дизентеріи (фистулы и т. д.). Нѣкоторые больные удерживаютъ по крайней мѣрѣ твердый калъ, другіе никакого. Иногда достаточно крѣпящей діеты и предписанія опія съ вяжущими, иногда же необходимо оперативное вмѣшательство.

Сенсорные неврозы прямой кишки очень рѣдки и ихъ можно обойти молчаніемъ.

Въ заключеніе мы остановимся подробнѣе на

### **Pruritus ani**

*Pruritus ani* представляетъ собою непереносимый зудъ области задняго прохода и ягодицъ.—Причина его неизвѣстна, можетъ быть паразиты; часто онъ кончается острой или



подострой діарреей, иногда онъ бываетъ слѣдствіемъ первичнаго экзематознаго заболѣванія кожи, иногда же конституціональнаго происхожденія.

Мы не будемъ здѣсь говорить о симптоматическомъ зудѣ при оксіурахъ и діабетѣ. — Зудъ сильнѣе всего, когда больной ложится въ кровать.

При леченіи прежде всего нужно урегулировать стулъ, при поносѣ его нужно задержать, чтобъ предотвратить отъ постоянного смачиванія больной участокъ кожи, запоръ долженъ быть устраненъ соотвѣтствующей діетой или слабительнымъ, порою вливаніемъ виннаго стакана масла въ прямую кишку передъ самой дефекаціей. Должно избѣгать слишкомъ пряныхъ блюдъ, необходимъ покой и регулярная жизнь, устраненіе переутомленія. Послѣ каждаго испражненія необходимо тщательно вытирать (не мыть) задній проходъ, при влажноти его присыпать порошкомъ Lenicet противъ пота. Сидячія ванны изъ отрубей часто приносятъ пользу. Между ягодицами нужно всегда держать напудренную марлю или вату. — Если зудъ мѣшаетъ даже во снѣ, то по Allingham'у нужно держать въ заднемъ проходѣ деревянную или изъ слоновой кости палочку снт. 5 длиною, толщиною съ палець, конусообразно заостренную. Систематически назначаютъ 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ную бромокolloвую мазь, 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> тигеноловую пасту, 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ную анестезиновую мазь и, какъ послѣднюю новостъ Vilja-Creme (Ung. herb. comp. Obermeyer). Количество предлагаемыхъ средствъ неисчислимо—доказательство упорства болѣзни. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ излеченіе приходило послѣ нѣсколькихъ сеансовъ леченія рентгеновскими лучами. Больного нужно послать къ дерматологу, такъ какъ болѣзнь собственно нужно лечить, какъ дерматитъ.

Можно попробовать дать отъ зуда такую мазь:

Rp. Liq. Alumin. acet. 1,0

Aq. destil. 19,0

Lanolin. 10,0

Vaselin 20,0

M. D. S. Наружное.



Таблица для діагностики безъ пробнаго завтрака.

	Общее состояніе.	Боль.	Тяжесть подъ ложечкой.	Рвота.	Стуль.	Habitus.
Гастритъ.	Въ началѣ хорошее (особенно при <i>G. acida</i> ) потомъ слабость, аппетитъ перемѣнчивъ.	При стенозирующемъ гастритѣ и ахилии—судорожная; жжение при <i>G. acida</i> .	Послѣ тяжелой ѣды при <i>gastritis anacida</i> .	Почти нѣтъ, только послѣ нарушеній діеты.	Нерегулярный, часто поносы.	Нормальный.
Язва.	Аппетитъ очень хорошъ; общ. состояніе хорошее, исключая времени болей.	Сильная черезъ $\frac{1}{2}$ —4 часа послѣ ѣды.	Нѣтъ.	Послѣ нарушеній діеты.	Вялый.	Нормальный.
Стенозъ пилорической части желудка.	Хорошій аппетитъ за исключеніемъ злокачественныхъ случаевъ. — Внѣ приступовъ состояніе хорошее.	Тянущая, прекращающаяся послѣ рвоты.	Постоянное чувство переполненія желудка.	Обильная черезъ 4—5 часовъ послѣ ѣды.	Вялый.	Нормальный.
Карцинома безъ стеноза.	Плохое; отвращеніе къ мясу.	Нѣтъ.	Послѣ тяжелой пищи.	Нѣтъ.	Вялый.	Нормальный.
Атонія.	Плохое.	Нѣтъ.	Послѣ каждой ѣды въ области эпигастрія.	Нѣтъ.	Вялый.	Enteroproticus
Неврозы желудка.	Плохое, перемѣнчивое.	Нѣтъ.	Постоянная, по цѣлымъ днямъ.	Часто непосредственно вслѣдъ за ѣдой.	Вялый.	Enteroproticus
Энтеритъ.	Плохое.	Нѣтъ.	Постоянная во всемъ животѣ.	Нѣтъ.	Мягкій, губчатый.	Различный.
Энтероколитъ.	Плохое.	Колики.	Ч. напряженія въ поперечномъ направленіи.	Рѣдко.	Кашицеобразный, слизистый	Различное.
Колигъ.	Хорошее.	<i>Colica flatulenta</i> .	Напряженіе.	Нѣтъ.	Запоръ.	Различный.
Атоническій запоръ.	Сносное.	Нѣтъ.	Временами чувство полноты	Нѣтъ.	Твердый, колбасообразный, крупный.	Большую частью enteroproticus.
Спастическій запоръ.	Плохое.	Колики.	Напряженіе.	Рѣдко.	Твердый, мелкаго калибра, слизистый	Большую частью enteroproticus.



## СХЕМА ДІЕТЕТИЧЕСКАГО ЛЕЧЕНІЯ БОЛѢЗ- НЕЙ ЖЕЛУДКА, КИШЕКЪ И ОБМѢНА ВЕ- ЩЕСТВЪ.

Хотя о діететикѣ было уже говорено подробно въ от-  
дѣльных главахъ, необходимо изложить ее еще разъ ко-  
ротко, схематически. Въ общемъ совершенно достаточно ни-  
жеуказанныхъ 10 видовъ. При комбинированномъ заболѣва-  
ніи и діета должна быть комбинированной, напр. противуза-  
порная діета выполняется иногда одновременно съ діетой  
для гастрита, діета для откармливанія съ крѣпящей и т. д.

Каждому больному нужно дать письменное указаніе о  
времени, качествѣ и количествѣ ѣды, указать часы ваннъ,  
прогулокъ, гимнастическихъ упражненій, массажа, клизмъ,  
послѣобѣденнаго отдыха, пріема лекарствъ, питья источни-  
ковъ, а также и время, когда онъ долженъ вставать и ло-  
житься спать.

Эти расписанія должны сообразоваться съ свободнымъ  
отъ занятій временемъ больного; служащимъ людямъ дается  
иное назначеніе, чѣмъ свободнымъ людямъ, которые все свое  
время могутъ проводить дома. Выборъ кушаній тоже въ зна-  
чительной степени зависитъ отъ имущественнаго состоянія  
больного. Никогда нельзя назначать больнымъ того, что они  
не въ состояніи оплатить, такъ какъ иначе предписанія ос-  
танутся невыполненными.

### I. Діета при стенозахъ.

Показанія: Доброкачественные и злокачественные  
стенозы пищевода, входа и выхода желудка, двѣнадцати-  
перстной кишки.

Принципъ. Жидкая діета, содержащая много жира и  
бѣлка, при умѣренныхъ стенозахъ жидко-кашицеобразная.  
При доброкачественныхъ пилорическихъ стенозахъ съ гипер-  
хиліей можно давать мягкое мясо, при злокачественныхъ,  
ахиличныхъ оно строго запрещается.



Спеціальное расписаніе:

7 часовъ: 1 винный стаканчикъ или 1—2 столовыхъ ложки оливковаго или миндальнаго масла (при отвращеніи къ нему миндальная эмульсія или желтое масло); при засто-яхъ—послѣ промыванія.

8 часовъ: 1 чашка (200—250 куб. сант.) кофе, чая, какао съ молокомъ или сливками.

10 часовъ: бульонъ съ 1—2 яичными желтками, или мучной супъ съ масломъ.

12 часовъ: бульонъ съ очень мелкой мукой, масломъ и яичнымъ желткомъ.

3 часа: то же, что въ 8 часовъ.

5½ часовъ: то же, что въ 10 часовъ.

8 часовъ: то же, что въ 10 часовъ обычно съ санато-геномъ и пр.

Какъ прохладительныя средства, даютъ лимонадъ, вино, вино съ яичнымъ желткомъ, коньякъ съ яйцомъ, фруктовое мороженое, особенно ванилевое, пуро, какъ замѣна мяса, мясное желе, студень изъ телячьихъ ножекъ, beeftea, пахтанье, сырыя яйца по желанію, питательные препараты Hygiama, Biomalz, Ribamalz, Schiffsmumme и т. д.

При стенозахъ средней степени, кромѣ того:

Легкое пюре изъ картофеля, шпината, моркови, струч-ковъ, легкіе пуддинги, скобленная копченая лососина, отбор-ное куриное мясо и т. д.

## II. Діета при гастритахъ.

Показанія. Gastritis hyperacida, sub- и anacida, кар-циномы, сидяція экстраостіально.

Принципъ. Нераздражающая, кашицеобразная пища, въ зависимости отъ состоянія питанія и стула. Ожирѣлымъ больнымъ дается мало, исхудалымъ много масла, страдающіе запоромъ получаютъ много зелени и овощей, страдающіе по-носомъ крѣпящія блюда.

7 часовъ: Минеральная вода, при g. acida Karlsbad, Vichy, Боржомъ или Ессентуки, при g. anacida Homburg, Kissingen, Wiesbaden; при запорахъ комнатной температуры, при поносахъ горячая и въ половинномъ количествѣ.

7½—8 часовъ: чай съ молокомъ (или сливками), бѣ-лый хлѣбъ, масло, какао обыкновенное или желудевое съ поджареннымъ хлѣбомъ (toast) при поносѣ.



10—11 часовъ: мучной супъ или кисель, бѣлый хлѣбъ, масло, 1 яйцо, вареное 2 минуты или скобленая ветчина.

12<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часовъ: минеральная вода.

1 часъ: Обѣдъ: 1. Супъ. 2. Пюре изъ стручковыхъ, моркови, шпината или спаржи, цвѣтная капуста съ масломъ или же лапша, макароны, рисъ съ масломъ или въ супѣ. 3. Бѣлое нѣжное мясо: курица, голубь, телятина, рыба (щука, окунь, судакъ). Къ нему пюре изъ фруктовъ, сладкое и теплое. Вмѣсто 2 можно дать пуддингъ изъ риса, манной крупы и т. д.

4—5 часовъ: то же, что въ 7—8.

6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часовъ: минеральная вода.

7—8 часовъ: мучной супъ или какао на молокъ, бѣлый хлѣбъ, масло, холодное бѣлое мясо или 2 яйца въ смятку.

Строго воспрещаются: хлѣбъ, капуста, сыръ, бобовые овощи, копченое мясо, угорь, гусь, утка, сало, лососина, кислое, всякое лакомство, холодные напитки.

Пряности запрещаются при гиперацидности и разрешаются при Gastritis subacida.

При ахилии съ „гастрогеннымъ“ поносомъ назначается „діэта при поносахъ“.

### III. Діэта при язвѣ.

Показанія: язвы и эрозіи.

Принципъ. Нераздражающая діэта, незадерживающаяся въ желудкѣ и возможно менѣе вызывающая секрецію.

4 вида каждый на 8—10 дней. 1) Видъ—жидкая, 2)—кашицеобразная, 3)—болѣе густая кашицеобразная, 4)—легкая. Эта діэта подробно изложена въ главѣ о круглой язвѣ.

Примѣчаніе. Карцинома, расширение и гиперхлорхидрія не требуютъ специфической діэты. — При остіальной карциномѣ дается діэта, какъ при стенозахъ, при экстраостіальной діэта гастритиковъ; при расширеніи сначала всегда дается діэта, какъ при стенозахъ; при гиперхлорхидрії (см. выше) назначаютъ діету сообразную съ основной болѣзнью, т. е. діету gastritis—(acida), діету при язвѣ, противузапорную діету или діету для откармливанія.

### IV. Діэта при поносахъ.

Показанія. Кишечный катарръ съ поносами или сильной склонностью къ нимъ.



Принципъ. Нераздражающая, вязущая, безъ остатковъ, легко всасываемая пища.

7 часовъ: минеральная вода, горячая, маленькими порціями (75—150 куб. сант.); выборъ воды зависитъ отъ характера желудочнаго сока. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ воды не переносятся и тогда ихъ отмѣняютъ.

7½ часовъ: Желудевый какао (2 чайныя ложки на 1 чашку) на водѣ, поджаренный бѣлый хлѣбъ, масло.

10 часовъ: мучной супъ съ масломъ, поджаренный хлѣбъ (toast) съ масломъ, яйцо, скобленная лососина.

1 часъ: бульонъ съ рисомъ, манной крупой, лапшой, макаронами и бѣлое мясо, въ легкихъ случаяхъ овощныя пюре (какъ выше), 1 стаканъ черничнаго вина.

4 часа: то же, что въ 7½.

6 часовъ: минеральная вода.

7—8 часовъ: чай съ краснымъ или черничнымъ виномъ, поджаренный хлѣбъ, масло, холодное бѣлое мясо.

9—10 часовъ: 1 стаканъ горячаго чая изъ перечной мяты.

Въ легкихъ случаяхъ, когда стулъ кашицеобразенъ или при выздоравливаніи въ тяжелыхъ случаяхъ также бѣлый хлѣбъ, морковь, филе, рыба.

Строго запрещаются холодныя напитки, капуста, хлѣбъ, картофель, сыръ, кислое, пироги, кофе, бобовые овощи (они разрѣшаются только въ видѣ суповъ) гусь, утка, угорь, лососина, сало, соуса на салѣ, сырые овощи.

## V. Діета откармливанія.

Показанія. Анемія, пониженіе общаго питанія, atonia ventriculi (анемико-гастроптоическая диспепсія), энтероптозъ, Phthisis pulmonum.

Принципъ: При возможно полномъ покоѣ больной долженъ получать значительно большее количество пищи, чѣмъ это ему необходимо для поддержанія равновѣсія обмѣна веществъ для того, чтобъ у него могъ откладываться жиръ. Въ виду этого діета должна состоять преимущественно изъ крахмала и масла. Въ теченіе первыхъ 2—3 недѣль леченія больной долженъ лежать въ постели, и разъ въ день послѣ главной ѣды (обѣда) долженъ производиться массажъ живота.

7 часовъ: ½ литра молока, хлѣбъ съ масломъ.

9½ часовъ: чай или какао со сливками, 1 буттер-



бродъ, копченая лососина (при запорѣ кефиръ и хлѣбъ Graham'a).

12 часовъ: Овощи съ масломъ, немного мяса, пуддингъ съ вареньемъ, минеральная вода.

3 часа: то же, что въ 7 часовъ.

5 часовъ: 1 тарелка мучного супа на бульонѣ или какао со сливками, если стулъ регуляренъ.

7—8 часовъ: чай со сливками или молокомъ, бѣлый и сѣрый хлѣбъ, масло, 2 яйца въ смятку или холодное бѣлое мясо.

Даже при амбулаторномъ леченіи удастся такимъ образомъ добиться прибавки въ вѣсъ 2—3 фунтовъ въ недѣлю. Горечь для возбужденія аппетита дается за 15—30 минутъ до ѣды.

## VI. Діета при запорахъ.

Показанія. Обычный атоническій и спастическій запоры, легкіе катарры толстой кишки, сопровождающіеся запорами.

Противупоказанія. *Habitus apoplecticus*, пороки сердца, *plethora abdominalis*, заболѣванія сосѣднихъ органовъ.

Принципъ. При атонической формѣ дается пища, богатая остатками, химически и механически возбуждающая перистальтику, при спастической, только химически возбуждающая, менѣе грубая.

### A. Діета при *obstipatio atonica* (безболѣзненная форма).

7 часовъ: 1 стаканъ холодной воды или чернослива 10—12 ягодъ.

7 $\frac{1}{2}$  часовъ: Солодовое кофе или чай съ молокомъ, 1 столовая ложка молочнаго сахара, хлѣбъ изъ пшеничныхъ отрубей, масло и медъ (или мармеладъ).

10 часовъ: Пахтанье или 2-дневный кефиръ, простокваша, хлѣбъ изъ пшеничныхъ отрубей, масло, спѣлые фрукты.

12—1 часъ: овощи (также капуста), немного мяса, много сладкаго компота, 1 стаканъ яблочнаго вина, подслащеннаго 1 столовой ложкой молочнаго сахара.

4 часа: солодовый кофе или чай съ молокомъ, хлѣбъ изъ отрубей съ масломъ.



7 часовъ:  $\frac{1}{4}$  литра 2-дневнаго кефира, бутербродъ, яйца или холодное мясо; также пильзенское пиво.

9—10 часовъ: Фрукты или медовый пряникъ.

Запрещается чистый рисъ, крупа, саго, мучные супы.

### V. Діѣта при *obstipatio spastica*.

7 часовъ: 1 стаканъ горячаго чая изъ перечной мяты или валерьяны.

7 $\frac{1}{2}$  часовъ: чай со сливками и 1 столовая ложка молочнаго сахара, бѣлый и сдобный хлѣбъ съ масломъ и малиновое желе.

10 часовъ: Кефиръ 2 дневный, бѣлый хлѣбъ, масло, 1 яйцо.

12—1 часъ: 1 небольшая тарелка супа, легкіе овощи съ масломъ (не капуста!), мясо съ картофельнымъ пюре, салатъ съ прованскимъ масломъ и лимономъ, сладкій компотъ, 1 стаканъ малиноваго лимонада или хорошей фруктовой воды.

4 часа: Тоже что въ 7 $\frac{1}{2}$  часовъ.

6 часовъ:  $\frac{1}{4}$  литра кефира.

7—8 часовъ: Чай со сливками, 1 столовая ложка молочнаго сахара, бѣлый хлѣбъ, масло, холодное мясо.

9—10 часовъ: Пюре изъ овощей.

Умѣстна діѣта *Bircher's* (см. выше).

Запрещены: капуста, сырые плоды, кромѣ сладкихъ яблокъ, сливъ, апельсиновъ и винограда, грубый хлѣбъ, гусь, утка.

### VII. Діѣта обезжириванія.

Показаніе. Ожиреніе.

Принципъ. Какъ можно меньше жира и углеводовъ. большое количество бѣлка въ пищѣ и движеніе. Ъда только 4 раза.

7 часовъ: 1 стаканъ холодной воды, въ случаѣ запора гимнастика.

8 часовъ: Кофе съ очень небольшимъ количествомъ молока,  $\frac{1}{2}$  фунта постнаго жаренаго мяса, чемнаго поджаренаго хлѣба съ сыромъ (не жирнымъ).

12 часовъ: соленые зеленые овощи, много постнаго телячьяго и бычьяго мяса, кислый компотъ изъ огурцовъ, брусники, 1 стаканъ яблочнаго вина.



4 часа: чашка кофе съ небольшимъ количествомъ молока, немного поджареннаго хлѣба изъ пшеничныхъ отрубей съ мусомъ изъ сливъ или сыромъ.

7—8 часовъ: 1 бифштексъ или постное мясо, 1—2 ломтика поджареннаго хлѣба, 1—2 столовыхъ ложки жареной картошки, чай съ лимономъ или 1 стаканъ пильзенскаго пива.

Запрещаются: жиры, рисъ, мучныя блюда, картофель, хлѣбъ.

Rosenfeld<sup>1)</sup> (Breslau) рекомендуетъ такое расписаніе:

1. Завтракъ: чай, сахаринъ, 30—40 гр. булки, мармеладъ. 2. Завтракъ: 10,0 сыра, вода. 3. Завтракъ: 100 гр. яблокъ, вода. Обѣдъ: 2 стакана воды, 1—2 тарелки жидкаго бульона съ картофелемъ, постное мясо, вареное или жареное, шпинатъ, цвѣтная капуста, редиска, салатъ. Вечеромъ: чай, сахаринъ, позднѣе 6 печеныхъ сливъ или 100,0 яблокъ. Ужинъ: 2 яйца или картофельный салатъ или жареное мясо съ овощами.

### VIII Діета при діабетѣ.

Количество вводимыхъ углеводовъ должно зависѣть отъ интенсивности даннаго заболѣванія. Совершенно исключить крахмалистыя вещества ни въ какомъ случаѣ нельзя, такъ какъ это легко можетъ вызвать ацидозъ и кому. Немного поджареннаго хлѣба, жаренаго картофеля и зеленыхъ овощей я позволяю во всѣхъ случаяхъ.

7 часовъ: 1 чайная ложка соли Vichy на  $\frac{1}{4}$  литра горячей воды.

8 часовъ: чай или кофе съ молокомъ, немного поджареннаго хлѣба, много масла, 2 яйца, сыръ, ветчина.

10 часовъ: какао на сливкахъ, бульонъ, 1 гренокъ, 1 ломтикъ поджареннаго хлѣба, масло, постная ветчина.

1 часъ: бульонъ, зеленые овощи съ масломъ (шпинатъ, стручковые, морковь, спаржа, зеленая капуста, брюссельская, кислая, красная и бѣлая), мясо во всѣхъ видахъ, также несладкій компотъ, 1 стаканъ вина.

3 часа: 1 чайная ложка Na bicarb.

4 часа: то же, что въ 8 часовъ.

7 часовъ: чай, сливки, поджаренный хлѣбъ, масло, холодное мясо или филе, курица, рыба.

9—10 часовъ: 1 чайная ложка Na bicarb.

Строго запрещается: хлѣбъ, картофель (за исключеніемъ небольшого количества жаренаго картофеля), рисъ

<sup>1)</sup> Archiv. f. Verdauungsk. XV, 328.



манная крупа, лапша, макароны, мучные супы, молоко, сахаръ, медъ, пироги, бобовые овощи.

Леченіе овсянкой\*) при діабетѣ ведется такъ:

250 gr. американской овсянки варятъ съ 3 литрами воды 2—3 часа и прибавляютъ около 12 gr. NRCI, затѣмъ прибавляютъ 100 gr. Glidin'a или Robotat'a; ѣдятъ черезъ 2 часа по  $\frac{1}{8}$  gr. всего; даютъ каждый разъ по 35—40 gr. масла и понемногу коньякъ, чай или кофе. Hirschfeld рекомендуетъ по 40—50 gr. Glidin'a и всего 150—200 gr. масла въ день на 250 gr. овсянки. Леченіе должно продолжаться не меньше пяти дней.

### IX. Діета при подагрѣ.

Запрещается всякое красное мясо и железистые органы, какъ печень, thymus, селезенка, легкія, для того, чтобы уменьшить образованіе мочевой кислоты, слѣдовательно разрѣшается только курица, голубь, телятина, постная рыба, молоко, углеводы всѣхъ видовъ, овощи и плоды, кромѣ бобовыхъ.

### X. Питательныя клизмы.

Показаніе. Стриктуры отъ ожоговъ, злокачественныя атрезіи пищевода и pilogus'a, тяжелыя язвы желудка, hurgemesis gravidarum, истерическая рвота.

Способъ употребленія: 3 раза въ день послѣ промывательной клизмы, по 1 клизмѣ слѣдующаго состава (по Voas): 250 молока, 1—2 яичныхъ желтка, 1 столовая ложка пшеничной муки, 1—2 столовыхъ ложки краснаго вина, щепотка соли, 7—8 капель опійной тинктуры; влить съ помощью ирригатора и Naunyn'ской трубки для прямой кишки. Послѣ вливанія кладутъ горячій компрессъ на животъ и кусокъ ваты на задній проходъ.

Далѣе цѣлесообразны по Straus'y такія смѣси.

1. Клизтиръ изъ яицъ и сахара по Ewald'y: разбить 2—3 яйца въ 1 столовой ложкѣ холодной воды, прибавить на кончикѣ ножа крахмалу,  $\frac{1}{2}$  чашки 200/0-наго раствора сахару, 1 винный стаканчикъ краснаго вина (бѣлокъ яицъ не долженъ свернуться); не болѣе  $\frac{1}{4}$  литра.

2. Клизтиръ изъ пептона и молока по Leube: 250 gr. молока и 60 gr. пептона.

3. Клизтиръ изъ сливокъ, пептона, панкреатина по Meyer'y:  $\frac{1}{4}$  литра сливокъ, 25 gr. peptoni sicci и 5 gr. pancreatini purissimi.

\*) Lampe, Zeitschrift f. physik. Ther. XIII, 213.



## КРАТКІЙ ОЧЕРКЪ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ.

Выборъ подходящаго курорта одна изъ труднѣйшихъ задачъ для врача. Пациенты, рѣшившись пожертвовать время и деньги на поѣздку, хотятъ, по крайней мѣрѣ, получить какой-нибудь положительный результатъ. Если его не послѣдуетъ или появится ухудшеніе, то вина падаетъ на пославшаго врача.

При выборѣ приходится принимать во вниманіе такъ много побочныхъ обстоятельствъ, (расходъ, отдаленность курорта, развлеченія, противоположные интересы разныхъ членовъ семьи), что иногда совѣтъ дѣйствительно труденъ. Напр. если у мужа кислый гастритъ, а у жены неврастенія, то не остается ничего другого, какъ послать такую чету на покойную дачу и предписать мужу пить Mühlbrunnen и т. д.

Здѣсь могутъ быть выяснены лишь основныя точки зрѣнія, которыхъ долженъ придерживаться врачъ при выборѣ курорта. Детали леченія предоставляются курортному врачу.

### А. Органическія болѣзни желудка и кишекъ.

1. Karlsbad, Neuenahr, Vichy, Bertrich, Franzensbad, Marienbad, Elster, Tarasp, Боржомъ, Эссентуки—источники, содержащіе главнымъ образомъ  $\text{NaHCO}_3$  и нѣкоторое количество глауберовой соли.

Показанія: Gastritis acida, ulcus ventriculi, гиперхлоридрія вообще, gastrosuccorhoea, perigastritis, cholelithiasis, увеличенія печени, icterus catarrhalis, катарръ тонкихъ и толстыхъ кишекъ при нормальной и чрезмѣрной кислотности пробнаго завтрака, диабетъ.

Противуказанія: расширеніе желудка, карцинома, gastritis sub—и anacida.

Болѣе точныя указанія: ожирѣлыхъ, крѣпкихъ субъектовъ направляютъ всегда въ Marienbad, Tarasp, Karlsbad, худощавыхъ—въ Vichy, Эссентуки, а нервныхъ, особенно женщинъ въ Bertrich (дешево), Franzensbad, Желѣзноводскъ; диабетиковъ въ Neuenahr.

2) Kissingen (Rakoczy), Homburg (Elisabetquelle), Wiesbaden (Kochbrunnen), Baden-Baden, Ems, Pyramont, Старая-Русса, Цѣхоцинскъ: источники, содержащіе главнымъ образомъ  $\text{NaCl}$ .



Показанія: gastritis sub—и anacida; катарръ тонкихъ и толстыхъ кишекъ, когда желудочный сокъ субъ-и анациденъ; хроническій запоръ, артеріосклерозъ, (для углекислыхъ ваннь), геморрой.

Болѣе точныя указанія: Kissingen больше для геморроидальныхъ и для запора, Homburg скорѣе для гастрита, Wiesbaden для кишечнаго катарра со склонностью къ поносу, Pyrmont для очень анемичныхъ и нервныхъ.

Противупоказанія: гиперхлорхидрія, язва, карцинома, расширение, неврастенія, истерія.

3. Marienbad, Elster, Баталинскій ист., содержащіе горькую и глауберову соль.

Показанія: Plethora abdominalis, ожирѣніе съ вялостью стула.

4. Franzensbad, Pistyan, Nenndorf, Polzin, Muskau, Саки, Старая-Русса, Лиманы, для грязевого леченія при хроническомъ аппендицитѣ, перигастритѣ, желчныхъ камняхъ, ограниченныхъ перитонитахъ.

Для питья же, если нужно, назначаютъ другой источникъ, напр. Karlsbad.

5. Flinsberg, Pyrmont, Franzensbad (Eger Salzquelle), Elster, Липецкъ, Желѣзноводскъ, содержащіе по большей части желѣзо—для послѣдующаго леченія хлоритичныхъ и анемичныхъ желудочно-кишечныхъ больныхъ послѣ курса специфическаго леченія.

6. Известь содержащія воды Wildungen (Königsquelle), Lippspringe (Arminiusquelle), Marienbad (Rudolfsquelle), и т. д.—въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническихъ поносовъ.

## В. Функціональныя желудочно-кишечныя заболѣванія.

Больнымъ съ разслабленной нервной системой рекомендуются море и высокія горы, хорошо упитаннымъ Сѣверное (Нѣмецкое море), анемичнымъ (женщинамъ и дѣтямъ) Балтійское или Черное море, по возможности лѣсистыя мѣстности, раздражительнымъ пациентамъ невысокія горы.

Westerland, Norderney, Borkum, Engadin Berner Oberland, Кисловодскъ, Сочи, Гагры и т. д., для утомленныхъ мужчинъ: биржевыхъ дѣятелей, врачей и другихъ переутомленныхъ работой.



Kolberg, Svinemünde, Rügen, Zoppot, Warnemünde, Brunshaupten и т. д. для анемичныхъ худыхъ пациентовъ, особенно для женщинъ и дѣтей.

Больнымъ съ повышенной рефлекторной возбудимостью назначаются покойныя мѣста, на высотѣ 4—800 метровъ съ лѣсистыми окрестностями, т. е. Schreiberhau и прочіе курорты, лежащіе у подножья большихъ горъ, далѣ Oberbayern, Thüringen, Harz, средній Schwarzwald, Финляндія, Женевское озеро (виноградный курортъ Abbazia).

На многихъ больныхъ съ функциональными желудочно-кишечными страданіями хорошее вліяніе оказываетъ простая дача въ хорошемъ лѣсу или деревнѣ, для другихъ необходимо продолжительное леченіе въ санаторіи.

### С. Симптоматическія заболѣванія.

Паціентовъ съ симптоматическими страданіями желудка, зависящими отъ болѣзней сердца, легкихъ, почекъ, обмѣна веществъ, сосудовъ, крови, посылаютъ въ соотвѣтствующій основной болѣзни курортъ, т. е. въ Nauheim, Brückenaу, легочныхъ на другіе и т. д.

### Показанія гидротерапевтическаго, механическаго и электрическаго леченія.

Гидротерапія. Холодныя процедуры, морскія, рѣчныя купанья, обертыванія, обтиранія, полуванны, шотландскіе души и углекислыя ванны при энтероптозѣ, нервной диспепсіи, общей неврастеніи съ ослабленіемъ нервной системы.

Теплыя процедуры, купанья въ тепловатой водѣ (бассейны), сосновыя и разсольныя ванны, при истерической диспепсіи, общей раздражительной нервной слабости.

Грязевыя ванны и припарки, горячія припарки изъ каши, овса или льняного сѣмени, фанго, термофорные компрессы при хроническихъ безлихорадочныхъ воспаленіяхъ тонкихъ и толстыхъ кишекъ, червеобразнаго отростка, желчнаго пузыря и при язвѣ желудка; горячіе влажныя компрессы изъ ромашки и пр. при острыхъ, безлихорадочныхъ воспаленіяхъ желудка, кишекъ, appendix'a и желчнаго пузыря.

Пузырь со льдомъ при язвѣ съ кровотеченіемъ, острымъ аппендицитѣ съ высокой температурой, ледяныя компрессы при peritonitis diffusa.



Согрѣвающіе компрессы изъ теплой воды по Priessnitz'у (влажное полотенце, восковая бумага, шерстяной платокъ) при хроническихъ катаррахъ тонкихъ и толстыхъ кишекъ, спастическомъ запорѣ, хроническомъ тифлитѣ; при амбулаторномъ леченіи; ежедневно на ночь.

Механотерапія. Бандажи для живота по Teufel'ю либо пластырныя повязки по Rose и Rosewater'у и бюстгальтеры при отвисломъ животѣ, большихъ грыжахъ бѣлой линіи, рѣзко выраженномъ врожденномъ энтероптозѣ. Пессарій для rectum при prolapsus ani, pruritus ani и геморoidalныхъ шишкахъ, бандажъ для пупочныхъ грыжъ при маленькихъ грыжахъ эпигастрія.

Массажъ желудка и кишекъ, сильный при атоніи и атоническомъ запорѣ съ энтероптозомъ и слабыми брюшными стѣнками; легкій массажъ (поглаживаніе) при чисто нервной (истеричной) диспепсіи, нервной (истерической) рвотѣ, спастическомъ запорѣ; общій массажъ всего тѣла при общей слабости какъ мышечной, такъ и нервной системы, массажи нервныхъ точекъ по Cornelius'у.

Промываніе желудка при застояхъ, т.-е. при кардіальныхъ или пилорическихъ стенозахъ; орошеніе желудка простой тепловатой водой при упорной, нервной диспепсіи (полное отсутствіе аппетита и рвота), crises gastriques; кишечныя вливанія тепловатыя при атоническомъ запорѣ, горячія кишечныя вливанія и масляные клистиры при спастическомъ запорѣ и катаррахъ, вяжущіе клистиры при хроническихъ, неудержимыхъ поносахъ.

Электризація. Эндофарадизація прямой кишки при атоническомъ запорѣ, эндогальванизация желудка при guctus nervosus, нервной рвотѣ, истерическихъ заболѣванійхъ желудка, эндогальванизация (2—4 М. А.) прямой кишки при спастическомъ запорѣ, электрической вибраціонный массажъ при obstip. chronica atonica.



## Краткій конспектъ

главнѣйшихъ разстройствъ пищеваренія.

*Gastritis chronica acida.* Тяжесть и жжение подъ ложечкой послѣ грубыхъ блюдъ, боль въ эпигастріи только при осложненіяхъ; *pyrosis hydrochlorica.*—П. З. гиперациденъ, О. К.=60—120. Karlsbad, Vichy, Боржомъ; Эссентуки, діета безъ пряностей, *antacida*, белладона, запрещеніе курить.

*Gastritis anacida.* Тяжесть подъ ложечкой послѣ твердой пищи, но не послѣ суповъ и пр., изжоги нѣтъ, рвота только послѣ грубыхъ діететическихъ погрѣшностей напр., послѣ сыра, капусты и копченаго мяса; склонность къ поносамъ.—Homburg, Wiesbaden, Kissingen, кашицеобразная діета, HCl, горечи, панкреонъ.

*Ulcus ventriculi.* Аппетитъ хорошъ, боязнь ѣсть; эпигастралгіи черезъ  $\frac{1}{2}$ —3 часа послѣ ѣды, часто прекращающіяся послѣ теплыхъ напитковъ и рвоты желудочнымъ сокомъ; опредѣленныя болѣзненные точки въ эпигастріи и сзади, слѣва около X—XII грудного позвонка.—Курсъ лежанія и кашицеобразной діеты по Leube. Когда это невозможно (соціальныя причины), *Arg. nitr.* при *ulcus chloroticum recens*, *Bism. subnitr.* при хронической застарѣлой язвѣ, масло при сильныхъ эпигастралгіяхъ. Послѣдующее леченіе 6 недѣль Karlsbad, Vichy, Эссентуки, Боржомъ, потомъ 3 мѣсяца—миндальное молоко, у хлоротичныхъ желѣзо или мышьякъ.

Ракъ желудка. Наблюдается или у лицъ не страдавшихъ до того желудкомъ или послѣ хронической язвы.—Постепенное незамѣтное начало, отсутствіе аппетита, отвращеніе къ мясу, анемія, упадокъ силъ. При кардіальныхъ карциномахъ затрудненное глотаніе и сопротивленіе при зондированіи, при пилорическихъ застояхъ съ молочной



кислотой или *hypochlorhydria* при *ulcus carcinomatosus pylori*, при экстраостіальныхъ—*achylia gastrica*, натошакъ кровь, гной, большею частью скрытая кровь въ испражненіяхъ.—Терапія стенозовъ, *resp.* ахиліи, при пилорическихъ—всегда операція; при непилорическомъ, въ случаѣ ранняго распознаванія, при кардіальной—гастростомія.

Расширеніе желудка. Острое послѣ паралича, рѣзкихъ разстройствъ пищеваренія или при высоко сидящемъ *ileus*ѣ; хроническое только при препятствіяхъ у выхода желудка.—Рвота застойными массами, тянущая боль и схватки въ эпигастріи, жженіе въ желудкѣ натошакъ, постоянно остатки пищи съ гиперхлорхидріей и сарцинами.—Промываніе, вливаніе масла, діета стенозная; если даже при жидкой діетѣ и промываніяхъ не прекращаются застои, количество мочи долгое время меньше 500 куб. сант., то операція.

Атонія (анемико-гастроптоическая диспепсія). Общая анемія, часто неврастенія, истерія и *habitus enteroptoticus*, часто чахотка.—Слабость, никакого аппетита, ощущеніе полноты и тяжести подъ ложечкой послѣ cadaго приема пищи, быстрое насыщеніе, урчаніе, рвоты нѣтъ, запоръ; секреторная и двигательная способности нормальны, низкое стояніе большой кривизны, сильный плескъ въ эпигастріи.—Общее леченіе, курсъ откармливанія, перемѣна мѣста, гидротерапія, массажъ, горечи; никакихъ специфическихъ курортовъ.

Нервная диспепсія. Симптомъ истеріи и неврастеніи, также у хорошо упитанныхъ субъектовъ въ противоположность атоніи; періоды хорошаго самочувствія смѣняются плохими, постоянное ощущеніе тяжести въ эпигастріи (*clavus epigastricus*). Въ желудкѣ объективно все нормально, но частыя разстройства въ урогенитальномъ аппаратѣ.—Перемѣна мѣста; внушеніе, бромистый кали, валерьяна, леченіе основной болѣзни.

*Crises gastriques*. Lues; недостаточное леченіе ртутью или отсутствіе его.—Приступы періодовъ одновременной рвоты и боли (періодическія рвоты), по истеченіи которыхъ пациентъ снова все хорошо переноситъ. Большею частью симптомы *tabes*а уже опредѣлимы, но иногда они появляются 2—3 года спустя.—Морфій, *segium oxalicum*, орошеніе желудка; если *tabes* еще не проявился—курсъ вти-



раній или сальварсанъ; при непереносимыхъ боляхъ операція Förster'a.

**Cholelithiasis.** Большею частью ожиреніе, часто послѣ родовъ. Sporадически появляющіяся эпигастралгіи болѣе въ правой половинѣ, желтуха, часто рвота. По окончаніи приступа пациентъ хорошо переноситъ Hausmann'овскую діету, склонность къ рецидивамъ послѣ погрѣшностей въ ѣдѣ (кислое, жирное) и психическихъ инсультовъ.— Острый приступъ: пиявки, подкожно морфій или атропинъ (или оба вмѣстѣ). или Extr. Belladonnae внутрь, припарки. Хроническіе случаи, Karlsbad, курсъ Karlsbad'a на дому, Neuenahr, Vichy, Bertrich, Эссентуки, Боржомъ, курсъ леченія масломъ, хологенъ, ейнатроль.

**Angina pectoris.** Артеріосклерозъ, миокардитъ; приступы схваткообразныхъ болей только послѣ переполненій желудка и чрезмѣрныхъ напряженій, большею частью позади грудины и въ лѣвой рукѣ.—Покой, іодистый калий, нитроглицеринъ, слабительное, діуретинъ.

Нервная и рефлекторная рвота. Истерія, retroflexio uteri, мастурбація и глисты у дѣтей, бронхитъ, психическія травмы.—Рвота появляется тотчасъ или черезъ 5—10 минутъ послѣ приема пищи, независимо отъ ея качества, безболѣзненна. Секреторная и двигательная функціи нормальны.—Внушеніе, легкій массажъ поглаживаніемъ („магнетизированіе“), бромистый калий, валерьяна.

**Катарръ тонкихъ кишекъ.** Повторныя разстройства пищеваренія, катарръ желудка, ощущеніе полноты и вздутія во всемъ животѣ, особенно вокругъ пупка и послѣ эксцессовъ въ ѣдѣ, также утромъ передъ завтракомъ, обильное отхожденіе газовъ, послѣ котораго ощущеніе напряженія уменьшается; большею частью одновременный катарръ толстыхъ кишекъ, тогда стулъ кашицеобразенъ или перемѣнчивъ, то оформленный, то кашицеобразный, чаще тонкій; при изолированномъ катаррѣ тонкихъ кишекъ испражненія мягкія колбасообразныя, при пробной пищѣ Schmidt'a проба на броженіе положительна. Микроскопически— иглы жирныхъ кислотъ и свободныя крахмальные зерна.—Легкая діета.

**Катарръ толстыхъ кишекъ.** Частыя переполненія пищеварительнаго тракта, долготѣтніе запоры, achylia gastrica  
а) легкіе случаи: запоръ съ enteritis membranacea;  
в) случаи средней тяжести: смѣна поносовъ и запо-



ровъ, слизистыя перепонки въ стулѣ. с) Тяжелые случаи: Длительный кашицеобразный или жидкій стулъ съ большимъ количествомъ слизи. Терапія: а) слабительная минеральная вода, легкая противузапорная діэта, Priesnitz'евскіе, компрессы, белладонна, в) легкая діэта, минеральная вода въ маленькихъ дозахъ и горячая, с) закрѣпляющая діэта, Таппосол и пр., горячія припарки, горячія клизмы съ таниномъ или Karlsbad'ской водой.

*Obstipatio atonica.* Недостаточное введеніе пищи вслѣдствіе отсутствія аппетита или желудочныхъ разстройствъ, энтероптозъ, небрежность.—Единственный симптомъ—запоръ, стулъ большого калибра, въ *S. romanum* прощупываются каловыя массы, слабительныя дѣйствуютъ. Тяжелая (богатая целлюлезой) діэта, стрихнинъ, холодная гидротерапія массажъ, эндофарадизація.

*Obstipatio spastica.* Послѣдствіе атоническаго запора, особенно у невропатическихъ людей. Слабительныя почти не дѣйствуютъ, также какъ и промывательныя; ощущеніе напряженія, колотья въ животѣ; стулъ мелкаго калибра, покрытый слизистой перепонкой, *S. romanum* прощупывается въ видѣ болѣзненнаго, сокращеннаго тяжа.—Горячія припарки, белладона, вливанія масла, нѣжная (безъ остатковъ) діэта, ароматическій горячій чай.

*Typhlitis acuta.* Боль въ области слѣпой кишки, большею частью діарреи, *gargouillement*, рѣдко лихорадка.—Покой, нѣжная діэта изъ суповъ, теплые компрессы.

*Typhlitis chronica.* Жженіе, колотье, послѣ отхожденія газовъ облегченіе, симптомы *obstipatio spastica*.—Леченіе указано тамъ.

*Appendicitis.* Разлитая боль и болѣзненная диффузная опухоль, большею частью лихорадка, никакихъ поносовъ.—Пузырь со льдомъ, опій, операція.

*Peritonitis.* Тимпанить; малѣйшее движеніе, особенно кашель и мочеиспусканіе вызываетъ боль; лихорадка, постоянная тянущая, рѣжущая боль, рвота.—Ледяные компрессы, опій, операція.

Стенозъ и закупорка. Приступы боли, похожія на схватки при родахъ, никакой лихорадки или же гораздо позже тимпанить, рвота, каловая рвота; клистиры—безъ дѣйствія. Когда нѣтъ боли, а только простой запоръ въ теченіи нѣсколькихъ дней,—слабительное; когда колики,—большія



дозы белладонны или атропина подкожно, высокія вливанія масла; если все безрезультатно—операція. Необходимо изслѣдовать матку, прямую кишку и грыжевыя ворота.

Геморроидальныя шишки. Сначала компрессы изъ свинцовой примочки, затѣмъ Hamamelis per rectum et per os, послѣдующее леченіе привычнаго запора (см. выше), Homburg, Kissingen.

Ракъ прямой кишки. Подозрѣніе при слизисто-кровавыхъ изверженіяхъ, произвольной дефекаціи, запорѣ; распознаваніе пальцевымъ ощупываніемъ или ректоскопомъ.—Операція.



## Предметный указатель.

### А.

- Acidol—таблетки 96.  
Achyilia maligna, benigna 96, 97.  
Addissoni morbus 192.  
Adipositas 192, 308.  
Adrenalin 113.  
Актиномикозъ 193.  
Akoria 186.  
Alizarin 32.  
Aloin'овая проба 46.  
Amara 95, 165.  
Амебы 125, 215.  
Анамнезъ, введение 3.  
Анемія пернициозная 191.  
Anaciditas nervosa 188.  
Анемико-гастропототическ. диспепсія 157.  
Angina abdominalis 196.  
Angina pectoris 196.  
Ankylostoma 285.  
Anorexia nervosa 185.  
Antacida 92, 111.  
Antituman 131.  
Anus praeternaturalis 238, 291, 299.  
Arepisia gastrica 97.  
Appendikotomia 238.  
Appendix, ошупываніе 24.  
Appendicitis 238.  
Appendicitis larvata 241.  
Argentum nitric. 109.  
Arteriosclerosis 195, 196.  
Аскариды 282.  
Аспираторъ 28.  
Asthenia univ. cong 14, 155.  
Асцитъ при ракъ желудка 128.  
Atonia ventriculi 158.  
Atropinum 92, 254.  
Атохул при ракъ 131.  
Аускультация 25, 50.  
Аутоинтоксикація 231, 280.

### Б. В.

- Базедова болѣзнь 226.  
Бальнеотерапія 228.  
Бандажи 167, 246.  
Becher-Lennhoff'a index 14.  
Bellock'a жевательныя таблетки 93.  
Benz діповая проба 40.  
Bergmann'a таблетки 93.  
Беременность и желудокъ 161, 179, 201.  
Билирубиновая проба 217.  
Bircher'a діета 270.  
Биченосный червь 285.  
Boas'a леченіе гемморроя 295.  
» болѣзненные точки 25.  
» пальпация зондомъ 19.  
» зондъ для промыванія пище-  
вода 57.  
Bulus alba 110.  
Большая кривизна 17.  
Bourget порошокъ 111.  
Брома препаратъ 177.  
Броженіе, пробы кала 217.  
Брюшной тифъ 193.  
Бужированіе пищевода 61.  
Булимія 184.

### В.

- Vagotonia 171, 226, 261, 275.  
Ванны медицинскія и пр. 162, 313.  
Venter pendulus 167, 245.  
Vertige stomacal 183.  
Вибраціонный массажъ 266.  
Висмутъ при язвѣ 109.  
Висмутъ въ испражненіяхъ 215.  
Vitium pylori 134.  
Воздержанія курсъ 111.  
Vomitus matutinus 87.  
» nervosus 179.



Вонючее содержимое желудка 125.  
Всасываемость въ желудкѣ 69.

## Г. Н. 6.

Gastralgokenosis 184.  
Гастритъ острый 79.  
" хроническій 82.  
Гастрическая лихорадка 79.  
Gastrodiaphania 19, 26, 147.  
Гастрогенная диаррея 204.  
Гастроэнтеростомія 130.  
Gastropexia 160, 168.  
Гастроскопія 26, 168.  
Гастроптозъ 157, 165.  
Гастростомія 130.  
Gastroxynsis 153.  
Гваяковая проба 46.  
Head'a симптомъ 25.  
Гемморрид. шишки 293.  
Geissler-Gottstein'a зондъ 61, 64.  
Нера бандажи 167.  
Гидротерапія 162, 313.  
Гимнастика 246, 266.  
Гиперсекреція 150.  
Гиперхлоридрія 150.  
Hirschsprung'a болѣзнь 262.  
Глисты, яйца въ стулѣ 216, 281.  
Глистная болѣзнь 281.  
Глисты 281.  
Глотанія разстройства 7.  
" шумы 55.  
Глубокая пальпація 19, 24.  
Glenard'a болѣзнь 165.  
Globus hystericus 65.  
Goldhammer'a пилюли 230.  
Гной въ желудкѣ 43.  
" въ стулѣ 112.  
Голосовыхъ связокъ параличъ 55.  
Hormonal Zülzer'a 251, 254, 277.  
Горечи 95, 165.  
Груши зерна въ стулѣ 214.  
Грыжи 245, 250.  
" бѣлой линіи 132.  
Грязевыя ванны 313.  
Гуммы въ эпигастріи 122.  
Hydrastinin 113.  
Нурфосфитъ 177.  
Нурпотонія 157.

## D.

Давленіе чувствительность къ 24.  
Двигател. способн. желуд. 70.  
" " " опредѣленіе 39.  
Двѣнадцатиперстной кишки суженіе 124.  
Desmoid'ная проба 49.  
Дивертикуль пищевода 64.  
Дизентерія 236.  
Дилатація желудка 134.  
" преходящая 136.  
" пищевода 63.  
" кишекъ 247.  
Диметиламиноазобензолъ 31.  
Диспепсія анемичныхъ 157.  
" нервная 170.  
" intestinalis flatulenta 231, 280.  
" острая 80.  
" чахоточныхъ 168.  
" энтерогенная 200, 73.  
Диабеть и желудокъ 192.  
Диаррея гастрогенная 204.  
" нервная 225, 275, 278.  
Диафрагмы грыжи 245.  
Дізетика 301.

## E.

Effleurage 176.  
Einhorn'a gastrodiaphanoskopія 19,  
26, 147.  
Ekzema ani 287, 292.  
Электризація желудка 176.  
Электротерапія 314.  
Enterie 230, 279.  
Erystypticum (Roche) 113.  
Eserin при ileus 254.

## J.

Жевательныя таблетки 93.  
Желатина при кровотеченіяхъ 113.  
Желудка—головокруженіе 183.  
" опредѣленіе границъ 14.  
" грыжи 132.  
" жженіе 115.  
" истеченіе сока. 148.  
" " " періодич. 148.  
" кровотеченія 104, 116.  
" кишечная фистула 121, 128.



Желудка массажъ 165, 176.  
 „ неврозы 178.  
 „ пустота болѣзненная 164.  
 „ ракъ 118.  
 „ „ локализація его 122.  
 „ растяженіе 134.  
 „ „ острое 143.  
 „ сока изслѣдованіе 27.  
 „ сокращеніе 138.  
 „ схватки 138.

Желчныхъ камней терапія 198.

Желѣзо при язвѣ 112.

Жженіе въ желудкѣ 115.

Живота бандажъ 167, 246.

Жиръ въ содержимомъ желудка 44.

„ въ стулѣ 216.

### 3.

Закупорка кишекъ 249.

Застойный желудокъ 43.

Зондированіе 47.

„ пальпаторное (Boas) 19.

Зрачковъ разница при ракѣ пище-  
 вода 55.

### I. И.

Jaworsk'аго ядрышки 42.

Извращеніе половое 171.

Изжога 115, 181.

Изъязвленія кишекъ 236.

„ желудка 99.

Илеоцекальный катарръ 252.

Иеус 249.

Инвентарь 50.

Incontinentia alvi 300.

Инородныя тѣла въ желудкѣ 122, 134.

„ „ въ пищеводѣ 65.

„ „ въ стулѣ 214.

Интестинальная диспепсія 231.

Инфекціонныя болѣзни и желудокъ 193.

Инфлюэнца 193.

Инфузоріи въ желудкѣ 125.

„ „ стулѣ 125.

Иппохондрія 279.

### K. C.

Kalasisiris бандажи 167.

Cannabis indica 177.

Caput Medusae 14.

Каль нормальный 205.

Кардіальная карцинома 125.

Кардиоспазмъ 189.

Кахексія 120.

Качествен. изслѣд. желуд. содерж. 29.

Кислотности опредѣленіе 29.

Кишекъ ощупываніе 22.

Кишечный катарръ, локализація 224.

„ „ острый 219.

„ „ хроническій 222.

Кишечн. болѣзни 203.

„ закупорки 249.

„ колики 106.

„ массажъ 266.

„ неврастенія 279.

„ неврозы 275.

„ опухоли 243.

„ ощупываніе 22.

„ паразиты 281.

„ параличь 276.

„ песокъ 214.

„ пробная пища 210.

„ пробное промываніе 265.

„ расширенія 246.

„ сокращеніе 276.

„ суженіе 236.

„ схватки 106.

„ фистула 107.

Климакъ и язва 100.

Клистиры изъ чеснока.

Клостридіи въ стулѣ 216.

Coitus interruptus 171.

Колика слизистая 232.

„ нервная 276.

„ головная 193.

Колитъ 224.

Colitis membranacea 230.

Количест. изсл. желудоч. содержим. 29.

Colorexia 168.

Колоптозь 244.

Kolospasmus 220.

Condurango 95.

Конкременты въ стулѣ 213.

Конго бумага 29.

Корсета запрещеніе 167.

Крахмалъ въ содержим. желудка 44.

„ въ стулѣ 216.

Креозоть 169.

Кризисы желудочныя 106, 153, 180.

„ прямой кишки 300.



Crista глотки 48.  
 Кровообращение и желудокъ 195.  
 Кровавая рвота 11, 104, 116.  
 Кровь въ желудкѣ (открытие ея) 46.  
 „ въ стулѣ 212, 217.  
 Курсь воздержанія 111, 182.  
 Купогехія 184.

## L.

Лябфермента проба 33.  
 Легкія и желудокъ 197.  
 Леян. компрессъ 257.  
 „ промываніе при язвѣ 113.  
 Leube курсъ язвы 107.  
 Лейкемія 191.  
 Leukoplast'ы бинты 167.  
 Лечение ленточныхъ глисть 282.  
 Lienterie 127.  
 Littre грыжи 247.

## M.

Магнетизированіе 176.  
 Magnesium Perhydrol 94, 230.  
 Масло мѣ лечение при болѣзняхъ:  
 „ „ желудка 93, 110, 117, 142.  
 „ „ желчныхъ камняхъ 198.  
 „ „ пищевода 57, 60.  
 Массажъ желудка 165, 176.  
 „ кишекъ 266.  
 Масляные клистиры 268.  
 Мастурбація 156, 171.  
 Mc Burney'a точка 24.  
 Мегалогастрія 138.  
 Мезогастралгія 207.  
 Mediastinitis 55.  
 Melaena 104.  
 Менструація и язва 100, 103.  
 Ментоль 230.  
 Метеоризмъ 231.  
 „ истеричныхъ 232.  
 Механич. недостаточность 134, 159.  
 Механотерапія 314.  
 Мигрень 189, 194, 300.  
 Микроскопія желудочн. содержим. 41.  
 „ стула 214.  
 Миндальное молоко 93.  
 Miserere 250.  
 Молочн. к-та при ракѣ 121, 124.

Молочн. к-ты открытіе 29.  
 „ -кислыя бациллы 45.  
 Мопорол—бандажы 167.  
 Мочи количество при эктази. 137, 143.  
 Myasthenia ventriculi 157.  
 Мышьякъ при ракѣ 131.  
 „ „ язвѣ желудка 112.  
 Мухоedema 193.  
 Мухoneurosis intestinalis 230.

## N.

Натуживанія методъ 47.  
 Неврозы желудка 178.  
 „ кишекъ 275.  
 „ пищевода 66.  
 „ травматическіе 156.  
 Недостаточность механическая 134, 159.  
 Nephrolithiasis 201, 239.  
 Nephroptosis 166.  
 Nephropexia 168.  
 Нервная диспепсія 170.  
 „ отрыжка 66.  
 Neutralon 94.  
 Нормальные растворы 29.

## O.

Обливанія 162.  
 Обтиранія 162.  
 Оборудованіе 50.  
 Образцова методъ 18.  
 Obstipatio chronica 258.  
 „ spastica 264.  
 Овсянкой лечение 310.  
 Oesophagismus hystericus 61.  
 Oesophagoskopia 64, 68.  
 Онанизмъ 156, 171.  
 Oppler-Boas'a бациллы 45.  
 Опухоли желудка 121.  
 Орошеніе желудка 181.  
 Осмотръ 12.  
 Откармливанія курсъ 63.  
 Отрыжка нервная 66.

## P.

Пальпація 5.  
 „ пилорическ. части 18.  
 Панкреатич. жел. и желудокъ 199.  
 Pankreatin 96.  
 Pankreon 96, 130.



- Papain 96.  
 Паразиты, яйца ихъ 281.  
 Парафиновыя клизмы 269.  
 Пепсинъ, открытіе его 35.  
 Пепсина примѣненіе 96.  
 Пережевываніе 75, 180.  
 Перенапряженіе душевное 203.  
 Perigastritis 107, 146, 173.  
 Perityphlitis 240.  
 Перистальтическое безпокойство 14, 209.  
 Peristaltikhormon 251, 254.  
 Перитонитъ 254.  
 Перкуссия 18.  
 Пернициозная анемія 191.  
 Перфорация язвы 106.  
 Песочныя часы, форма желудка 146.  
 Печени опущеніе 167.  
 „ болѣзни и желудокъ 198.  
 „ сифились 193.  
 Печень, простуиваніе 20.  
 Playfair'a леченіе 163.  
 Pneumatosis 196.  
 Пилоропластика 143.  
 Питательн. клистиры 58, 310.  
 „ препараты искусствен. 130.  
 Пишевода болѣзни 53.  
 „ ракъ 53.  
 Плеска шумъ 17, 71, 138.  
 Поваренной соли воды 96.  
 Подагра и желудокъ 192.  
 Половая неврстенія 71, 201.  
 Половые органы и желудокъ 201.  
 Polyposis recti 293.  
 Поперечной кишки пальпация 23.  
 Почечныя колики 201.  
 Почекъ ощупываніе 21.  
 „ опущеніе 166.  
 Проба на остатокъ 40.  
 Пробн. завтракъ 27.  
 „ обѣдъ 39.  
 „ промываніе кишекъ 218.  
 „ ѣда для изсл. функц.  
 „ „ кишечника 210.  
 „ ужинъ 39.  
 Проктитъ 286.  
 Проктоскопъ 286.  
 Промываніе пишевода 57.  
 „ желудка 47.  
 Просвѣчиваніе желудка 19, 25.  
 Простаты гипертрофія 217.  
 Prostatorrhoea 217.  
 Противопоказанія къ зондированію 49.  
 Pruritus ani 300.  
 Прямой кишки болѣзни 286.  
 „ „ ракъ 297.  
 Прямокишечное кормленіе при язвѣ 111.  
 Pseudoappendicitis 225, 240.  
 Псевдоопухоли 122.  
 Pseudohyperaciditas 151.  
 Pseudoleukemia 191, 198.  
 Психическія травмы 156.  
 Психо-анализъ 171.  
 Психо-терапия 176.  
 Психозы и болѣзни кишекъ 279.  
 Pylori stenoses 134.  
 Pylorospasmus 106, 110, 135, 189.  
 Pylorus, пальпация его 18.  
 Pyrosis 88.  
 Пьявки 193, 254.
- P.**
- Радій при ракѣ 131.  
 Раздуваніе желудка 19.  
 Разстройства желуд. пищеваренія 78.  
 Рака симптомы 53.  
 Ракъ и несчастн. случаи 119, 146.  
 Ракъ пишевода 53, 119.  
 Ранняя діагностика рака 122.  
 Расширеніе желудка острое 134.  
 „ „ хроническое 134.  
 „ „ кишекъ 247.  
 Рвота бронхитическая 197.  
 „ при беременноти 201.  
 „ значеніе ея 68.  
 „ кровавая 11, 104, 116.  
 „ мозговая 194.  
 „ нервная 179.  
 „ періодическая 194.  
 „ рефлекторная 179.  
 „ при менингитѣ 193.  
 „ юношеская 180.  
 Ревидцова симптомъ 55.  
 Regurgitatio 75, 180.  
 Ректоскопъ 286.  
 Reichmann'a болѣзнь 148.  
 Ren mobilis 166.  
 Рентгеновское изслѣдованіе 25.  
 Retroflexio uteri 179.  
 Реформа—платье 167.  
 Riegel'я обѣдъ 39.



Родановая проба 90, 126.  
Рубцовъ образованіе при язвѣ 107.  
Ruminatio 75, 180.

## С.

Sahli desmoid'ная проба 49.  
Salomon'a проба 39.  
Salvarsan 195.  
Сантонинъ 282.  
Саркома желудка 122.  
Сарцины въ желудкѣ 44.  
    » въ стулѣ 216.  
Свинцовыя колики 251.  
Селезенка и желудокъ 198.  
    » опущеніе ея 167.  
    » ошупываніе ея 20.  
Sepsis 193.  
Sigmoiditis 234.  
Сифилисъ и желудокъ 193.  
Скрытая кровь 125, 217.  
Слабительныя средства 267.  
Слизистая колика 232.  
Слизь въ желудкѣ 28, 42.  
    » въ стулѣ 213.  
Слѣпая кишка, прощупываніе 24.  
Смѣщенія 167.  
Соединительная ткань въ стулѣ 213.  
Сосновыхъ иголь ванны 313.  
Species carminativae 230.  
Спазмы пищевода 60.  
    » pylori 105, 136.  
Сперматоррея 217.  
Спиралей образованіе 42.  
Спланхоптозь 167.  
Сращенія перигастрическія 135.  
Стенозирующій гастритъ 196.  
Стенозь кишекъ 246.  
    » пищевода 60.  
Стеркороальная діаррея 263.  
Столовыя воды 229.  
Стула изслѣдованіе 210.  
Stiller'a habitus 12.  
Stypticin 113.  
Субащидность нервная 187.  
Суперащидность " 187.  
Суженіе кишекъ 246.  
Сычужная проба 33.  
Сѣмянъ зерна въ стулѣ 213.  
Сѣководородъ въ желудкѣ 137.

## Т.

Табесъ и желудокъ 193.  
Таниниовыя клизмы 228.  
Тенезмы 287.  
Тетанія 137, 141.  
Teufel'я бандажъ живота 167.  
Техника зондированія 47.  
Thiosinamin 56, 64, 133, 147.  
Тонкихъ кишекъ катарръ 224.  
Тонкихъ кишекъ видимая (перисталь-  
тика 14, 209.  
Тонкихъ кишекъ слизь 213.  
Töpfer'a методъ 31.  
Травма 101, 107, 119, 135, 146, 156, 247.  
Трахеи фистулы 55.  
Trichocephalus dispar 285.  
Трипсина опредѣленіе 218.  
Trousseau зондъ 54.  
Туберкулезъ и желудокъ 168.  
Tumor ventriculi 122.  
Тяжесть подъ ложечкой 7.  
Typhlitis 240.  
Typhus abdominalis 193.

## У У.

Uffelmann'a реакція 29.  
Ulcus carcinomatosum 119.  
    » cardiae 104.  
    » jejunale 236.  
    » oesophagi 59.  
    » ventriculi 99.  
Урчаніе въ слѣпой кишкѣ 209.  
Уремія 201.

## Ф.

Facies hippocratica 250.  
Фарадизація 167.  
Фенолфталеинъ 30.  
Ферменты желудка 33.  
Fibrolysin 56, 64, 133, 147.  
Фибромы желудка 122.  
Физическое изслѣдованіе 12.  
Фиссуры желудка 114.  
    » прямой кишки 291.  
Фистулы между желудкомъ и кишеч. 107.  
Флатуленція 231.  
Фосфатурія 171.  
Foetor ex ore 75, 192.



Fuld'a аускульт. изслѣдованіе 50.

Функциональн. болѣзни.

„ желудка 154.

„ кишекъ 258.

### Х.

Hausmann'a глубокая пальпация 19.

Heterochylie 172.

Химія желудка 28.

Hungerschmerz 103, 181.

Hyperorexia 180.

Хлорозъ и желудокъ 150, 191.

Холелитіазисъ 198.

Choloqen 198.

### Ц.

Центральн. нервн. система и желудокъ.

Coesum mobile.

Cyklorenal.

### Ч.

Чохоточныхъ диспепсія.

Червеобразный отростокъ, прощупываніе.

### Ш. Ch.

Charcot-Leyden'a кристаллы 216.

Шипучій порошокъ 19, 159.

Шнуровая печень 21, 167.

### Щ.

Щелочи 92, 110.

### Э. Е.

Эндогальванизація 269.

Эндофарадизація 177.

Энтеритъ перепончатый 230.

Энтерогенная диспепсія 73, 200.

Энтероколитъ 225.

Энтероптозъ 166, 244.

Эпигастралгія 74, 102.

Эпигастрія грыжи 132.

Эрготинъ 113.

Эрозии желудка 114.

Eructatio nervosa 66, 180.

Escalin 113.

Eumydrin 93.

Eunatrol 198.

Эхинококкъ 121, 247.

### Я.

Ядра (свободныя) въ содержимомъ желудка 42.

Язвы желудка 99.

„ кишекъ 236.

Языка налетъ 15, 76.



## ЗАМѢЧЕННЫЯ ОПЕЧАТКИ И ОШИБКИ.

Страница.	Строка.	Напечатано:	Должно быть:
8	11 снизу	ни	Должно быть: ли
10	6 сверху	hypogastrim	hypogastrium
39	6 "	методу	между
47	14 снизу	методъ выдавливанія	методъ натуживанія
57	15 "	какъ	такъ
64	2 "	около	почти.
67	5 сверху	гиперэстеріи	гиперэстезіи
87	4 снизу	большого	больныхъ
98	11 сверху	лѣтъ	года
111	3 "	sicc.	sicc.
115	12 "	и	, часто онѣ.
126	18 "	положительно	положительна
129	13 снизу	саж.	сant.
142	11 сверху	сливовый	сливочный
143	5 "	дѣлать	дѣлать ли
149	8 "	Но часто въ	Но въ чистыхъ
158	15 "	сильнаго	частыхъ.
174	10 снизу	пепсина	психики
176	18 "	слабый	рѣзкій
191	5 "	язвой среди нихъ	язвой
196	12 "	tos.	fol
197	4 сверху	nistos.	nitros
203	3 "	заболѣванія	заболѣваній
208	16 "	колиа	колита
227	18 снизу	желтое	красное.
229	13 "	hignum	Lignum
234	7 сверху	мелкіе	мягкіе
"	13 "	pill. XXX	pill. ad XXX
246	21 "	кошкѣ	коликѣ
261	2 снизу	скверная	дурная
"	2 "	неряшливость	небрежность
279	14 сверху	colisa	colica
290	13 снизу	20.100	25.0 : 100.0
304	4 сверху	желтое	коровье
305	9 "	2	2-го
310	5 "	NR Cl	Na Cl
"	6 "	$\frac{1}{8}$ gr.	$\frac{1}{8}$ часть
"	8 и 9 "	gr.	g.
"	19 "	pilorus	pylorus

8955

